

**Міністерство освіти і науки України
Харківський національний педагогічний
університет імені Г. С. Сковороди**

ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ ЗДОРОВ'Я І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

**Колективна монографія
за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука**

GENERAL THEORY OF HEALTH AND HEALTHCARE

**A collective monograph
according to the general editing by prof. Yu. D. Boychuk**

Харків – 2017

УДК 613+37.011.33:613
ББК 51.1(4УКР)+74.580.053.34+74.200.533.4
З-14

Затверджено до друку Вченою Радою Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, протокол № 6 від 29 серпня 2017 р.

Рецензенти:

Гольцев А. М. – директор Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України, доктор медичних наук, професор, академік НАН України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки;

Гончаренко М. С. – завідувач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, доктор біологічних наук, професор, голова Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація валеологів»;

Лук'янова Л. Б. – директор Інституту педагогічної освіти та освіти дорослих НАПН України, доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України

Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна
З-14 монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

ISBN 978-966-97499-4-9

У монографії розглянуто медико-біологічні механізми здоров'я, етико-правові та психолого-педагогічні засади практичного здоров'язбереження.

Висвітлено теоретико-методологічні основи педагогіки здоров'я; сучасні підходи до створення здоров'язберезувального освітнього середовища; роль фізичного виховання у збереженні здоров'я; профілактика шкідливих звичок та соціально-небезпечних захворювань; здоров'язберезувальні освітні технології.

Монографія розрахована на викладачів вищих навчальних закладів, студентів, аспірантів, учителів шкіл різного типу та широкого кола науковців, які цікавляться сучасними питаннями здоров'язбереження.

General theory of health and healthcare : a collective monograph / according to the general editing by prof. Yu. D. Boychuk. – Kharkiv: Publisher Rozhko S. G., 2017. – 488 p.

The monograph examines the medical-biological mechanisms of health, ethical and psychological and pedagogical principles of practical health preservation.

The theoretical and methodological foundations of pedagogy of health; modern approaches to the establishment of a healthy preserving educational environment; the role of physical education in health preserving; prevention of harmful habits and socially dangerous diseases; health-saving educational technologies are highlighted.

The monograph is intended for teachers of higher educational establishments, students, graduate students, teachers of schools of different types and a wide range of scientists who are interested in modern issues of healthcare.

ISBN 978-966-97499-4-9

© ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2017
© Автори статей, 2017

ПЕРЕДМОВА

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Наразі в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг, здоров'явитратністю сучасної системи освіти.

Особливу занепокоєність викликає стан здоров'я дітей, шкільної та студентської молоді. Аналіз статистичних даних свідчить, що всього лише 5 % випускників шкіл є практично здоровими, 40 % школярів хронічно хворі, 50 % мають морфо-функціональні відхилення, до 80 % страждають на різні нервово-психічні розлади. Тільки 5 % юнаків допризовного віку не мають медичних протипоказань до проходження військової служби.

У зв'язку з цим проблема вивчення механізмів здоров'я та шляхів його збереження є надзвичайно актуальною. Розуміння суті здоров'я з позицій фізичного, психологічного, соціального й духовного благополуччя дозволить виявити філософські, культурологічні, медико-біологічні й психолого-педагогічні аспекти його формування.

Представлена монографія містить результати теоретико-методологічних і практичних досліджень, які дозволяють не тільки більш детально й по-новому розглянути проблему здоров'я і здоров'язбереження, але і впровадити їх у діяльність освітніх, медичних, фізкультурно-спортивних, рекреаційних та оздоровчо-реабілітаційних установ.

Звичайно, що дана монографія не в змозі розв'язати всі проблеми здоров'я і здоров'язбереження, але вона може позначити деякі з них, привабити увагу різних фахівців до спільного їх обговорення й прийняття рішень.

Матеріали монографії подані так, щоб забезпечити конкретизацію та структуроване осмислення методологічних і змістових орієнтирів у проведених авторами дослідженнях.

Так, у першому розділі «Сучасні уявлення про здоров'я» наведено науковий аналіз поняття «здоров'я» з позицій холістичного підходу; представлено сучасні концептуальні чинники інтегральної характеристики здоров'я особистості й суспільства; з'ясовано соціально-економічну роль здоров'я в людському розвитку; розглянуто здоров'я як об'єкт правового регулювання; визначено аксіологію здоров'я молоді в сучасній філософській антропології; здійснено науковий аналіз поняття «духовне здоров'я».

У другому розділі «Стан здоров'я населення України та фактори, що його визначають» досліджено чинники негативного та позитивного впливу на здоров'я людини; наведено сучасні дані про стан здоров'я населення

України, зокрема, шкільної та студентської молоді; подано результати вивчення професійного здоров'я вчителя; досліджено вплив батьків на формування соціального здоров'я молодших школярів.

Третій розділ «Медико-біологічні механізми здоров'я та його порушень» присвячено висвітленню результатів дослідження біохімічних та фізіологічних механізмів, що визначають здоров'я людини в стані норми та патології.

У четвертому розділі «Сучасні шляхи здоров'язбереження» об'єднано дослідження теоретико-методологічних засад формування здорового способу життя та культури здоров'я особистості; наукових основ профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань; впровадження здоров'язбережувальних педагогічних технологій у дошкільних, загальноосвітніх та вищих навчальних закладах; сучасних методів фізичної реабілітації при порушеннях опорно-рухової та серцево-судинної систем; психолого-педагогічних підходів до формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців різного профілю в умовах професійної підготовки.

Отже, загальна концепція монографії має методологічно обґрунтований, структурований характер. Усі представлені роботи відповідають темі монографії і дозволяють розширити сучасні наукові уявлення не тільки про здоров'я людини та практичні шляхи його збереження, а також оптимізувати професійну здоров'язбережувальну діяльність різних фахівців. Особливе місце в монографії присвячено ролі освіти та педагогів у формуванні культури здоров'я молодого покоління.

У цілому монографія являє собою результат колективної роботи науковців, медиків, валеологів та педагогів із високим рівнем науково-дослідної компетенції, на що вказує зміст і спрямованість кожного з представлених у монографії досліджень.

Висловлюю глибоку вдячність усім авторам цієї колективної монографії, які взяли участь в обговоренні зазначених проблем і сподіваюся, що колективна монографія «Загальна теорія здоров'я і здоров'язбереження» буде корисною для фахівців зі здоров'язбереження, науковців, освітян та стане новим стимулом для наукових досліджень і практичних рішень.

Окрема подяка рецензентам – професорам Анатолію Миколайовичу Гольцеву, Марії Степанівні Гончаренко і Ларисі Борисівні Лук'яновій за підтримку, пропозиції і конструктивну критику щодо видання цієї монографії.

Ю. Д. Бойчук,
доктор педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри здоров'я людини і корекційної освіти
Харківського національного педагогічного університету
імені Г. С. Сковороди

РОЗДІЛ I. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ СУТНОСТІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА СУМІЖНИХ З НИМ ПОНЯТЬ

(Бойчук Ю. Д.)

Умови життя сучасної людини висувають актуальні завдання вдосконалення наукового аналізу проблем її здоров'я. Людина - найвища цінність суспільства, а здоров'я, носієм якого вона є, зумовлює гармонійний розвиток людини і тим самим є запорукою всебічного розвитку суспільства. Здоров'я людини - соціальна цінність, невід'ємна частина суспільного багатства, і від суспільства залежить, як здоров'я використовується, охороняється і відтворюється. Аналіз здоров'я людини стає необхідною умовою розкриття і вдосконалення людських здібностей і можливостей як рушійної сили та найвищої мети суспільного прогресу [9].

Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. В одних працях обговорюється саме поняття «здоров'я», в інших досліджуються клінічні аспекти порушень здоров'я, треті присвячені дослідженню факторів, що визначають здоров'я, самостійну групу становлять праці, що розглядають шляхи й засоби відновлення, збереження і розвитку здоров'я. Невелику частку досліджень складають теоретико-методологічні дослідження проблем здоров'я. Сучасною тенденцією в пізнанні здоров'я є міждисциплінарні дослідження, що підвищує їхню теоретичну й практичну ефективність. Значну роль у вивченні проблем збереження здоров'я здорової людини відіграла інтегральна наука валеологія (Г. Апанасенко, Ю. Бойчук, І. Брехман, Е. Вайнер, М. Гончаренко, В. Горащук, М. Гриньова, Е. Казін, В. Казначеев, В. Колбанов, В. Кулініченко, Г. Кураєв, І. Муравов, В. Петленко, С. Страшко та ін.).

Але незважаючи на розвиток валеологічних досліджень, практично для всіх робіт, присвячених здоров'ю, більша увага приділяється показникам патології, аніж здоров'я. По інерції триває аналіз переважно негативного боку діалектичної єдності «хвороба-здоров'я». У той же час на прямі показники здоров'я мало звертається уваги, що призводить до однобічного тлумачення проблеми людського здоров'я та факторів, що його детермінують.

Показники патології залишаються основою стратегії сучасної державної системи охорони здоров'я. Панівні принципи профілактики й диспансеризації виключно орієнтовані на державну реєстрацію хвороб і смертей (звідки походить відомий вислів про те, що немає здорових, а є недообстежені).

У час науково-технічного, соціального й інформаційного розвитку цивілізації, зростання різноманітних ризиків, увага науковців має бути переорієнтована на здорову людину. Основним завданням сучасної валеологічної та медичної науки в нашій країні має стати вироблення

довгострокової стратегії збереження населення України й найшвидшого відновлення його здоров'я. Особливу актуальність посідають дослідження з розробки фундаментальних основ індивідуального здоров'я, а саме: міждисциплінарні дослідження механізмів здоров'я та факторів, що на нього впливають; створення баз валеологічної інформації; математичних моделей; експертних систем оцінювання показників здоров'я; інтелектуального забезпечення здоров'язбереження.

Визначення практичних шляхів здоров'язбереження потребує виявлення сутності ключового поняття «здоров'я». Наші розвідки свідчать про наявність більше 450 визначень здоров'я людини, сформульованих фахівцями з різних наукових дисциплін. Можна відмітити шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я: 1) здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; 2) здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; 3) здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; 4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; 5) відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; 6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя.

Одночасно з цим треба зазначити, що до теперішнього часу немає загальноприйнятого визначення поняття «здоров'я людини» [7]. Багато дослідників традиційно продовжують вважати, що розв'язання цього завдання є виключно проблемою медико-біологічних наук. Але відзначимо, що здоров'я людини є також проблемою філософії, соціології, психології, педагогіки та низки інших наук. Брак конструктивного та уніфікованого підходу до визначення здоров'я створює труднощі й невизначеність в результатах наукових досліджень з оцінки впливу різних факторів на здоров'я, визначення рівня здоров'я та компетентного пошуку оптимальних шляхів здоров'язбереження.

Аналіз різних визначень поняття «здоров'я» засвідчив, що більшість авторів вважає здоров'я станом організму людини. У деяких працях здоров'я визначається іншими смисловими термінами: взаємодія, рівновага, властивість, показник, явище, можливість, процес тощо. Всупереч усталеним визначенням здоров'я через клас станів та пасивних процесів, дослідник В. Ліщук, уважав, що здоров'я має пояснюватися з позицій концепції активного самозбереження та саморозвитку організму [10]. Не можна не погодитися з його думкою про те, що «стан повного благополуччя» приводить до зниження напруження організму і його систем, тобто до падіння його резистентності, тому стан благополуччя може призвести до нездоров'я.

Незадоволеність, прагнення до самовдосконалення, супротив злу, підтримання і творіння добра є невід'ємними передумовами здорового тіла і духу. Нижній рівень суб'єктивного відчуття благополуччя, як і верхній – об'єктивного статку, можливостей, мають бути актуалізованими, виходячи з рівня збереження й збільшення здатності організму до самозбереження й

відтворення. Повне благополуччя як результат низької вимогливості чи претензій «райського» комфорту є несумісним зі здоров'ям [10].

В останні десятиліття завдяки розвитку валеологічних досліджень уявлення про здоров'я істотно змінилося. Здоров'я стало розумітися як процес формування й підтримання динамічної рівноваги організму на соматичному і психічному рівнях на основі біохімічних й інформаційно-психологічних адаптаційних механізмів. Так, засновник валеології як науки І. Брехман одним із перших запропонував інформаційно-психологічне трактування сутності здоров'я: «Здоров'я людини – це її здатність зберігати відповідну віку стійкість до різких змін кількісних і якісних параметрів потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації» [3, с. 27].

Академік В. Казначеев підкреслював, що здоров'я – це цілісний багатовимірний динамічний стан, що розвивається в процесі реалізації генетичного потенціалу в умовах конкретного соціального й екологічного середовища і дозволяє людині в різному ступені здійснювати її біологічні та соціальні функції; процес збереження і розвитку фізіологічних властивостей, потенцій психічних і соціальних; процес максимальної тривалості життя при оптимальній працездатності й соціальної активності [8, с. 55]. Це визначення можна вважати найбільш вдало представленим із позицій цільових функцій будь-якого суспільства.

Велике значення для розуміння сутності здоров'я має осмислення космопланетарного феномену людини з позицій нової філософсько-світоглядної платформи світової науки, яка базується на переході від Ньютонівської речовинно-механічної парадигми до Ейнштейнівської моделі енергоінформаційного аспекту в пізнанні Буття, уявленні про людину як про багаторівневу космічну істоту, яка має фізичний і енергоінформаційний плани (А. Акімов, А. Васильчук, В. Волченко, Е. Годік, П. Гаряєв, М. Гончаренко, Ю. Гуляєв, В. Казначеев, Г. Шипов та ін.) [1; 2; 4].

Формула А. Ейнштейна $E = mc^2$ дозволила зрозуміти сучасним ученим зв'язок енергії і речовини, подати внутрішню єдність людини й наблизитися до розуміння її «тонкої структури». Речовина (тобто молекулярно-атомний рівень) – це субстанція, яка створюється за рахунок частот вібрації енергії, тобто це – «затверділе» світло в корпускулярному стані на відміну від хвильового (тонкого). Субатомний рівень є перехідним. Електрони можуть проявляти корпускулярні і хвильові якості залежно від умов. Подвійність властивостей матерії (частка-хвиля) дозволила з нової точки зору подивитися на будову тіла людини, зрозуміти її тонкі структури (тіло, чакри, канали, біологічно активні точки), наблизитися до розуміння природи біополя та енергоінформаційних зв'язків людини.

Корпускулярно-хвильовий дуалізм людини потребує свого нового осмислення стосовно існування людської душі, здоров'я і хвороби, життя і смерті, трактування людського індивіда як голограми Всесвіту.

У сучасних валеологічних дослідженнях здоров'я наголошується, що незважаючи на простоту цього поняття, у ньому відбиваються основні аспекти біологічного, соціального, психологічного й духовного буття людини

у світі, пов'язані з її здатністю пристосуватися до мінливих умов природного й соціального середовища.

У сучасній науковій думці зроблено низку спроб багатокomпонентного підходу до здоров'я, запропонувати його холістичну (цілісну) модель (Р. Айзман, Б. Братусь, М. Гончаренко, І. Дубровіна, І. Єжов, В. Кукушин та ін.). З позицій єдності здоров'я, яке складається з взаємопов'язаних складових, було виділено такі компоненти здоров'я: фізичне, психоемоційне, інтелектуальне, соціальне, особистісне й духовне.

Так, під *фізичним компонентом* здоров'я розуміється те, як функціонує організм, усі його органи й системи, рівень їх резервних можливостей. Цей аспект також передбачає наявність чи відсутність фізичних дефектів, захворювань, в тому числі генетичних. *Психоемоційний компонент* здоров'я характеризує стан психічної сфери, наявність чи відсутність нервово-психічних відхилень, уміння розуміти й виражати свої емоції, спосіб вираження ставлення до самого себе й оточуючих. Під *інтелектуальним компонентом* здоров'я розуміється те, як людина засвоює інформацію, використовує її, ефективність пошуку й накопичення необхідної інформації, що забезпечує розвиток особистості та її адаптацію в навколишньому світі. Соціальний компонент здоров'я передбачає усвідомлення особистістю себе як суб'єкта чоловічої чи жіночої статі, виконання відповідних статево-рольових функцій у соціумі. Він відображає спосіб спілкування і взаємини з різними групами людей (однолітками, колегами, родичами, сусідами, дітьми та ін.). *Особистісний компонент* здоров'я означає те, як людина усвідомлює себе як особистість, як розвивається її власне «Я», тобто самовідчуття власної самореалізації. Гармонійне поєднання різних способів і цілей самореалізації людини як особистості і є основою особистісного здоров'я. Духовний компонент здоров'я відображає суть людського буття, тобто основоположні цільові життєві настанови, які забезпечують цілісність особистості, її розвиток та життя в суспільстві. Це – стрижень цілісного здоров'я, який особливим чином впливає на інші його компоненти. Будь-яке рішення, прийняте людиною, може бути спрямованим або на підтримання здоров'я й попередження захворювання, або на руйнацію його як цілісної системи та розвиток хвороби. Важливо відмітити, що з віком людини, у процесі індивідуального розвитку змінюється внесок кожного з компонентів у цілісне здоров'я: якщо в дитячому віці провідними були фізичне, психоемоційне й інтелектуальне здоров'я, то в зрілому віці духовне, соціальне й особистісне здоров'я виходять на перший план.

Отже, сучасна валеологія ґрунтується на холістичній моделі здоров'я, розглядається як процес оптимальної адаптації людини до природного і соціального середовища. Оскільки сутність людського життя не може бути вичерпно описана тільки в термінах адаптації, то виділяють духовний аспект здоров'я, який пов'язаний зі світом самореалізації людини в культурі та світі людських стосунків. Примат духа над тілом є підставою для того, що духовний компонент є компонентою власне людського здоров'я, істотною відмінністю людини від інших живих істот.

Цілісність індивідуального здоров'я визначаються різними системами, що беруть участь у підтриманні конкретного стану, рівня здоров'я. Вони інтегрально відображають будь-який прояв здоров'я, тісно пов'язані між собою і можуть бути виражені кількісно й якісно: рівень і гармонійність фізичного розвитку; резервні можливості основних фізіологічних систем; рівень імунного захисту й неспецифічної резистентності організму; наявність або відсутність хронічного захворювання, дефекту розвитку; здатність звільнюватися від метаболітів та ендотоксинів; рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних настанов.

Холістичний підхід дозволяє визначити ієрархію рівнів у природі як єдиній цілісній системі, одним з елементів якої є людське здоров'я [15]. За такого розгляду проблема здоров'я виявляє зв'язок з соціоекосистемою як метацілісністю більш високого рівня. По суті, здоров'я індивіда, етносу, людства перебувають у своїх взаємозв'язках, з одного боку, як умова, а з іншого як результат сталого розвитку соціоекосистеми.

Холістичний підхід дозволяє розглядати з єдиних позицій усі аспекти космопланетарної та біопсихосоціокультурної природи людини. Він дає можливість розглядати здоров'я як системоутворювальну якість, результат взаємодії біосфери, біології та екології людини, її способу життя та цілеспрямованої самонастанови на здоров'я. Характеристики здоров'я етносів і людства в цілому необхідно розглядати з урахуванням впливу факторів соціальної еволюції, історії етносів і людства [5].

Отже, холістичний підхід до здоров'я зумовлює необхідність розгляду людини як частини соціоекосистеми, яка активно на неї впливає й одночасно зазнає зворотної дії з її боку. В умовах глобальної екологічної та соціально-економічної кризи застосування холістичного підходу до розуміння природи людини та механізмів її здоров'я сприяє формуванню філософії самозбереження як світоглядної платформи запобігання деградації біосфери і людини [1; 2; 4].

Здоров'я – багатовимірний феномен і виявляється на індивідуальному і популяційному рівнях. Під *індивідуальним здоров'ям* розуміють динамічний стан збереження й розвитку психофізіологічних функцій індивіду, його оптимальної працездатності й соціальної активності при максимальній тривалості життя. *Популяційне здоров'я* (здоров'я населення, колективне, суспільне або громадське) – це процес соціально-історичного розвитку біологічної і психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, у низці поколінь, підвищення його працездатності й продуктивності колективної праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду.

О. Кудрявцева здоров'я населення пропонує розглядати не як суму здоров'я окремих індивідів, а як інтегральну категорію, що детермінується такими чинниками, як політика й стратегія держави, спрямовані на збереження і поліпшення здоров'я населення, умови взаємодії соціальних групі виробничих колективів у процесі праці, суспільного життя, у побуті. На здоров'я населення впливають особливості демографічних процесів у

країні, показники фізичного розвитку підростаючого покоління, тенденції змін у характері патології населення тощо [9].

Із цих позицій О. Кудрявцева [9] здоров'я населення визначає як соціально-демографічну категорію, яка відображає здатність членів суспільства повноцінно виконувати функцію з подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя, що забезпечує збереження, зміцнення й розвиток цієї здатності. Функції з подальшого розвитку суспільства виражаються в різних типах його діяльності – перш за все в успішній трудовій, яка свідчить про прагнення членів суспільства виконувати покладені на них трудові обов'язки і тим самим сприяти своєму розвитку як певної цілісності.

На особливу увагу заслуговує визначення поняття «здорова людина». Це поняття, як і поняття «здоров'я», також має відносний, абстрактний характер. Воно стає конкретним тільки тоді, коли стосується окремого індивіда. Одна з найбільш вдалих спроб визначення здорової людини зроблена О. Кудрявцевою і тому ми вважаємо за необхідне звернутися до її дослідження. Дослідниця переконана в тому, що основним критерієм здорової людини, крім наявності у неї медико-біологічних ознак здоров'я, є також повноцінне виконання нею соціальних функцій, що таким чином охоплює медико-біологічну (фізіологічну), психологічну, світоглядну передумови, що складають основу можливостей для людини виконувати свою головну роль, своє основне призначення – бути членом суспільства, учасником виробництва, активним членом трудового колективу, сім'ї тощо [9]. Така спроба визначити здорову людину жодним чином не є зазіханням на юридичні норми у відношенні прав людини, пов'язаних із можливістю працювати, вести життя повноцінної людини. Ця спроба зроблена лише для сприяння усуненню методологічних суперечностей, що мають місце в наукових дослідженнях щодо розуміння сутності здоров'я людини. Звичайно, що існує потреба в осмисленні юридичних аспектів здоров'я людини, але це завдання мають розв'язувати відповідні фахівці. Окремої уваги потребує юридичне осмислення поведінки здорових людей у медико-біологічному смислі, але які не хочуть виконувати свої соціальні функції й ведуть паразитичний спосіб життя.

О. Кудрявцевою на основі здатності до виконання соціальних функцій виділено декілька типів здорових людей [9]:

Тип I. Цілком здорова, повноцінно й ефективно виконує соціальні функції.

Тип II. У даний час здорова, але впродовж поточного року перенесла респіраторне захворювання без ускладнень. Це захворювання не вплинуло на здатність індивіда повноцінно й ефективно виконувати соціальні функції.

Тип III. Здорова, але має осередки хронічної інфекції (карієс зубів, інфекція в мигдаликах тощо), які не викликають зниження функції й не перешкоджають повноцінному виконанню соціальних обов'язків.

Тип IV. Уважає себе та за об'єктивними медичними даними є здоровою, але час від часу висуває скарги про можливу наявність нерозпізаного преморбідного стану, але всі свої соціальні функції виконує достатньо повно.

Тип V. Здорова, але іноді відчуває недомагання, пов'язані, наприклад із процесом акліматизації при переїзді з одного регіону в інший, з перебуванням у стресовій ситуації тощо.

Тип VI. Умовно можна віднести до здорових індивідів і тих, хто на думку лікаря і за власною оцінкою, здоровий, повноцінно й ефективно виконує свої соціальні функції, але одночасно має низку порушень у способі життя (палить, зловживає алкоголем, не виконує гігієнічних вимог до режиму дня, харчування, відпочинку тощо). Хоча такий тип індивіда є здоровим на даний момент, але потенційно ця людина нездорова, оскільки перелічені порушення є факторами ризику, які можуть викликати те чи інше захворювання.

Звичайно, виділені типи не вичерпують усієї сукупності здорових людей, але вони є найбільш характерними й можуть використовуватися для наукових та практичних цілей.

Розуміння сутності здоров'я вимагає конструктивного підходу до розуміння змісту поняття «здоровий спосіб життя». Ці два поняття є невід'ємними, бо здоров'я особистості, колективу, суспільства безпосередньо залежить від способу життєдіяльності, який визначається способом виробництва, рівнем та якістю життя, сукупністю природно-географічних, екологічних, суспільно-історичних умов та мотиваційно-ціннісних настанов. Саме в найбільш істотних формах життєдіяльності людини, тобто в способі життя буде проявлятися її здоров'я – у тому числі адаптація до умов навколишнього середовища, гармонія всіх функціональних систем, здатність повноцінно виконувати соціальні функції.

Узагальнюючи трактування різними дослідниками цього поняття, можна зробити висновок, що здоровий спосіб життя – це типові та істотні для даної суспільно-економічної формації види, типи, способи життєдіяльності, які зміцнюють адаптивні можливості організму людини, сприяють успішному відновленню, підтримці й розвитку його резервних можливостей, повноцінному виконанню людиною соціальних функцій і досягненню активного довголіття.

Здоровий спосіб життя як активна діяльність суб'єкта спонукається мотивами, що визначають її спрямованість, у даному випадку, на збереження й примноження здоров'я.

Цілісність людської культури має відтворюватися як символ у кожній людині. Відповідно, система взаємозалежних культуруювальних символів «здоров'я-здоровий спосіб життя» повинна підтримувати цілісність культури за допомогою її відтворення в кожній окремій людині.

Культура здоров'я – це поняття, яке ширшим ніж поняття «здоровий спосіб життя», оскільки воно є складовою частиною загальної культури особистості і не просто проявляється в здорових життєвих звичках особистості, а стає критерієм оцінки способу її буття. Сутність поняття

«культура здоров'я» полягає в тому, що здоровий спосіб життя, як основний його стрижень – це науково обґрунтований, культурний, найбільш раціональний і оптимальний у конкретних умовах, усвідомлений особистістю як життєва необхідність, спосіб життя [12, с. 21].

Зв'язуючим елементом у тріаді «здоров'я-здоровий спосіб життя-культура здоров'я» є ціннісне ставлення до здоров'я.

Звертаючись до проблеми культури здоров'я, дослідник А. Маджуга виділяє такі її види, що становлять інтерес для нашого дослідження [11]: культура фізична, показник якої – здатність індивіда впродовж усього свого свідомого життя керувати природовідповідними рухами свого тіла, тобто фізичними рухами, що забезпечують гнучкість хребта й еластичність м'язів; культура психологічна, фундамент якої – здатність людини керувати своїми почуттями й емоціями й на основі цього, а також на основі знань побудови безконфліктних стосунків, вступати в контакт з навколишніми людьми. А. Маджуга звертає увагу та те, що необхідно додати до цього переліку ще один вид культури – культуру сексуальну, розуміючи її, як здатність людини керувати своєю сексуальною енергією з позицій вищих морально-духовних законів, вироблених людством упродовж усієї історії свого розвитку, регулюючи системи морально-духовних взаємин між статями й зумовлюючи тим самим здоровий характер цих взаємин.

А. Мітяєва акцентує увагу на тому, що культуру здоров'я необхідно визначати не тільки як суму знань про здоров'я, але й як активно-зацікавлену поведінку, засновану на духовних началах ставлення людини до потенціалу свого розвитку [12, с. 8]. Дуже важливо, на думку А. Мітяєвої, що людина розглядається як суб'єкт власного розвитку й одночасно як головний результат своєї діяльності зі зміни самої себе. Культуру здоров'я з цієї точки зору, на її думку, можна визначити як самосвідомість, самовідтворення людини в конкретних умовах її суспільно-перетворювальної (матеріальної і духовної) діяльності. Відповідно, суспільно-перетворювальна діяльність культури фізичної – це управління рухами тіла й функціональними можливостями організму; культури психологічної – це управління своїм мисленням [12, с. 6].

Крім визначення формулювання поняття здоров'я, завжди актуальним є питання можливостей його вимірювання, тобто отримання прямих характеристик, що відображають позитивну сторону діалектичної єдності «здоров'я-хвороба».

У свій час академік М. Амосов запропонував поняття «кількість здоров'я» визначати кількістю резервів організму. Але такий підхід є суто медико-біологічним і не враховує соціальних аспектів здоров'я. Тим більше, що під здоров'ям він розуміє максимальну продуктивність органів при збереженні кількісних меж їх функцій. Тобто, у цьому визначенні увага приділяється тільки діяльності органів, а не цілісної людини як біопсихосоціальної істоти, особистості.

Із цих позицій слушною є думка П. Рамзаєва із співавторами [13], які запропонували поняття рівня здоров'я, що визначається чотирма суспільно

значущими критеріями, а саме: тривалість життя; часовий інтеграл (за все життя) фізичної й розумової працездатності; здатність до відтворення здорового потомства; інтеграл самопочуття (за все життя). Ці показники визначені як основні (кінцеві, цільові), суспільно значущі показники здоров'я. Вони ж у свою чергу визначаються медичними показниками (хвороби зі своїми показниками). У свою чергу медичні показники формуються (іноді частково) на основі біологічних показників (генетичних, біохімічних, цитологічних, гістологічних тощо).

Як бачимо, суспільно значущі показники здоров'я обов'язково визначаються біологічними параметрами людського організму. Звичайно, що на кожний показник упродовж життя людини помітний вплив спричиняють соціальні фактори, які самі по собі, ізольовано, не можуть характеризувати здоров'я, оскільки перебувають поза організмом і не є медичними чи біологічними характеристиками людини. Соціальним у понятті здоров'я людини (групи, суспільства) можна вважати певну залежність здоров'я від особливостей виробничих відносин, стосунків у сім'ї, колективі, що формуються у процесі виховання, навчання, трудової діяльності, відпочинку тощо, від сформованих в процесі онтогенезу соціальних особливостей кожної людини, групи, суспільства. Соціальні особливості кожної людини визначаються переважно суспільними умовами розвитку й становлення особистості та її здібностями реалізувати завдання, що виникають, соціального розвитку й соціальної діяльності.

Із вищенаведеного можна зробити висновок, що народжуваність, смертність, захворюваність не можна вважати прямими показниками здоров'я. Добре відомо, що в високорозвинених країнах народжуваність істотно змінюється, як правило, у бік зменшення, а здоров'я, якщо розглянути середню тривалість життя, збільшується або тримається на певному рівні з невеликими коливаннями. Більше того, відомим є факт, що народжуваність у жінок-алкоголіків вища, ніж інших груп жінок.

Доведено, що тривалість життя людини не залежить тільки від біологічних факторів. Ці фактори своєю дією часто скорочують видову тривалість життя. Треба зазначити, що структура захворюваності, розповсюдженість тих чи інших хвороб і тяжкість їхнього протікання змінюються й визначаються в основному мінливими соціальними умовами. Очевидним є, що різниця структури захворюваності, смертності, середньої тривалості життя населення в різних країнах, серед різних класів, соціальних груп визначається не біологічними особливостями людини, а соціально-економічними умовами життя й праці різних категорій населення. Встановлено, що регіональні відмінності в смертності населення пов'язані виключно з впливом соціальних факторів. Скорочення тривалості життя населення за рахунок травм, отруень та інших нещасних випадків, що складають значну частину причин смертності, також не визначаються біологічними особливостями людини. Відомий демограф Е. Россет [14] зазначає, що «статистика смертності не може повною мірою свідчити про стан здоров'я населення». Тому треба відмовитися від концепції, згідно з

якою стан здоров'я населення відображається за допомогою даних про його смертність. Застосування з цією метою даного показника в теперішній час не має смислу.

У зв'язку з цим П. Рамзаєв зі співавторами пропонують під здоров'ям людини розуміти функціональний стан її організму, що забезпечує тривалість життя, фізичну й розумову працездатність, самопочуття й функцію відтворення потомства [13]. Як бачимо, в поняття «здоров'я» включені кінцеві, суспільно значущі показники здоров'я. Їхня величина і вагомість, відповідно, різні залежно від віку, соціально-економічного положення, перенесених та наявних захворювань, тренуваності тощо.

Тривалість життя як один із основних показників здоров'я, буде характеризувати величину здоров'я індивіда. За інших рівних умов найбільшим здоров'ям за цим показником буде мати більш молодий організм. Якщо говорити про популяційне здоров'я, то тут важливим інтегральним показником є життєвий потенціал, який вимірюється в людино-роках життя тієї чи іншої людської популяції. *Життєвий потенціал* – це кількість років життя, яку має прожити індивід чи група індивідів у певному віці, розрахована за умови збереження наявного рівня повікової смертності на основі таблиць смертності [6, с. 95].

Стійкість антропоєкосистеми (соціоекосистеми, у якій здійснюється життєдіяльність людей) характеризується рівнем і якістю життєвого потенціалу населення й визначається демографічними процесами. Якість життєвого потенціалу залежить від здатності адаптуватися до конкретних умов життя, сприймати їхні зміни безболісно.

Неодмінною умовою цивілізаційного поступу є розвиток людини в гармонії з природою й соціумом. Людський розвиток – неперервний процес збільшення варіантів якісного і кількісного вибору, якому притаманні: можливість тривалий час вести здоровий спосіб життя, здобути якісну освіту, доступ до ресурсів, необхідних для забезпечення нормального життєвого рівня [6, с. 95]. Важливу роль у людському розвитку відіграють політичні, соціальні, економічні й соціальні свободи, можливості для творчості, самовираження та інші гарантовані права людини.

Для оцінки людського розвитку послуговуються розрахунком індексу людського розвитку. *Індекс людського розвитку (ІЛР)* – це усереднений інтегральний показник, який характеризує ступінь набуття людиною якісних ознак (тривалості життя, рівня освіти (грамотності дорослого населення) і реального ВВП на душу населення).

Концепцію людського розвитку було розроблено наприкінці 80-х років ХХ століття і виголошено в Програмі розвитку ООН (ПРООН). Основна ідея Концепції: розвиток держави має служити інтересам людей, а не люди – інтересам держави. Відповідно, не можна зводити суспільний прогрес лише до зростання доходів та багатства, важливо, наскільки корисно держава та суспільство витрачають наявні фінансові ресурси. Примноження здоров'я – один з провідних показників людського розвитку.

ПРООН щорічно видає звіти про стан людського розвитку в різних країнах, які демонструють, наскільки в тій чи іншій державі забезпечено права людини, зокрема право довго жити, вести здоровий спосіб життя, мати гідну освіту, доступ до грошових ресурсів.

ІЛР вважають високим, якщо він перевищує 0,8, середнім – у межах 0,5-0,8, низьким – менш ніж 0,5. Якщо певна країна має високий ІЛР, це означає, що її населення здорове, добре освічене і матеріально забезпечене.

Згідно з опублікованої «Доповіді про стан людського розвитку-2016» Норвегія, Австралія, Швейцарія, Німеччина і Данія складають п'ятірку держав з дуже високим рівнем людського розвитку у світі. США перебувають на десятому місці. Найбільш щасливою країною світу у 2016 році була Норвегія.

В Україні ІЛР на кінець 2016 року становив лише 0,743, тоді як у 1992 році цей показник досягав 0,842. Таке зниження ІЛР зумовили переміщення України із групи країн із високим рівнем ІЛР у групу держав з середнім рівнем ІЛР і визначило 84-те місце в рейтингу зі 188 країн. Такий рейтинг відповідає рівню Вірменії і є нижчим середнього для країн Європи й Центральної Азії. Треба зауважити, що зараз 60 % населення України живе за межею бідності. Експерти ООН прогнозують, що до 2030 року чисельність населення України зменшиться з 44,8 млн чоловік до 40,9 млн.

У зв'язку з цим провідним завданням нашої держави має стати усунення або зменшення як теперішніх, так і майбутніх впливів на організм факторів, що вкорочують життя людини. Від цього буде залежати життєздатність і прогрес української нації.

Отже, цілісний підхід до розуміння сутності здоров'я та суміжних з ним понять, дозволяє більш адекватно й продуктивно їх розглянути з точки зору приросту міждисциплінарних наукових знань, що дозволяє розробляти стратегію і тактику здоров'язбереження людини в сучасних екологічних і соціально-економічних умовах.

Список використаних джерел

1. Бойчук Ю.Д. Людина як космопланетарний та біопсихосоціальний феномен // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди «Філософія». – Харків: ХНПУ, 2013. – Вип. 40, ч. I. – С. 51-67.
2. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини: навч. посіб. / за ред. проф. Е.М. Солошенко. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. – 546 с.
3. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
4. Гончаренко М.С., Бойчук Ю.Д. Екологія людини: навч. посіб. – Суми: Університетська книга; К.: ВД «Княгиня Ольга», 2005. – 394 с.
5. Димов В.М. Новая концепция здоровья: системный подход // Социально-гуманитарные знания. – 1994. – № 4. – С. 185-191.
6. Залеський І.І., Клименко М.О. Екологія людини: підр. – К.: ВЦ «Академія», 2005. – 288 с.
7. Ильин Б.Н. О понятии «здоровье человека» // Вестник АМН СССР. – 1984. – № 4. – С. 15-18.
8. Казначеев В.П. Теоретические основы валеологии. – Новосибирск: Наука, Сиб. отделение 1993. – 121 с.

9. Кудрявцева Е.Н. Здоровье человека: проблемы, суждения // Вопросы философии. – 1987. – № 12. – С. 98-109.
10. Лишук В.Д. Научные основы здоровья // Вестник АМН СССР. – 1994. – № 4. – С. 55-59.
11. Маджуга А.Г. Здоровьесберегающее образование: монография. – Уфа: РИО РУМНЦ, 2008. – 389 с.
12. Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособ. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – 192 с.
13. Рамзаев П.В., Тарасов С.И., Машнева Н.И. и др. Величина здоровья как единый критерий в системе нормирования ионизирующих и других вредных факторов // Радиационная гигиена. – 1978. – Вып. 7. – С. 61-66.
14. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни / Пер. с польск. – М.: Прогресс, 1981. – 383 с.
15. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. - Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1989. – 136 с.

ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я: НАУКОВИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ

(Бойчук Ю.Д., Науменко Н.В.)

Здоров'я в сучасному суспільстві розглядається як глобальна проблема, яка на рівні соціуму визначає його можливості щодо виживання, а на індивідуальному - можливості особистості щодо самоактуалізації. Особливої значущості феномену здоров'я надає його безпосередній зв'язок із духовними основами розвитку людини. Саме духовне здоров'я в умовах ціннісної кризи цивілізації стає основним чинником відновлення гармонійних стосунків людини із собою, суспільством та природою і розв'язання глобальних проблем сучасності. Оскільки цінності духовного здоров'я формуються в процесі виховання особистості, найвагомішу роль у цьому процесі відіграє система освіти.

Із огляду на соціально-економічні негаразди в нашому суспільстві, масове поширення шкідливих звичок, пропаганду моральної розбещеності, агресії та жорсткості, реальна освітня практика поки ще не забезпечує збереження й поліпшення стану духовного здоров'я особистості.

Завдання формування духовності в контексті проблематики становлення духовно здорової особистості як одного з пріоритетних завдань реформування й модернізації вітчизняної освіти передбачено певними концептуальними й директивними документами. Його виконання потребує поглибленого аналізу духовного здоров'я, чинників формування, взаємозв'язку з іншими соціальними й освітніми феноменами. Відтак духовне здоров'я стає важливим об'єктом освітнього аналізу в контексті впровадження в освітній процес духовно-орієнтованих цілей сучасної освіти загалом та ідей здоров'язбереження зокрема.

Продуктивні ідеї щодо духовного здоров'я простежуються ще у творах Платона, Протагора, Аристотеля, Аврелія Августина, Хоми Аквінського, Р. Декарта, Дж. Локка, І. Канта, Г. Гегеля. У сучасних умовах характеристика людини як духовно здорової особистості та духовної та соціальної істоти в контексті її природи досліджується на міждисциплінарній основі та є

предметом аналізу філософів, культурологів, педагогів, психологів, соціологів та інших науковців. Найбільш досліджуваним є перетин проблематики духовного здоров'я та формування духовної культури в освітньому процесі, де духовна культура розглядається як зміст і мета освітньої діяльності, а духовне здоров'я - як складова духовної культури особистості (В. Андрущенко, І. Бех, Ю. Бойчук, А. Богуш, М. Боришевський, І. Бужина, Л. Васильченко, Т. Воронцова, М. Гончаренко, І. Зайченко, О. Зеліченко, І. Зязюн, І. Єрмаков, Н. Іордакі, Н. Карленко, С. Кримський, Ж. Маценко, Є. Помиткін, С. П'янзін, О. Савченко, І. Степаненко, О. Сухомлинська, М. Тесленко, В. Франкл, Г. Шевченко, Е. Фромм, Ж. Юзвак, К. Юнг та ін.).

В усіх державних освітянських документах від дошкілля до вищої школи в Україні передбачена кінцева мета виховання духовності - розвиток духовних цінностей і формування свідомої особистості. Натомість наразі ще не визначено однозначно сутність понять «духовність», «духовний розвиток», «духовне здоров'я», «мораль», «моральність». Подекуди в педагогічній практиці ці поняття ототожнюють між собою. Однак це зовсім різні поняття за своєю сутністю, хоча й мають спільні універсальні загальнолюдські цінності, як-от: Істина, Краса, Добро.

Аналіз наукових досліджень (А. Богуш, М. Боришевський, О. Вишневський, М. Каган, С. Кримський, І. Степаненко, В. Сухомлинський, С. Франкл, Г. Шевченко, Ж. Юзвак, К. Юнг та ін.) дозволив визначити їхні спільні ознаки та специфіку кожного з них. Установлено, що поняття «духовність» та похідні від нього, хоча і відображають єдину реальність, мають мінливий історичний зміст у контексті відмінностей культури. Відповідно і поняття «духовне здоров'я» може інтерпретуватися в досить широкому діапазоні характеристик. На сьогодні найбільш актуальні дослідження духовного світу людини безпосередньо пов'язані з проблематикою духовного здоров'я, оскільки першочерговими є завдання подолання духовної кризи сучасної цивілізації. Духовне здоров'я в контексті функціонування різноманітних форм духовного життя в соціумі досліджується передусім як соціальна обумовленість духовної діяльності та спільної свідомості.

Духовне здоров'я, як і будь-яке інше поняття, поліаспектне у своїй змістовій характеристиці. Розуміння сутності духовного здоров'я дозволяє забезпечити адекватне розуміння «цілісності» як фундаментального поняття особистості та її духовного світу і є інтегрованою характеристикою як суб'єкта освітньої діяльності, уміщуючи в собі інтелектуальний, морально-етичний, емоційно-вольовий та естетичний аспекти. Гармонійна єдність цих аспектів характеризує емоційно-чуттєве, позитивне ставлення суб'єкта до світу, мистецтва, оточуючих людей, природи, самого себе. Духовне здоров'я індивіда залежить від складників духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Тому його рівень визначатиметься особистісною потребою у засвоєнні системи цінностей та якістю мотиваційно-ціннісного ставлення до складників духовної спадщини

суспільства. Духовне здоров'я є інтегральним утворенням і синтезує не лише психічні чи душевні якості, а всі особистісні характеристики, оскільки його носієм є особистість, а не психіка, інтелект чи свідомість. У зв'язку з цим духовне здоров'я не може бути однозначно інтерпретоване через певні ознаки та характеристики, а являє собою постійно змінну та багатовимірну реальність буття людини з урахуванням як внутрішніх духовних чинників її поведінки, так і соціокультурного контексту життєдіяльності [4].

Духовне здоров'я забезпечує реалізацію в особистісному бутті сутнісних потенцій духовного світу людини і не дає можливості виявитися його деструктивним якостям. Воно складає основу оцінки якості духовної складової людини та її життєдіяльності. Саме духовно здорова людина може трансформувати себе із царини «буттєвих можливостей» в реальну життєдіяльність, у межах якої здійснюється її саморозвиток та самоактуалізація, ознакою чого є визначення смисложиттєвих орієнтирів людини.

Забезпечення духовного здоров'я особистості та формування її здатності до самоактуалізації мають багато точок перетину в освітній діяльності. Передусім йдеться про формування в особистості комплексу якостей і здатностей, які, будучи спрямовані на її саморозвиток, одночасно є механізмами забезпечення духовного здоров'я. Серед таких якостей, насамперед, слід виділити: розвиток потреби та здатності особистості до усвідомленого самопізнання; спрямованість на самоідентифікацію; діяльність щодо саморозвитку й розкриття власних здатностей: формування мотивації до особистісної саморегуляції; забезпечення освітніми впливами здатності особистості до саморозвитку та самоактуалізації упродовж усього життя.

Проблема людини та її здоров'я – одвічна проблема, стрижнем якої є шлях до вільного гармонійного розвитку особистості. Бути здоровим і якомога рідше хворіти – природне бажання та прагнення людини, її неусвідомлена потреба. Здоров'я – основа всіх наших справ, трудових і творчих звершень, сподівань, надій на майбутнє. Тому в усі часи здоров'я було і залишається основною сутністю людського існування [4].

Науковий аналіз глобальної еколого-демографічної ситуації, що склалася на початку нового тисячоліття, примусив замислитися кожного, хто дбає про власне життя і здоров'я, про долю своїх нащадків, майбутнє людства. Нинішня ситуація порушує питання про необхідність зміни наших уявлень, вимог щодо здоров'я людини, нації, суспільства. Для України ситуація ускладнюється ще й тим, що водночас з екологічною кризою країна перебуває в економічно-політичній кризі. Через це спостерігається прогресуюча деградація здоров'я населення, особливо дітей та шкільної молоді [6].

Ситуація зі станом здоров'я населення в Україні погіршується ще й низьким рівнем знань переважної більшості людей щодо фундаментальних законів раціонального формування, збереження та зміцнення свого власного здоров'я впродовж усього життя, у зневажливому й нерідко

безвідповідальному ставленні до цієї єдиної онтологічної цінності, якою природа нагороджує людину разом із життям [4; 6].

Єдиним способом розв'язання проблеми є кардинальна зміна поглядів людини на причини та наслідки нездоров'я. А досягти цього можна лише шляхом перебудови системи освіти та виховання людини, набуття знань, що дозволяють їй здійснювати гармонійний розвиток згідно з вимогами сьогодення.

Поняття «здоров'я» досить складне і характеризує результат взаємодії індивіда з оточуючим середовищем – умови існування, провідні мотиви його життєдіяльності та світобачення. Поняття здоров'я має широкий інтегральний зміст, для розкриття якого потрібні знання з різних галузей людинознавства [4].

Від того, з яких філософських позицій воно розглядається, залежить, яким аспектам надається перевага. У зв'язку з цим передбачається вивчення здоров'я як цілісного багатовимірного феномена. Щоб бути здоровим, недостатньо мати тільки здорове тіло. Адже, якщо людина не живе духовним життям, її фізичні резерви швидко вичерпуються, що неминуче призведе до хвороби. Якщо людина перебуває тривалий час в атмосфері страху, психоемоційного напруження (стресу), це може призвести до онкологічних, серцево-судинних чи психічних захворювань. І навпаки, в історії людства відомі випадки, коли завдяки великій духовності та вірі люди з надзвичайно важкими захворюваннями чи травмами не тільки одужували, але й поверталися до активного життя.

З огляду на те, що феномен людини становить собою діалектичну єдність матеріального й духовного, біологічного й соціального, особистого й суспільного, виникає необхідність розглянути *духовну складову здоров'я людини*.

Як і будь-яку фундаментальну якість, духовний розвиток однозначно й стисло визначити не можна. Духовність для віруючої людини – це її здатність відчувати себе відповідальною за власні дії перед Богом. Люди, які не вірять у реальність Бога, але визнають існування такого собі Космічного Розуму, Свідомості Всесвіту, Сил Природи, Совісті сприймають духовність як синонім моральності. Не можна заперечити наявності діалектичного взаємозв'язку між поняттями «моральність» і «духовність», однак їх не слід ототожнювати.

Духовний розвиток це найефективніший шлях, який може видалити причини всіх проблем людини. Саме бездуховність і неосвіченість є головними причинами абсолютно всіх негараздів і хвороб людини. Духовність слід розуміти як діяльність свідомості, спрямовану на пошук сенсу життя та свого місця в ньому, визначення критеріїв добра і зла, оцінювання за ними людей і подій, формування мотивів поведінки згідно із загальнолюдськими принципами моральності або всупереч їм. Духовні цінності відіграють роль повсякденних орієнтирів у предметній і соціальній дійсності та визначають поведінку людини [11].

Усе більше й більше людей говорять про значення духовних надбань. Духовні уподобання повинні починатися в родині. Вони мають дозволяти людям обумовлювати свої рішення, відносини й роботу, забезпечувати соціальний, економічний і духовний добробут людей. Права людини та загальні етичні цінності охороняють нас від повторення трагедій минулого й надають нам бачення майбутнього світу, у якому права людини та етнічні норми світової духовної культури стануть неписаними законами й будуть виконуватися природно, як спосіб життя.

Тривалий час духовність прирівнювали до релігійності. Особливо це було виражено в радянський період. У той час, коли церква була відокремлена від держави, тема духовності була викреслена з наукових робіт, але сьогодні вона знову ввійшла до кола сучасних досліджуваних проблем.

Досліджуючи наукову літературу, спостерігаємо, що поняття «духовне» та «душевне» (або «психічне») нерідко ототожнюються. Разом із тим, говорячи про взаємозв'язок між здоров'ям людини та її духовним світом, дуже важко провести чітку межу між душевним (психічним) і духовним, які в конкретній людині є нічим іншим, як абстрактними аспектами єдиного цілого. У тих випадках, коли людина перебуває в стані суперечності між своєю душею і духом, що трапляється, наприклад, у ситуації вибору між неспокоєм і напруженням духовних пошуків та душевним благополуччям і рівновагою, виділення цих аспектів із метою «розібратися в собі» є просто необхідним. Складовими духовного світу людини є знання, моральні, художньо-естетичні, життєво-практичні переживання, ціннісні орієнтації та установки. Свої життєві проблеми, у тому числі стан свого здоров'я, людина сприймає крізь призму певних понять, образів, почуттів, уявлень, смислів та інших духовних утворень. Світогляд кожної конкретної людини є неповторним, і тому практичні підходи людей до розв'язання проблеми здоров'я дуже різняться між собою [12].

Отже, досвід освоєння людиною навколишньої та своєї внутрішньої реальності концентрується у відповідних соціальних формах духовності: релігії, філософії, науці, моралі тощо. Так, у релігії людина спонукається до здорового способу життя вірою в божі заповіді, якими встановлюється культ тілесної та духовної чистоти. У філософії та науці – веліннями розуму, в етиці – моральними настановами, у мистецтві – почуттям прекрасного.

Філософським осмисленням духовності займалися І. Бех, М. Гончаренко, М. Кисельов, С. Кримський, В. Кулініченко, І. Степаненко та інші дослідники. Вони розглядають «духовність» із двох позицій: ототожнюють «духовність» із духовною культурою, як поведінковий аспект, тобто поведінку людини в соціумі, яку вона буде засвоювати упродовж свого життя, шляхом освоєння духовного змісту культури – це і буде її другим духовним народженням. З іншого боку, розглядають духовність як внутрішню якість особистості, одним із чинників свідомої людини, як її духовні цінності [2].

Філософський словник визначає духовність як спосіб життєдіяльності, специфіка якого полягає в пріоритетному задоволенні потреби в пізнанні – світу, себе і, головне, смислу та призначення свого життя [13].

С. Кримський вважав, що духовність – «...це здатність переводити універсум зовнішнього буття у внутрішній всесвіт особистості на етичних засадах, здатність створювати той внутрішній світ, завдяки якому реалізується собітотожність людини, його воля відносно жорсткої залежності перед ситуаціями, які постійно змінюються. Духовність призводить до свого роду сенсової космогонії, поєднання образу світу з моральним законом особистості...» [7].

На думку Л. Лівшиця духовність це «...така смисложиттєва позиція особистості у світі, у якій людина відкриває себе світові, а також іншій людині як єдиному носію родової людської сутності. Духовність виражена в прагненні до соціально-позитивних, гуманістичних цінностей, у ній відбувається розвиток родової сутності людини» [9].

Каган М. уважає, що духовність позначає якісну відмінність психічної діяльності людини від психічної активності тварин. Він пропонує розрізняти терміни «дух», «духовний», «духовність». Ця необхідність обумовлена тим, що жодне інше поняття – ані свідомість, ані розум, ані мислення, ані інтелект – не фіксують дану реальність у всій її цілісності [13].

Н. Силуянова поділяє духовність на релігійну й моральну. Моральна духовність зорієнтована на реалізацію зазначеної потреби безпосередньо на практиці людських взаємовідносин, взаємних зобов'язань людей один перед одним [15].

С. Франкл розумів духовність, як «внутрішнє життя, зв'язок людських глибин з надприродним початком» [16].

Отже, духовність із позиції філософів є ціннісним виміром буття внутрішнього та зовнішнього в їх єдності, у співвіднесенні з Вічністю, з вічним Абсолютом, а не з повсякденністю, з устремлінням до Істини, Добра, Краси, із творчістю й свободою.

Інша позиція в трактуванні духовності у психологів, які вважають, що вона – не інтелектуальність, не ідеалізм, не чиста мораль, не релігійність і не емоційність. Водночас усе це в сукупності становить велику цінність, підготовку до самодисципліни, саморозвитку й очищення себе від усякого зла [3]. Вони розуміють її як творчу здатність особистості до самореалізації та самовдосконалення, що зумовлюється такими особливостями когнітивно-інтелектуальної, чуттєво-емоційної та вольової сфер, які є необхідними для успішного формування та реалізації потреби в цілеспрямованому пізнанні й ствердженні в її життєдіяльності істини, загальнолюдських етичних і естетичних цінностей, усвідомленні єдності себе і Всесвіту. На думку психологів, духовність є інтегрованою якістю особистості, ієрархією метамотивів і потреб, виходячи з яких особистість оцінює себе, інших, довкілля, а найсуттєвішими для духовного розвитку особистості є такі потреби: самоповага, пізнання світу, себе, сенс життя, сприймання й

створення краси, здійснення добра та справедливості, досягнення психічної досконалості [3].

Так, Ж. Юзвак розуміє духовність як складне поєднання таких особливостей інтелектуальної, чуттєво-емоційної та вольової сфер людської психіки, які сприяють формуванню потреби в пізнанні світу, себе, оточуючих людей і засвоювання духовних цінностей. Психолог розглядає духовність як здатність людини до психічного та особистого вдосконалення та самовдосконалення [18].

І. Бех під духовністю розуміє, перш за все, зосередженість на моральній культурі людства. «Адже духовність, наголошує вчений, так чи інакше передбачає вихід за межі егоїстичних інтересів, особистої користі й зосередженість на моральній культурі людства. То й цілі і наміри духовно зрілої особистості вкорінені в системі надіндивідуальних цінностей, завдяки чому вони виконують функцію вищого критерію орієнтування у світі й опори для особистісного самовизначення» [1].

Дещо інше розуміння духовності педагогами. Під духовно вихованою людиною В. Сухомлинський розумів високоморальну, гуманістично спрямовану, фізично досконалу й естетично розвинену особистість, віддану своєму народу, своїй Батьківщині, яка не є байдужою до горя й біди інших людей, яка співчуває іншому і в разі потреби надає дієву допомогу.

У «Педагогічному словнику» духовність тлумачиться як «специфічна людська риса, яка виявляється у багатстві духовного світу особи, її ерудиції, розвинутих інтелектуальних і емоційних запитах, моральності» [14].

Духовність це поняття, що узагальнено відображає цінності (сенси) і відповідний їм досвід, протилежний емпіричному («матеріальному», «природному») існуванню людини, або, принаймні, що відрізняється від нього. Духовність виявляється у спрямуванні людини до вищих цінностей, до ідеалу, в усвідомленому спрямуванні людини до досконалості; відповідно одухотворення полягає в засвоєнні вищих цінностей, у наближенні до ідеалу [3].

О. Вишневський вважає, що духовність є найвищим щаблем в ієрархії цінностей, тобто належить до абсолютних, вищих цінностей. Характеризуючи духовність, педагог наголошує на тому, що це обумовлена світоглядом і вірою спрямованість людини до Бога й до богоугодно трактованих ідеалів нижчих рівнів ієрархії цінностей, що стосуються естетичного, морального, національного, громадянського, родинного, особистісного життя людини [5].

Духовність, на думку Г. Шевченко, це внутрішня енергетична сила особистості, основа її життя, ієрархія загальнолюдських, національних цінностей, творчість за законами Краси. Духовність розглядається як проблема оволодіння сенсожиттєвими цінностями, цілями та смислами, постійне сходження до вершин найвищих цінностей і реалізація їх у практичній діяльності [17].

Н. Лавриченко робить спробу поєднати поняття «духовність» і «моральність» у сучасній педагогічній науці, де духовність є способом

індивідуального світопізнання та світовідношення в складному поєднанні з механізмом саморефлексії, тобто визначає ставлення людини до самої себе, тоді як моральність ґрунтується на історичному досвіді й формує такі культурні концепти, як моральні норми, принципи, поняття добра [8].

На думку А. Богуш, духовність є своєрідним інтелектуально-чуттєвим, емоційним станом особистості, що протікає на позитивному тлі поведінки й діяльності людини та характеризує її цілісність як особистості [2].

Отже, з педагогічного погляду, духовність – це певний тип ставлення людини до природи, суспільства, інших людей, до самої себе; індивідуальна вираженість людини в системі її мотивів життєдіяльності; потреба в пізнанні світу, себе, смислу й призначення свого життя, потреба діяти для інших [2]. Духовність не ототожнюється з духовним життям суспільства. Вона є способом розвитку особистості. Якщо світогляд передбачає вибір способу життя, то духовність пов'язана з вибором свого власного образу, своєї долі та ролі, одне слово, із зустрічі з самим собою.

Із наведеного можна зробити висновок, що під духовністю розуміють процес, за допомогою якого духовний потенціал душі розвивається урівноважено та гармонійно. Духовне перетворення особистості - це процес виховання та навчання, які приводять до духовного росту. Духовне зростання є основою етики та моралі людини, її гуманістичного розвитку. Усе, що сприяє духовному зростанню, спрямоване на добро. Якщо не керувати нашими природними потребами та бажаннями, вони можуть збити людину з духовного шляху.

Рівень духовності, на якому ми перебуваємо, отримує своє відображення в наших взаєминах із навколишнім світом і самим собою. Він проявляється в моделях довільних відповідей. Тому одним із головних інструментів духовного росту є постійний контроль, розуміння наших відповідей, нашої поведінки. Людина, оволодіваючи вмінням аналізу своїх довільних відповідей, вчиться культури мислення, розуміти свої почуття, осмислювати порядність і емоційну цілісність, проявляти в потрібний момент волю, рішучу дію, якщо вона морально виправдана.

Духовність або духовний світ людини успішніше формується на основі здорового організму. Здоров'я тіла забезпечує людині не лише високу працездатність, творче довголіття, але й помітно впливає на її інтереси, погляди, спосіб мислення. Воно слугує джерелом духовної бадьорості, оптимізму, упевненості в собі та своїх творчих можливостях, пробуджує інтерес до нових духовних цінностей, стає важливою умовою культурного розвитку людини. З іншого боку, духовне в людині здійснює зворотний вплив на її фізичний стан і може стати джерелом прагнення до здорового способу життя. Духовні цінності, ідеї та знання нерідко стають тією спонукальною силою, яка докорінно змінює спосіб життя людини. Здоровий спосіб життя органічно входить у сферу прекрасного, набуваючи, крім практичної, естетичну цінність.

Людина, яка піклується лише про здоров'я свого тіла й забуває про «здоров'я духу», ігноруючи прийняті в суспільстві моральні норми й

цінності, іде шляхом тваринних інстинктів. Отже, неможливо досягнути духовного здоров'я без підтримання тілесного здоров'я, і навпаки. Порушення людиною гармонії між фізичним і духовним негативно впливає на обидві сфери її життя.

Люди тягнуться до тих, хто випромінює доброту, любов, світло, тепло, позитивну енергію. Лікарі стверджують, що добрі, веселі, енергійні люди довше живуть і менше хворіють. Спокій, урівноваженість, чуйність, доброта, порядність, ввічливість характеризують здорову людину. З нею легко жити, приємно спілкуватися. Такі люди вміють жити в гармонії, у злагоді з самим собою, з іншими людьми. Вони веселі та щасливі, успішно розв'язують свої проблеми. Емоційно врівноважені люди сповнені щастя й любові, а головне – духовного здоров'я, яке має таке велике значення для повноцінного життя. Духовна складова людини є не тільки основою її здоров'я, але й основою благополуччя тих, хто її оточує.

У кожної людини свій темп розвитку та своя стадія духовного вдосконалення залежно від рівня розвитку душі та від якості способу життя, індикатором яких є здоров'я людини. Бездуховну людину не можна визнати здоровою. Установлено, що в сучасних уявленнях про здоров'я людини як цілісний багатовимірний феномен виділяють чотири його складові, а саме: фізичне, психічне, соціальне та духовне здоров'я.

Аналіз широкого спектра дефініцій дозволив нам запропонувати визначення одного з ключових понять «духовне здоров'я» як складної інтегрованої особистісної якості, формування якої зумовлює готовність і спроможність особистості до всебічної реалізації себе в суспільному житті, її прагнення до оволодіння загальнолюдськими цінностями, спроможність до взаємодії з мікро-, мезо- та макросередовищем, здатність відчувати себе часткою навколишнього світу, бажання поліпшувати його, уміти співчувати, співпереживати, надавати допомогу іншим, будувати гармонійні взаємини з людьми, відповідально ставитися до себе та свого життя.

Бездуховність починається за браком почуття вдячності, за такі життєво важливі умови, як чисте повітря для дихання, чиста джерельна вода, сонячне тепло і світло, місце на Землі, дари ланів, лісів, луків та інші безцінні подарунки природи, які сприймаються як щось саме собою зрозуміле.

Сьогодні вже з'явилися праці вчених, де компетентно й докладно розглядаються шляхи реального захисту здоров'я людини та природи в кризовій ситуації. Головне – це вдосконалення духовної сфери людини, зміна її ставлення до Природи як невід'ємної частини живої системи Всесвіту. Саме в цьому, на думку багатьох учених, полягає нова етико-екологічна парадигма суспільного розвитку. Власне, обмежуючи свої меркантильні потреби й піднімаючись на вищі духовні сходинки, людство може розраховувати на вихід із кризи та порятунк від морально-екологічної катастрофи. Жадоба грошей і влади шкодить довкіллю і, найголовніше, унеможливує духовний розвиток людини [12].

Духовне здоров'я людини формується багатьма чинниками. Традиційними є вплив батьків, їхній світогляд, переконання, культура,

традиції, побут. Не останню роль відіграє національна внутрішня політика держави. У галузі освіти вона спрямована на забезпечення комплексного формування здоров'я. Це положення відображається в низці державних нормативних документів і покладено в основу формування здорової особистості з високим рівнем громадянської відповідальності, готової до самостійного вибору власного місця в житті [10].

Державна політика реалізується через освітні заклади: дошкільні, шкільні, позашкільні, вищі навчальні заклади різних рівнів акредитації. На жаль, стратегії держави з цього питання ще не вироблено, як і наступництва, взаємодії, координації дій. Але вільне місце довго вакантним не буває. Його заповнює примітивна, розважальна, неукраїнська ерзацкультура. Юне покоління росте на прикладах віртуальних героїв мультфільмів, непереможних фантастичних людей-мишей, голівудських поліцейських суперменів [13].

Духовне здоров'я формується шляхом виховання в особистості позитивного спілкування, запобігання конфліктам, акцентуючи увагу на моральній вихованості як одній з важливих характеристик людини й суспільства. Духовне виховання та здоров'я повинно базуватися на природних реальних явищах, спілкуванні з довкіллям, дослідженням його з усіх сторін. Якщо держава зможе обмежити вплив на дітей електронних засобів масової інформації, то багато проблем у формуванні духовного здоров'я людини буде вирішено без особливих зусиль [11].

Загальна освіта повинна стимулювати бажання духовного розвитку, духовного вдосконалення, виникнення внутрішньої потреби використовувати в житті загальнолюдські моральні принципи, щоб людина розуміла, що духовне – це головне в житті, що без духовності неможливо стати посправжньому культурною людиною [12].

Недоліки освіти в цілому пов'язані з методологією загальної освіти, яка не повинна зводитися лише до розвитку мислення особистості, до набуття нею навичок аналізу, до повідомлення їй відомостей, які доречні тільки на практиці, до суми деяких уявлень про устрій навколишнього світу, вивчення фактів із історії людства, онайомлення з літературою та мистецтвом, підготовки до подальшого продовження освіти. Загальна освіта повинна також дати елементарні відомості про суть людського мислення, сутність людського знання та про способи спілкування між людьми, які завжди в тому чи іншому сенсі базуються на деяких догмах або аксіомах [11].

Список використаних джерел

1. Бех І.Д. Виховання особистості: навч.-метод. посіб. / Кн. 1: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. – К.: Либідь, 2003. – 278 с.
2. Богуш А.М. Дефініції «духовність» і «моральність» в аспекті національного виховання в Україні // Морально-духовний розвиток особистості в сучасних умовах: зб. наук. пр. – К., 2000. – Кн. 1. – С. 18–23.
3. Богуш А.М., Сучок В.І. Уроки духовності дітям. – Одеса: Друк, 2007. – 198 с.
4. Бойчук Ю.Д., Науменко Н.В. та ін. Духовне здоров'я молодших школярів: теоретико-методичні аспекти формування: метод. реком. для викл. вищ. пед. навч. закл. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2015. – 36 с.

5. Вишневецький О.І. Теоретичні основи сучасної української педагогіки. – Дрогобич: Коло, 2003. – 528 с.
6. Гончаренко М.С. Валеопедагогические аспекты духовности: учеб. пособ. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. – 400 с.
7. Крымский С.Б. Контуры духовности: новые контексты идентификации // Вопросы философии. – 1992. – № 12. – С. 21–28.
8. Лавриченко Н. Категорії «соціальність», «духовність» і «моральність» в сучасній педагогічній науці // Шлях освіти. – № 1. – С. 7–11.
9. Лившиц Р.Л. Духовность и бездуховность личности: социально-философский анализ : автореф. дисс. ... на соиск. науч. степени д-ра фил. наук: спец. 09.00.11. – Екатеринбург, 1997. – 48 с.
10. Науменко Н.В. Дефінітивна характеристика поняття «духовне здоров'я людини» // Теорія та методика навчання та виховання: зб. наук. пр. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2012. – Вип. 32. – С. 115-124.
11. Науменко Н.В. Формування духовного здоров'я особистості як сучасна педагогічна проблема // Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки»: наук.-метод. зб. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – № 2. – С. 32-36.
12. Науменко Н.В. Формування духовності як запорука збереження і зміцнення духовного здоров'я // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 16. Творча особистість учителя: проблеми теорії і практики: зб. наук. пр. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2013. – Вип. 22. – С. 29-33.
13. Науменко Н.В. Підготовка майбутнього вчителя до формування духовного здоров'я молодших школярів: автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди. – Харків, 2016. – 20 с.
14. Педагогічний словник / за ред. М.Д. Ярмаченка. – К.: Пед. думка, 2001. – 516 с.
15. Силуянова Н.В. Духовность как способ жизнедеятельности человека // Философские науки. – 1990. – № 12. – С. 100–104.
16. Франкл В. Человек в поисках смысла / под. ред. Л.Я. Гозмона, Д.А. Леонтьева. – М.: Мысль, 1990. – 368 с.
17. Шевченко Г.П. (ред.) Духовність та духовна культура особистості // Формування духовної культури учнівської молоді засобами мистецтва: колективна монографія. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. – С. 7–37.
18. Юзвак Ж.М. Духовність: психологічні аспекти // Українська психологія: сучасний потенціал. – К., 1996. – Т. 3. – С. 376-378

СТРУКТУРА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ З ПОЗИЦІЙ ПРИЧИННО-СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

(Жара Г. І.)

Структурування, формулювання й детермінація наукових понять є важливим компонентом існування й умовою розвитку будь-якої науки, і педагогічна валеологія як наука про збереження здоров'я учасників навчального процесу тут не є виключенням. Розбіжності у трактуванні інтегрованих та міждисциплінарних валеологічних понять різними авторами позбавляє системності та цілісності процес формування знань про здоров'я і його складові, викликає дублювання або неповне розкриття їх змісту. Внаслідок цього у наукових і методичних джерелах виникає суперечливість поглядів на один і той самий предмет дослідження. Крім того, існує

необхідність приведення деяких понять у цілісну систему згідно з існуючими інноваційними науковими напрацюваннями.

Тому метою даної роботи є систематизація і структурування змісту поняття «індивідуальне здоров'я» з позицій причинно-системного підходу у контексті професії вчителя.

Усім відоме визначення здоров'я (*WHO definition of Health*), дане Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1948 році: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*». У вітчизняних джерелах переклад цього визначення трактується як «Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного (в інших джерелах – душевного) і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних вад». Втім розвиток структури і складових цього поняття у науковій літературі багато разів набував різних модифікацій [6]: 1) фізичне, психічне, духовне (В. Горащук, 1998, 2000); графічне зображення – піраміда; 2) фізичне, соціальне, духовне (А. Царенко, Г. Яцук, 1998); графічне зображення – піраміда; 3) фізичне, соціальне, інтелектуальне, емоційне, духовне (Т. Воронцова, В. Пономаренко, І. Репік, 2005); графічне зображення – квітка; 4) фізичне, емоційне, розумове, соціальне, особистісне, духовне (В. Язловецький, О. Язловецька, 2000); графічне зображення – квітка; 5) фізичне, соматичне, психічне (розумове, емоційне), соціальне (О. Шевчук, 2005); 6) біологічне, соціальне, психологічне, духовне (фізичне, інтелектуальне, моральне) (Г. Воскобойнікова, 2014) [1]; 7) фізичне, психічне, моральне, духовне, соціальне, професійне (Б. Долинський, 2016) [3]; графічне зображення – циклічна схема.

Це доволі не повний перелік складових здоров'я, які подаються різними авторами. Водночас зміст деяких із них часто перетинається, дублюється або об'єднується. Особливо це стосується психічної і духовної складових здоров'я. Ми згодні з Б. Долинським, що поняття соматичного здоров'я входить до складу фізичного здоров'я [3, с. 66] і його не слід виокремлювати. Втім, невизначеним у графічних системних зображеннях залишається місце таких складових, як моральне, інтелектуальне, емоційне здоров'я, а якщо говорити про сферу зайнятості населення і соціальну адаптацію, то і професійне здоров'я. Спробуємо знайти причини вказаних невідповідностей і структурувати усі складові індивідуального здоров'я в єдину систему.

Деякі суперечності у розумінні і систематизації структури індивідуального здоров'я у вітчизняних наукових джерелах виникли, на нашу думку, у зв'язку із особливостями перекладу з іноземних мов.

Так, термін «*mental health*» українською мовою перекладається як «психічне здоров'я», російською – як «душевное здоровье»; утім як сам термін «*mental*» в українській інтерпретації має значення: «психічний, духовний, ментальний, мислений, розумовий»; у російській – «умственный, психический, мысленный, производимый в уме». Цілком зрозуміло, звідки із трикомпонентної структури, поданої ВООЗ, виникла чотирикомпонентна інтерпретація, яка отримала свій широкий розвиток у валеологічній науці: «Здоров'я ми розглядаємо як гармонійний баланс чотирьох складових –

фізичної, психічної, соціальної, духовної, які знаходяться у внутрішній (психофізіологічній) і зовнішній (середовищній) рівновазі і дозволяють людині повноцінно проявлятися у всіх сферах життя» [6]. Витоки такої інтерпретації були детально розглянуті автором даної статті у попередніх дослідженнях [5; 6]. Однак, проаналізовані у подальшому дослідження [2; 3; 4; 7; 8; 9; 10; 13; 14; 15; 16 та ін.] дали підстави для впевненості у більш складній структурі поняття здоров'я в цілому й індивідуального здоров'я зокрема.

У психології поняття індивідуального здоров'я розглядається крізь призму особистості, тому трактується як особистісне здоров'я.

Застосовуючи системний та синергетичний підходи для розгляду особистісного здоров'я як цілісного утворення, О. Ревякіна визначає його як систему, що містить у собі три підсистеми: психофізичну, морально-вольову та соціальну. Ці підсистеми, на думку автора, взаємодіючи одна з одною, формують нові властивості особистісного здоров'я як цілісного утворення (системи), відсутні у кожного з них окремо. Таким чином, особистісне здоров'я є сукупністю підсистем різного рівня, що перебувають у відносинах ієрархії (виділено нами – Г.Ж.) [16, с. 312–313].

Крізь особистісну призму розглядають різні аспекти здоров'я В. Міляєва та Ю. Бреус, які наголошують, що варто розрізняти поняття «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я»: «...психічне здоров'я... має відношення до окремих психічних процесів та механізмів; психологічне здоров'я характеризує особистість в цілому, перебуває у безпосередньому зв'язку з проявом людського духу» [12, с. 416]. Психологічне благополуччя, на думку цих авторів, складається з когнітивного та емоційного компонентів, що, на нашу думку, відповідає розумовій (інтелектуальній) та емоційній складовим здоров'я. Емоційне здоров'я «дозволяє зберігати цілісне емоційне ставлення до себе і до світу, перетворювати негативні емоції і породжувати позитивно забарвлені переживання» [12, с. 418]. Оскільки емоції складають особливий клас психічних станів людини, вважаємо емоційне здоров'я складовою психічного здоров'я.

М. Гончаренко розрізняє дві основні категорії здоров'я – індивідуальне і суспільне, а також виділяє у кожній з них сім складових. На рівні індивідуального здоров'я людини це – фізична витривалість, емоційна стійкість, працездатність, адаптивність, креативність, моральність, цілеспрямованість [2, с. 85].

Важливим спостереженням, на наш погляд, є наявність у вище розглянутих положеннях акцентування уваги науковців на соціальних аспектах індивідуального здоров'я людини. З огляду на вище викладене, соціальна складова не може бути виключеною зі структури індивідуального здоров'я.

Дійсно, людина як біосоціальна істота не може повноцінно розвиватись і проявляти себе поза суспільними впливами і відносинами. Так, В. Поляковим [15] виділено сім рівнів соціальних взаємодій («базових сфер життя») людини: 1) матеріально-побутова та психофізіологічна сфера; 2) емоційно-

чуттєва сфера, відносини з навколишнім світом; 3) сфера ментально-діяльнісного когнітивного розвитку; 4) сфера соціально-культурної актуалізації і визнання досягнень людини у суспільстві; 5) сфера колективного співробітництва (сім'ї, родичів, співробітників, однодумців, друзів); 6) сфера служіння суспільству і включеності в його життя через міжколективне співробітництво; 7) сфера морально-етичних ідеалів, цінностей світової культури і світоглядних орієнтирів. Розглянуті сфери співпадають за змістом з послідовністю розгляду об'єкту як системи у методології системного підходу [9, с. 30]: 1) фіксація множини елементів; 2) встановлення зовнішніх і внутрішніх зв'язків цієї множини; 3) визначення принципів взаємодії системи з середовищем; 4) виділення системоутворювальних зв'язків, які забезпечують впорядкованість системи; 5) виявлення впорядкованості, структури й організації системи; 6) аналіз принципів поведінки системи як цілої організованої множини; 7) вивчення процесів управління, що забезпечують стабільний характер поведінки досягнення системою результатів. Тому ми їх будемо використовувати для структурування складових індивідуального здоров'я у процесі моделювання.

Професійна діяльність вчителя також тісно пов'язана із соціальними взаємодіями різних рівнів, тому цей чинник потрібно ураховувати під час розгляду індивідуального здоров'я вчителя як представника соціально значущої професії, відповідального за відтворення та розвиток інтелектуального та культурного рівня суспільства.

У науковій літературі питання здоров'я вчителів найчастіше асоціюються з поняттям професійного здоров'я. Під професійним здоров'ям науковці розуміють інтегральну характеристику функціонального стану організму за фізичними та психічними показниками з метою оцінки його здатності до певної професійної діяльності, а також стійкості до несприятливих факторів, які супроводжують цю діяльність [10; 11]. Основними його показниками вважаються (за Л. Мітіною) особистісні якості, емоційний стан та процеси самокерування [11]. Б. Долинський визначає професійне здоров'я вчителя як «цілісний багатомірний динамічний стан організму, що дозволяє педагогу максимально реалізовувати свій творчий потенціал у професійно-педагогічній діяльності» [4, с. 28].

Серед науковців існує багато недостатньо вирішених у термінологічно-поняттєвому плані дефініцій, які б в цілому описували співвідношення між індивідуальним здоров'ям вчителя, його професійним здоров'ям та індивідуальним здоров'язбереженням як професійною якістю і компетентністю. Цікавими, на нашу думку, тут є роботи Б. Долинського, який розглядає професійне здоров'я вчителя як підсистему у системі його індивідуального здоров'я [3, с. 65] (виділено нами – Г.Ж.). Таким чином, не виникає жодних сумнівів щодо логічного включення професійного здоров'я до складових індивідуального здоров'я поряд з фізичним, психічним, соціальним, духовним.

Що стосується моральної складової здоров'я, то вона доволі рідко описується валеологами, і частіше є предметом педагогічних досліджень з

теорії виховання. У контексті індивідуального здоров'язбереження вчителя її розглядають Г. Воскобойнікова, Б. Долинський, як складову культури здоров'я Л. Лохвицька, Н. Малярчук, В. Соколев, та ін. «Моральне здоров'я визначається тими моральними принципами, що є основою соціального життя людини, тобто життя в певному людському суспільстві...», – вказує Б. Долинський [3, с. 66], – «...моральне здоров'я – це комплекс характеристик мотиваційної та потребово-інформативної сфери в життєдіяльності, основу якого визначає система цінностей, настанов і мотивів поведінки індивіда в суспільстві» [там само]. Саме ціннісно-мотиваційна спрямованість цього компонента, на наш погляд, є найважливішою складовою становлення індивідуального здоров'я людини.

Для того, щоб представити усі складові індивідуального здоров'я людини у вигляді цілісної системи, нами було застосовано метод універсального моделювання, запропонований В. Поляковим – «метод конструювання схеми системних відносин, що відображають універсальні закономірності організації структури системи і циклічності її поетапного формування...» [14, с. 4]. В основі даного методу лежать 4 інтегральні моделі, які можуть бути використані (в їх модифікаціях) в усіх розділах практичної діяльності людини. У нашому моделюванні ми використали модель № 1 – модель ієрархії цілей системи (аттракції).

За допомогою причинно-системного аналізу, який розглядає системні відносини з точки зору багатовимірних причинно-наслідкових зв'язків, було виокремлено характеристики, які оцінюють індивідуальне здоров'я людини як підсистему в системах більш високого рівня [13] (групове (колективне) здоров'я, суспільне здоров'я), а також зв'язки між підсистемами (складовими індивідуального здоров'я) (рис. 1).



Рис. 1. Індивідуальне здоров'я людини в системі ієрархічних зв'язків

Використовуючи універсальну модель № 1, запроповану В. Поляковим [14], а також принципи розглянутих вище базових сфер життя, нами було структуровано складові індивідуального здоров'я людини з урахуванням причинно-системних зв'язків, і на рис. 2 подано схему їх ієрархічно-системного розподілу. Для однозначності інтерпретації у даній схемі наводимо також терміни, що позначають складові здоров'я, англійською мовою (переклад наш – Г. Ж.).

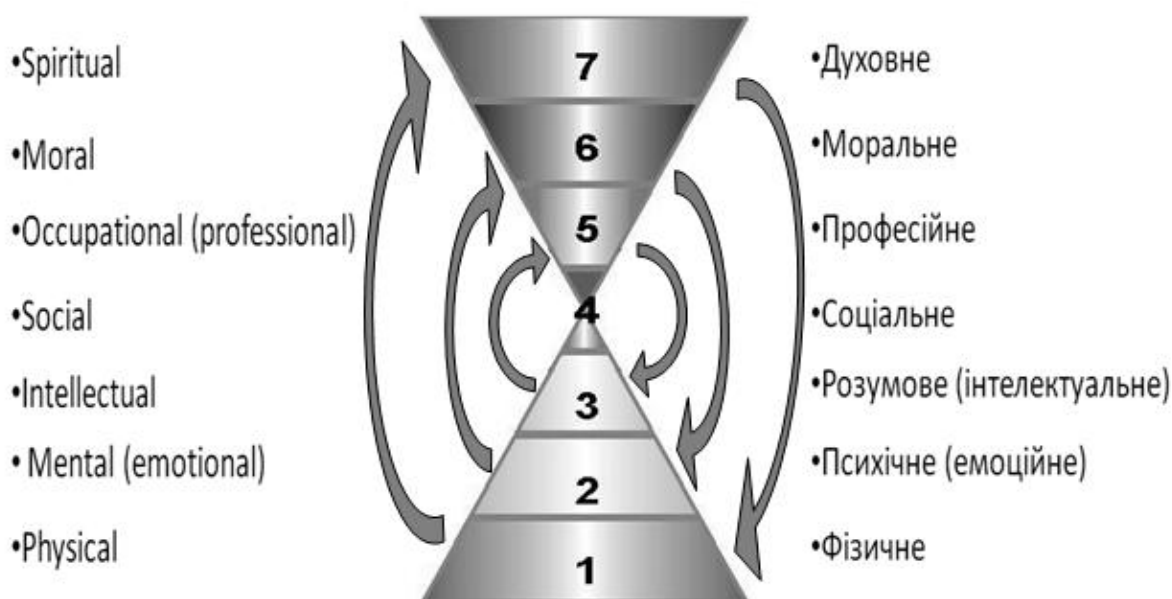


Рис. 2. Універсальна структура індивідуального здоров'я людини (© Г. Жара, 2017)

Причинно-системний підхід дозволяє характеризувати у системі, що моделюється, такі закономірності:

1. Потрійність («Тріада Платона»): за законом полярності, який є основою універсальної світобудови, Платон виділив тріаду тіло–душа–дух, або причина–взаємозв'язок–наслідок [7; 14]. На схемі (рис. 2) верхній трикутник є відображенням сфери причин, цілей, нижній – сфери наслідків, результатів, місце їх з'єднання є точкою переходу (взаємозв'язку), або критичною точкою, де спостерігається критичний стан – «стан крайньої нестійкості, що досягається відкритою неурівноваженою системою в ході попереднього періоду плавного еволюційного розвитку. Ключ до розуміння процесів самоорганізації знаходиться в дослідженні взаємодії відкритих систем з навколишнім середовищем» [16, с. 313].

2. Семирівнева система: наявність потрійності у сфері причин та у сфері наслідків, а також точки переходу між ними, що утворюють 7 узгоджених рівнів. При цьому на кожному рівні є своя тріада і своя семирічність, тобто 7 підрівнів на кожному рівні [7, с. 31]. Тому кожен складову здоров'я можна розглядати за аналогією як самостійну 7-рівневу систему, яка досягла самоорганізації; «самоорганізація – стрибкоподібний природний процес, що переводить відкриту неурівноважену систему, яка досягла у своєму розвитку критичного стану, в новий стійкий стан з вищим рівнем впорядкованості порівняно з вихідним» [16, с. 313].

3. Ієрархічність (наявність різномірневих зв'язків) та синергетичність (наявність однорівневих зв'язків). Ці зв'язки взаємообумовлені, тобто відбуваються відносно одночасно: людина сама функціонує як система, і водночас, взаємодіючи з іншими людьми, будує з ними різномірневі відносини [14, с. 6]. Як і будь-яка система, індивідуальне здоров'я людини розвивається на трьох планах: психофізичний (формопобудова), сензитивний

(взаємодія) і ментально-концептуальний (управління). При цьому 7-й рівень відображається у 1-му, 6-й – у 2-му, 5-й – у 3-му, 4-й не має пари і «замикається» сам на собі. Тобто управляти здоров'ям, по суті, ми можемо у першу чергу зі сфери причин (розвиваючи духовне, моральне і професійне здоров'я) впливаючи на сферу наслідків (фізичне, психічне, інтелектуальне здоров'я) через перехідні процеси, які належать до сфери соціального здоров'я, тобто прийняття і самоприйняття, толерантності, особистісної рефлексії, встановлення міжособистісних взаємодій, саморозвитку, самовдосконалення тощо.

З огляду на проведені теоретичне узагальнення та осмислення проблеми структурування складових індивідуального здоров'я людини з позицій причинно-системного підходу, можемо сформулювати визначення індивідуального здоров'я, а також індивідуального здоров'я вчителя у контексті його професійної діяльності.

Індивідуальне здоров'я – цілісний стан фізичного, психічного, розумового, соціального, професійного, морального і духовного благополуччя особистості, який дозволяє їй повноцінно проявляти себе і взаємодіяти в усіх сферах життєдіяльності.

Індивідуальне здоров'я вчителя – стан організму, при якому забезпечується активний психофізичний, емоційно-чуттєвий, інтелектуальний, соціально-свідомий, колективно-креативний, соціально-ієрархічний, світоглядний розвиток особистості педагогічного працівника, його працездатність та ефективність на усіх рівнях здійснення повсякденної і професійної діяльності.

Висновки. Проведений теоретичний аналіз складових здоров'я людини на основі причинно-системного підходу дозволив структурувати їх, об'єднавши раніше розрізнені і недостатньо систематизовані складові у цілісну систему. Представлена універсальна структура індивідуального здоров'я людини демонструє не тільки взаємозв'язки між його складовими, але й дозволяє пояснити можливості управління здоров'ям.

Список використаних джерел

1. Воскобойнікова Г. Л. Концепція комплексної оцінки адаптаційних можливостей у формуванні і збереженні індивідуального здоров'я людини // Наука і освіта: Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. – 2014. – № 8/СХХV. Серпень. – 224 с. – С. 35–39.
2. Гончаренко М. С. Духовність, здоров'я, образование: учеб. пособ. – Харьков: «БУРУН КНИГА», К.: КНТ, 2011. – 176 с.
3. Долинський Б. Т. Визначення сутності поняття «здоров'я» та його роль у професійній діяльності вчителя початкової школи // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка.; гол. ред. Носко М. О. Чернігів: ЧНПУ, 2016. – Вип. 136. – 256 с. – С. 63–67.
4. Долинський Б. Т. Теоретико-методичні засади підготовки майбутніх учителів до формування здоров'язбережувальних навичок і вмінь у молодших школярів у навчально-виховній діяльності: монографія. – Одеса: Видавець М.П. Черкасов, 2010. – 269 с.
5. Жара Г. І. Підготовка майбутніх учителів до формування в учнів валеологічних понять на засадах міжпредметних зв'язків шкільних природничих курсів: дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. – К., 2009. – 283 с.

6. Жарая А. И. К вопросу об универсальности формирования понятийного аппарата при изучении дисциплин валеологической направленности // *Здоровье. Личность. Общество : сборник научных трудов / сост. А. В. Алёшичева. Харьков: Финарт, 2014. – 364 с. – С. 285–303.*
7. ИНТЕКО. Колледж системологии и кардинальной психодиагностики. Кн. 1. / сост. Т.И. Песина, А.А. Боляновская, Н.В. Малыхина. – Мн.: ВЭВЭР, 2001. – 136 с.
8. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
9. Кузнецова А. Г. Развитие методологии системного подхода в отечественной педагогике: монография. – Хабаровск: Изд-во ХК ИППК ПК, 2003. – 152 с.
10. Мешко Г.М. Професійне здоров'я педагога як необхідна умова його творчого кар'єрного зростання // *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 16. Творча особистість учителя: проблеми теорії і практики: зб. наук. праць. – Вип. 9(19) / відп. ред. Н. В. Гузій. – К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. – С. 195–199.*
11. Митина Л. М. Психология труда и профессионального развития учителя: учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: ИЦ «Академия», 2004. – 320 с.
12. Міляєва В. Р., Бреус Ю. В. Емоційне здоров'я як складова професійної успішності майбутніх фахівців соціономічних професій // *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – 2012. – X (23). – С. 414-422.*
13. Панов В. А. Причинно-системный подход в системе непрерывного образования // *Парадигмы знаний у новую эпоху: назустріч глобальним змінам: матеріали 1-ї Міжнародної наукової конференції (Чернігів, 14 грудня 2012 р.). – Чернігів: ЧНПУ ім. Т.Г. Шевченка, 2012. – 96 с. – С. 75–78.*
14. Поляков В. А. Инновационные методы исследований в новую эпоху: универсальное моделирование как алгоритм проектирования в жизни // *Людина та світ в міждисциплінарних дослідженнях як основа нового укладу життя: матеріали 2-ї Міжнародної наукової конференції (Чернігів, 31 жовтня – 1 листопада 2013 р.). – Чернігів: ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка, 2013. – 88 с. – С. 3–17.*
15. Поляков В. А. Универсология. – М.: Амрита-Русь, 2004. – 320 с.
16. Ревякіна О. Основні теоретико-методологічні підходи до проблеми особистісного здоров'я у вітчизняній та зарубіжній психологічній науці // *Психологія особистості. – 2013. – № 1 (4). – С. 308–315.*

СУЧАСНІ КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЧИННИКИ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ І СУСПІЛЬСТВА

(Іващук Л. Ю.)

Здоров'я нації – показник цивілізованості держави, що відображує рівень соціально-економічного розвитку суспільства, головний критерій доцільності й ефективності всіх сфер господарської діяльності. Обов'язковим компонентом системи національної освіти мають бути знання про збереження і зміцнення здоров'я, що зробить можливим урахування принципово нових валеологічних (від лат. – *valeo* бути здоровим) вимог до всього змісту освіти, формування валеологічної свідомості та культури здоров'я громадян. Інтегральна характеристика здоров'я особистості і суспільства включає фізичні, духовні та соціальні складові.

Аналіз стану здоров'я громадян України і традиційної системи освіти окреслює декілька взаємопов'язаних тенденцій, які істотно впливають на неперервність та ефективність навчально-виховного процесу. Перша тенденція – зниження активності та зацікавленості школярів у здобутті знань. Друга – помітне сповільнення й дисгармонізація фізичного та психічного розвитку значної кількості дітей та підлітків. Третя, особливо небезпечна за своїми наслідками, – стрімке погіршення здоров'я дітей та учнівської молоді.

Існують як об'єктивні, так і суб'єктивні причини різкого зниження рівня здоров'я, насамперед: глибока соціально-економічна криза, глобальні екологічні проблеми, слабка матеріально-технічна база і недосконала структура системи охорони здоров'я; санітарно-гігієнічна необізнаність значної частини населення України, відсутність у багатьох людей пріоритету здоров'я та мотивації вести здоровий спосіб життя. Через недотримання основних валеологічних принципів в організації навчального процесу та в структурі середньої, спеціальної і вищої освіти на виробництві й у побуті зростає частота гострих і хронічних захворювань у школярів та студентів, порушення постави, плоскостопість, зниження гостроти зору, психічні та соматичні розлади тощо.

Лікарі, педагоги, батьки та громадськість серйозно стурбовані лавиноподібним поширенням серед підлітків та молоді токсикоманії, тютюнопаління, алкоголізму, венеричних захворювань, суїцидальних випадків, вагітності неповнолітніх, загрози епідемії ВІЛ/СНІДу. Однією із причин такого становища є відставання системи, принципів, методів і способів охорони та зміцнення здоров'я від вимог сьогодення; розбіжність системи знань, якою оперує національна освіта, і реалій сучасності, які з'явилися в результаті бурхливих соціально-економічних змін в Україні. Створення принципово нової системи валеологічної освіти – не лише важлива, а й необхідна складова виходу із цієї вкрай несприятливої ситуації в галузі охорони здоров'я.

Головною фігурою у вирішенні цієї соціально важливої проблеми, суб'єктом виховання є, насамперед, учитель, тому, що саме він, окрім сім'ї, формує з дитини особистість, людину.

Основне завдання лікарів і викладачів – сформувані у майбутніх вчителів валеологічний світогляд, виховати свідоме та дбайливе ставлення до власного здоров'я, здоров'я інших, виробити вміння популяризувати здобуті знання серед школярів та їхніх батьків [11, с. 3-4].

У системі цінностей, якими дорожить будь-яка цивілізована нація особливе місце відводиться здоров'ю людей. Протягом багатомісячної історії людства, на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економічно використовувати здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження [3, с. 7].

Здоров'я — одне з найбільших життєвих цінностей людини, запорука її благополуччя, щастя і довголіття. Ще древньокитайські лікарі відносили здоров'я людини до багатства, яке не цінується при наявності і оплакується

при втраті. Лікар М. Петтенкофер безпечних по відношенню до свого здоров'я людей уподібнював до марнотратників, яким випадково дісталася спадковість, а здоров'я людини – її «золотий запас» [6, с. 48].

Здоров'я – це капітал, що забезпечує благо не лише окремій людині, але й суспільству, воно вимагає збереження його і примноження. Людина розумна повинна розглядати своє здоров'я не лише як особистий капітал, але і як державну цінність [8, с. 11].

Норма і патологія, здоров'я і хвороба – складна гама зв'язків і перехідних етапів. Здоров'я і хвороба є варіантами мінливості живого, але не всяка норма – оптимум. Норму можна уявити як стан, при якому періодично можуть відбуватися відхилення функціонування організму від оптимального. Багато людей починають цінувати і берегти здоров'я, втративши частину цього скарбу, який ми отримали від Бога (Природи, Всесвіту, Космосу) і у спадок від батьків та попередніх поколінь.

Здоров'я — це не тільки відсутність хвороб, але й найменша вірогідність їх розвитку в конкретних умовах життєдіяльності людини, що можлива при добрій адаптації (приспосованості) до певних чинників довкілля [2, с. 15]. Здоров'я — це такий стан організму людини, коли функції його органів і систем зрівноважені із зовнішнім середовищем і відсутні будь-які хворобливі (патологічні) зміни. Гармонійний розвиток організму людини, що є запорукою здоров'я, передбачає високий рівень її духовного, психічного і фізичного розвитку.

У 1948 році ВООЗ прийняла таке визначення здоров'я: «Здоров'я — це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних вад». Таке визначення не повністю задовольняє валеологів, оскільки в ньому не відображені три принципово важливих положення: динамічність здоров'я, його енергетичне забезпечення та реактивні властивості організму здорової людини.

Здоров'я — системна характеристика організму людини, що визначається сукупністю фізичних і духовних якостей та властивостей, які є основою здійснення творчих планів, продуктивної праці, створення міцної, дружньої сім'ї, народження і виховання дітей, активного довголіття та «оптимального життя». За визначенням відомого українського вченого, хірурга, академіка Миколи Амосова, «Оптимальне життя означає прожити довго із максимальним Рівнем Душевного Комфарту (РДК)» [1, с. 26].

Здоров'я визначає процес адаптації, яка являється реакцією на соціально створену реальність. Адаптація створює можливість пристосовуватися до змінного зовнішнього середовища, до росту і внутрішніх фізіологічних змін, до лікування при порушеннях і до старіння. До того часу, доки організм спроможний за допомогою адаптаційних механізмів та реакцій забезпечити стабільність внутрішнього середовища при зміні зовнішнього середовища, він знаходиться у стані, який можна оцінити як здоров'я. Якщо ж організм потрапляє в умови, коли інтенсивність впливу факторів зовнішнього середовища переважає можливості його адаптації, настає стан, протилежний здоров'ю, тобто хвороба, патологія.

Виділяють три рівні опису цінності здоров'я: біологічний – досконалість саморегуляції організму, гармонія фізіологічних процесів як максимуму адаптації організму; соціальний – міра соціальної активності, відношення людини до світу; психологічний – позитивно спрямована стратегія життя людини.

Здоров'я людей належить до числа як локальних, так і глобальних проблем, тобто тих, що мають життєво важливе значення як для кожної людини, кожної держави, так і для всього людства в цілому.

Розрізняють такі види здоров'я: *фізичне здоров'я* - функціонування нашого організму і стан здоров'я кожної з його систем. Для людини важливо знати, як повинен функціонувати наш організм, як визначити, чи все гаразд у нас із здоров'ям; *розумове здоров'я* - це наша здатність отримувати інформацію, це наша обізнаність звідки її отримувати і як використовувати. Людина повинна вміти збирати потрібні знання з різних джерел і використовувати їх для прийняття рішень стосовно свого організму; *психічне здоров'я* - це стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів, що забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки і діяльності; *емоційне здоров'я* - це здатність розуміти наші почуття і виражати їх. Знання про те, як відчуваємося ми самі і як відчуваються інші, допомагає нам виражати свої почуття у певній формі. Важливо комфортно почувати себе. Емоції є позитивні і негативні; *соціальне здоров'я* - це те, як відчуваємо ми себе в колективі. Нам необхідно розуміти, що дійсно є для нас важливим у взаємовідносинах з сім'єю, друзями, коханими і всіма тими, з ким ми спілкуємось. Ми повинні виробляти вміння, що допоможуть нам у цих відносинах; *особисте здоров'я* - це відчуття себе як особи. Відчуття розвитку свого «Я». Це наші сподівання у досягненні, це наші уявлення про успіх. Кожен із нас знаходить способи самовираження залежно від того, що ми цінуємо і чого ми сподіваємося досягти; *духовне здоров'я* – є стеблом і серцевиною квітки, яку ми використовуємо для ілюстрування всіх видів нашого здоров'я. Це відноситься до суті нашого буття (що ми цінуємо, що є для нас важливим), це встановлення взаємозв'язків з усіма видами здоров'я.

Рівень здоров'я - це інтенсивність прояву життя в нормальних умовах середовища, яке визначається тренуваністю структур клітин.

Кількість здоров'я - це межі змінених зовнішніх умов, в яких ще продовжується життя.

«Сумарні резервні потужності» є не тільки найважливішою характеристикою стану здоров'я, але не менш важливі для прогнозування, виникнення і розвитку хвороб. Якщо хвороботворні (патогенні) чинники зменшують максимальну потужність якогось органу, то за належних резервів їх ще залишається достатньо, щоб забезпечити ефективну протидію цим чинникам і не допустити розвиток хвороби. Необхідно домагатись, щоб сума резервних потужностей була якнайбільшою.

Щоб з'ясувати, яка кількість здоров'я необхідна сучасній людині для повноцінного «оптимального життя», треба розглянути найважливіші

системи організму, взяти до уваги їхню еволюцію, вплив цивілізації тощо [4, с. 178].

Для того, щоб визначити фізичне, психічне і соціальне здоров'я, слід розкрити: 1) зв'язок спадковості людини і її здоров'я; природу психосоматичної конституції людини, її морфологічні, фізіологічні, ендокринні особливості, риси характеру і способи їх реалізації, темперамент; 2) зв'язок здоров'я з навколишнім середовищем; 3) зв'язок здоров'я зі способом життя людини (рівень життя, якість життя, стиль життя, режим життя, шкідливі звички); 4) залежність здоров'я людини від її відношення до свого здоров'я, від поглядів на здоровий спосіб життя, на знання людиною своїх можливостей, санітарно-гігієнічні основи життя.

Розрізняють екзогенні та ендогенні *фактори* здоров'я. До екзогенних відносяться екологічні фактори (вода, повітря, ґрунт, флора, фауна, радіація) та соціально-економічні фактори (праця, побут, соціально-економічний лад, інформація). Екзогенні фактори включають генетичні ознаки, морфофункціональну конституцію, тип вищої нервової діяльності, вроджений імунітет [10, с. 132].

За новою концепцією, *здоров'я* - це стан рівноваги між адаптаційними можливостями (потенціал здоров'я) організму і умовами середовища, що постійно змінюються.

Отже, *здоров'я можна схарактеризувати такими ознаками*: 1) нормальне функціонування організму на всіх рівнях його організації – органів, організму в цілому, гістологічних, клітинних та генетичних структур, нормальна поточність типових фізіологічних і біохімічних процесів, які сприяють вираженню та відтворенню; 2) здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно-корисній праці; 3) динамічна рівновага організму і його функцій та факторів навколишнього середовища; 4) здатність організму пристосовуватися до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюється (адаптація), здатність підтримувати нормальну і різнобічну життєдіяльність та зберігання живої основи в організмі; б) відсутність хвороби, хворобливого стану або хворобливих змін, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання або будь-якого порушення; 7) повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегулювання і гармонійної взаємодії всіх органів.

Поняття здоров'я має бути кількісним. «Кількість здоров'я» можна визначити, як суму «резервних потужностей» основних функціональних систем.

Фундамент здоров'я закладається в дитинстві. Будь-які відхилення у розвитку організму, тяжкі захворювання та травми в дитячому, підлітковому чи юнацькому віці можуть вплинути на здоров'я дорослої людини. Отже, з малих років важливо виховувати в собі потребу вивчати свій організм, аналізувати свій стан і самопочуття, хворобливі ознаки та явища (симптоми).

Найвідомішою і неприємною ознакою нездоров'я є біль, який може бути тупим або гострим, пульсуючим, колючим, тиснучим, «пекучим»,

«стріляючим» тощо. Друга ознака нездоров'я - погане самопочуття, слабкість, нездужання, які заважають або не дозволяють виконувати звичайну роботу. Ще одна ознака нездоров'я - порушення діяльності окремих органів, що проявляється, наприклад, прискороною частотою серцевих скорочень чи задишкою під час спокою, кашлем і хрипами в легенях, тяжкістю і болями в шлунку, печінці, в кишечнику (животі), відрижкою, блюванням, проносом тощо.

Які ж фактори докільця, а також особливості поведінки людини сприяють збереженню і зміцненню здоров'я? Вважають, що є декілька найважливіших чинників здоров'я.

Перший чинник — чіткий і правильний розпорядок дня. Людина повинна задовольняти фізіологічні потреби організму (сон, відпочинок, прийняття їжі), виконувати роботу, гігієнічні процедури, фізичні вправи в один і той же час. Завдяки чіткому режиму організм швидше і повніше відновлює використану енергію. Нездатність людини заставити себе дотримуватись визначеного і чіткого режиму дня — ознака неорганізованості, недостатньої сили волі, яких можна позбутися щоденною працею над собою.

Другий чинник — достатня рухова активність і фізичне навантаження. Гіподинамія (від. *Нуро* - «під, внизу» і *dinamis* - «сила») — досить поширене явище в останні десятиліття, коли людина має недостатнє фізичне навантаження, що стає характерною особливістю способу життя. Однак без достатньої рухової активності не може нормально розвиватись і функціонувати організм людини. Ця закономірність виникла і закріпилася в ході еволюції. Природою в людині закладена потреба в рухах, в м'язовому зусиллі, а якщо потреба не задовольняється, обов'язково виникають тяжкі розлади здоров'я.

В останні десятиліття однією з головних причин передчасної смерті людей в розвинутих країнах стали хвороби серцево-судинної системи. Вченими встановлено, що чим вищий рівень життя в країні, тим більше людей мають захворювання серця і судин. Найпоширеніші ці хвороби у людей, які мають недостатнє м'язове навантаження.

Унаслідок гіподинамії порушується діяльність серця. Виникають розлади обміну речовин, одним із проявів якого є надлишкова маса тіла. Розвиваються патологічні зміни в м'язових та інших тканинах. Порушується нормальне співвідношення між фізичними і психічними навантаженнями, що призводить до надмірного збудження центральної нервової системи. А це зумовлює виникнення таких захворювань як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, цукровий діабет. Падає працездатність, прискорюється процес старіння [5, с. 116].

Школярам слід міцно засвоїти: регулярне адекватне (посильне) фізичне навантаження необхідне і дуже корисне. Фізична активність робить кожного сильнішим, витривалішим, стійкішим до хвороб, зміцнює серцево-судинну і нервову системи.

Третій чинник — постійне спілкування з природою, використання оздоровчих властивостей повітря, сонця і води. Це сприяє появі бадьорого настрою, високій працездатності, поліпшує функцію центральної нервової, ендокринної та імунної систем організму. Купання у відкритих водоймах, обтирання і обмивання холодною водою, повітряні, сонячні ванни мають потужний загартовувальний вплив на організм. Перебування на лоні природи — цінний психологічний відпочинок, який добре знімає стресові перевантаження, заспокоює нервову систему. Природа прекрасна у всі пори року і за будь-якої погоди.

Четвертий чинник — розвиток духовності. Щоб бути здоровим, недостатньо мати лише здорове тіло. Якщо людина не живе духовним життям, її фізичні резерви швидко вичерпуються, що неминуче призводить до захворювання. Якщо людина живе тривалий час в атмосфері страху, надмірного психоемоційного напруження (стресу), це може стати причиною онкологічних, серцево-судинних чи психічних захворювань.

Медицині відомі випадки, коли завдяки великій духовності і вірі люди з надзвичайно важкими захворюваннями чи травмами не тільки ставали на ноги, але й поверталися до активного життя [9, с. 78].

П'ятий чинник — сприятливі соціальні умови. Залежність здоров'я від соціальних умов очевидна. Люди, які живуть у злиднях, незадовільних побутових умовах, значно частіше хворіють на інфекційні, паразитарні, шлунково-кишкові, легеневі та інші захворювання [7, с. 34].

Шостий чинник — екологічне благополуччя. Сьогодні вже ні в кого не викликає сумніву той факт, що здоров'я людини залежить від стану довкілля, кліматичних і географічних особливостей середовища. Забруднення ґрунту, повітря чи води хімічними речовинами відходів заводів і фабрик, відпрацьованими газами автотранспорту викликають у людей алергічні захворювання, ураження шкіри та дихальних шляхів, зумовлюють збільшення частоти виникнення злоякісних пухлин (онкологічні захворювання) [4, с. 166]. Відомо, як різко зросла кількість захворювань крові, ендокринної та імунної систем у людей, які зазнали радіоактивного ураження внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції.

Сьомий чинник — відсутність шкідливих звичок. Отже, люди, які ведуть малорухомий спосіб життя, неправильно харчуються, проживають в екологічно забрудненій місцевості, тривалий час знаходяться в умовах стресу, поступово втрачають резерви здоров'я, які мали від народження. А якщо людина ще й палить, вживає алкогольні напої, наркотики чи інші токсичні речовини, надмірно захоплюється переглядом телепередач, її «резерви здоров'я» вичерпуються у декілька разів швидше.

Отже, здоров'я - це динамічна категорія, яка може збільшуватися чи зменшуватися, яку можна формувати і навіть виміряти. Здоров'я - це основна умова реалізації фізичних і психічних можливостей і здібностей людини.

Валеологічне визначення здоров'я може бути таким: «Здоров'я — це динамічний стан організму людини, який характеризується високим енергетичним потенціалом, оптимальними адаптаційними реакціями на

зміни довкілля, що забезпечує гармонійний фізичний, психоемоційний і соціальний розвиток особистості, її активне довголіття, повноцінне життя, ефективну протидію захворюванням».

З наведеного можна зробити наступні висновки: 1) здоров'я - це динамічний стан організму людини, який характеризується високим енергетичним потенціалом, оптимальними адаптаційними реакціями на зміни довкілля; 2) здоров'я забезпечує гармонійний фізичний, психоемоційний і соціальний розвиток особистості, її активне довголіття, повноцінне життя, ефективну протидію захворюванням; 3) основне завдання лікарів і впедагогів – сформуванню у підростаючого покоління валеологічний світогляд, виховати свідоме та дбайливе ставлення до власного здоров'я, здоров'я оточуючих, виробити вміння популяризувати здобуті знання.

Список використаних джерел

1. Амосов Н. Н. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 197 с.
2. Апанасенко Г. Л. Попова Л. А. Медицинская валеология. – Ростов-на/Д.: Феникс, 2000. – 243 с.
3. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб.: МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.
4. Бардов В. Г., Сергета І. В. Загальна гігієна та екологія людини. – Вінниця: Нова книга, 2002. – С. 164-185.
5. Білик Е. В. Валеология: довідник школяра. – Донецьк: БАО, 2005. – 511 с.
6. Брехман И. И. Валеология - наука о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 215 с.
7. Вайнер В. Валеология: учебник для вузов. – М.: Флинта, 2001. – 416 с.
8. Грибан В. Г. Валеология: навч. посібник для студентів ВНЗ. – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 256 с.
9. Діагностичні підходи до визначення стану духовного і морального здоров'я особистості: навч. посіб. для проведення практ. занять / укл. проф. М. С. Гончаренко, доц. Е.Т. Караченська, В.Є. Новікова. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2006. – 157 с.
11. Медико-біологічні основи валеології: навч. посіб. для студентів ВНЗ / під ред. П. Д. Плахія. – Кам'янець-Подільський, 2000. – С. 128–135.
12. Івашук Л. Ю., Онишкевич С. М. Валеология: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2010. – 400 с.

АКСІОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ У СУЧАСНІЙ ФІЛОСОФСЬКІЙ АНТРОПОЛОГІЇ (Ісакова О. І.)

Розкриття аксіологічного потенціалу філософії і на його основі культури філософського мислення є важливим й актуальним завданням у формуванні ціннісної мотивації здорового способу життя сучасної молоді. Сьогодні не просто потрібна філософія молоді, але така модель філософії освіти, яка могла б розкрити духовно-моральний, гуманістичний потенціал філософії і показати його значимість у сьогоднішній практиці життя.

Необхідно зазначити, що сьогодні немає належного розуміння, що таке «здоровий спосіб життя» як філософська категорія. Набір існуючих методів, як правило, зводиться до різних оздоровчих заходів, дидактичної пропаганди. Необхідно сконцентрувати увагу на ціннісній мотивації здорового способу

життя. У зв'язку з цим, особливого значення набуває проблема взаємозв'язку фізичного і духовного компонентів здоров'я людини, в якому, на наш погляд, виявляється така важлива категорія, як «здоровий спосіб думки». Саме тут і укладена шукана мотивація до здорового способу життя.

Сучасні дослідники відзначають той факт, що поняття здоров'я важко визначити, оскільки це одна з фундаментальних характеристик людського існування», в якій перетинаються і фізіологічні, і етичні, і екзистенційні та соціокультурні смисли. В контексті різних дискурсів здоров'я вирізняються різні аспекти цього феномену.

Так, антропологічний дискурс тілесності, представлений В. Биховською, пов'язує аксіологію здоров'я з аксіологією людської тілесності. Авторка вводить поняття «*homo somatis*», яке підкреслює, що саме в тілі здоров'я знаходить свою субстанціональність, свою втіленість. Взаємозалежність між визнанням здоров'я як цінності і позитивної аксіологією людської тілесності, розуміння можливостей коригування «валеологічної свідомості» – все це є важливим у контексті аналізу здоров'я як соціально-антропологічного феномену [2, с. 56].

Біоетичний дискурс має особливу важливість, оскільки в його основі лежить орієнтація на здоров'я людини. Збереження і зміцнення людського здоров'я забезпечує біології пріоритетні позиції в суспільстві (Б. Юдін) [18, с. 98].

Трудощі, що виникають з визначенням критеріїв психічного та соціального здоров'я, вимагають звернення до філософського аналізу цього феномена. Філософський дискурс розкриває невичерпність феномена здоров'я. Особливо важливим є розгляд здоров'я у філософсько-антропологічному контексті.

Поняття «соціальне самопочуття сучасної молоді», що належить, згідно В. Лісовському, до аксіологічної традиції соціології, розкриває світоглядні, політичні, моральні, правові та художньо-естетичні ціннісні орієнтації. Цілком очевидно, що в останні десятиліття відбулося падіння значимості цих фундаментальних цінностей, що актуалізує багато стратегічних питань, пов'язаних з духовним, моральним і фізичним станом життя сучасної молоді.

У сформованій ситуації серед першочергових питань сучасної філософської антропології одне з головних місць займають питання, пов'язані з мотивацією здорового способу життя. Це обумовлено зниженням «соціального здоров'я нації», у якому фізичний компонент є серйозним показником. Особливу тривогу викликає стан здоров'я сучасної молоді [11, с. 103].

Сучасна молодіжна політика, як правило, відрізняється декларативним характером, що полягає лише у пропаганді здорового способу життя, і орієнтована переважно, на фізичне здоров'я. Сьогоднішній політиці у сфері освіти притаманна значна абсолютизація значущості фізкультури і спорту в питаннях зміцнення і фізичного, і духовного здоров'я сучасної людини. Поширена думка про те, що здоровий спосіб життя - це, насамперед, спортивний спосіб життя, сприяє дезінтеграції «тілесного» і «духовного». Ставка на фізичну культуру і спорт є одним з найбільш поширених заходів у

підтримці та зміцненні здоров'я суспільства. Однак, незважаючи на зусилля в цій сфері, ситуація продовжує залишатися незадовільною.

Взагалі гіпертрофія фізичного аспекту і пов'язаних з цим уявлень про здоровий спосіб життя, насамперед фізично здоровий спосіб життя, є частиною євгенічного проекту, який по своїй суті є міф і утопія (Ю. Хен) [17, с. 78].

Джерело сучасної комерціалізованої й ідеолого-атлетичної сутності спорту розкривається в роботі Ж. Ле Гоффа та Н. Трюона, присвяченій історії тіла в середні століття. Важливим є той факт, що в ХІХ столітті затверджується нова культура і нова ідеологія тіла, яка відповідала принципам гігієни, та супроводжувалася розвитком гімнастики. Це проявлялося в моді на атлетизм, яка відображала в новому контексті стару античну максиму: *mens sana in corpore sano* («у здоровому тілі – здоровий дух») [3, с. 214].

У будь-якому випадку, економізм, змішаний з політикою, і атлетизм як культ тіла, мають слабкий зв'язок із духовно-моральними аспектами фізкультури і спорту. Однак для цілей повноцінного виховання необхідно зазначити, що моральний потенціал фізичної культури, як правило, залишається поза увагою.

Поняття «здоровий спосіб життя» потребує суттєвого аксіологічного розширення, яке дозволить включити в нього нефізіологічні параметри (етичні, естетичні, інтелектуальні, загальнокультурні). У своїй фундаментальній праці «Про сенс життя» М. Рубінштейн розвиває концепцію такого виховання та освіти, в основі якої лежить ідея «всебічного розкриття людини як цілісної особистості». Поряд з поняттям фізична культура необхідно говорити про «культуру філософського мислення», яка є необхідним компонентом загальної духовної культури особистості [13, с. 86].

Філософська критика абсолютизації життя і здоров'я людини виключно в категоріях спортивного способу життя («соматизація людини»), показує, що в ній відсутні моральні виміри людини, акцент робиться на фізичних параметрах у вирішенні проблем поліпшення здоров'я молоді («євгенічний утопізм»). Філософсько-антропологічна парадигма «здорового способу думки», що реалізується як аксіологічна настанова, виступає реальною основою для формування здорового способу життя. Саме філософія задає особливу, багатовимірну «оптику» розгляду життя і здоров'я, хвороби і здоров'я, що відповідає парадоксальною глибиною, трагічністю і неоднозначністю людини [14, с. 56].

Культура філософського мислення не менш значуща, ніж фізична культура, тому що, саме за допомогою філософії можливо розкриття глибинної парадигми античної пайдейї «у здоровому тілі – здоровий дух», яка в сучасному контексті набуває нове звучання і сенс. Філософія володіє значним критичним, евристичним й аксіологічним потенціалом, який найбільш адекватно представлений в контексті сучасної інтегративної філософської антропології, яка вважає найбільш перспективними - гуманістичні освітні стратегії.

Сучасний стан нашого суспільства, в якому соціальне самопочуття молоді виражається в термінах радикального гедонізму, спрямованого на

задоволення невпинно зростаючих чуттєвих потреб при одночасному збіднінні духовного (морального і естетичного) початку, представляється можливим інтерпретувати в категоріях «одновимірної людини» Р. Маркузе. Стає правомірним застосувати його методологію «критичної теорії суспільства», оскільки за багатьма показниками сучасне суспільство перебуває в ситуації, в якій знаходилося західноєвропейське суспільство у другій половині ХХ століття.

У цілому соціальне самопочуття сучасної молоді можна описати в тих самих категоріях, які ввів американський соціолог Ч. Бідуелл, визначаючи характерні риси молоді як апатію (безвідповідальний гедонізм і конформізм) і бунтарство (політичний або моральний радикалізм, злочинність). Загальне соціальне самопочуття сучасної молоді в останні два десятиліття визначається в термінах аксіологічної аномії, апатії, розгубленості, невпевненості, відчуття безглуздості й безперспективності існування. Це викликає патологічні явища психологічного і морального порядку, такі як цинізм, байдужість, прагнення до примітивних насолод, культ насолод (гедонізм), відсутність бажання інтелектуального і духовного вдосконалення, презирство до високих духовних і культурних ідеалів, в цілому привабливість нездорового способу життя. В цілому ж, девіантна поведінка молоді є результатом кризового стану сучасного суспільства [5, с. 134].

Підбиваючи підсумок даним багатьох соціологічних і соціально-філософських досліджень, відзначається, що індивідуалізм і прагматизм є сьогодні основними цінностями, які визначають духовний розвиток більшої частини населення, в тому числі і молодих людей (А. Запісоцький, М. Горщиків, Е. Реутов, В. Бабінцев). У сформованій ситуації серед першочергових питань сучасної філософської антропології одне з головних місць займають питання, пов'язані з мотивацією здорового способу життя. Сьогодні сучасний стан нашого суспільства, соціальне самопочуття молоді часто виражається в термінах радикального гедонізму, спрямованого на задоволення невпинно зростаючих чуттєвих потреб при одночасному збіднінні духовного (морального і естетичного) початку [6, с. 88].

Осмыслити складну, сповнену протиріч внутрішню, тобто духовно-моральну сутність людини, щоб визначити міру її морального здоров'я, виявляється вельми непростою справою, яка вимагає глибокого філософського аналізу.

У цьому контексті особливо важливою є ідея про здібності філософії формувати правильний, тобто здоровий спосіб мислення («розсудливість»). Філософія вчить людину вибирати між істинним і неістинним, значущим і незначущим, формуючи тим самим «правильне» мислення, яке не може не розробити ідею про здоровий, тобто морально благочестивий спосіб життя для людини.

Французький філософ Жан Бофре, слідом за М. Хайдеггером розкриває буттєві витoki філософії. На підставі цих поглядів дослідників та філософів розкривається зміст поняття «розсудливість», культивованого філософією, яке

стає нормою духовного здоров'я людини, яке вище фізичної, хоча останнє і не применшується, але ставиться в залежність від першого [1, с. 167].

Цей аспект стає важливим для дослідження, особливо коли йдеться про цілісність людини, що виявляється в гармонійному єдності всіх її починань, які були виявлені в повній мірі в античності, і на підставі чого будуються розхожі уявлення про «гармонію душі і тіла», відпроектвані в головний антропологічний теоретичний конструкт сучасності про єдність трьох компонентів здоров'я – фізичного, психічного і духовного.

Розсудливість філософії проявляється в трьох інваріантних принципах: правильне мислення, правильна поведінка, правильне життя. Філософія виступає проти абсолютизації саме фізіологічних параметрів здоров'я, які призводять до дисгармонії між фізичним і духовним (інтелектуальним, моральним) початком людини. Філософія розкриває велику значимість нефізичних аспектів «здорового способу життя (етичних, естетичних, загальнокультурних), показуючи їх позитивну роль в процесі повноцінного становлення особистості. Філософія обґрунтовує свою власну цінність як головного аксіологічного активатора «здорового способу життя», оскільки саме філософія формує те, що називається «здоровим способом думки».

Необхідно розкрити виховний потенціал філософії, який міг би бути самим серйозним чином сприйнятій і засвоєний системою освіти в якості реальної методологічної стратегії [6, с. 48].

Ювентологія (філософія молоді), як сучасне інтегральне знання про молодь, також розкриває виховний потенціал філософії, необхідний для формування повноцінної мотивації здорового способу життя. Дослідження науки ювентології показало, що сучасне гуманітарне знання прагне до інтегративного вивчення молоді в різних його аспектах (антропологічному, соціологічному, психологічному, демографічному), прагне до розкриття виховного потенціалу філософії, який міг би бути самим серйозним чином сприйнятій і засвоєний системою освіти в якості реальної методологічної стратегії [18, с. 112].

Безперспективність і неефективність риторичної і декларативної пропаганди «здорового способу життя» проявляється в її зіткненні з реальним емпіричним досвідом педагогів, психологів, медичних і соціальних працівників, соціологів і філософів, що свідчить про неухильне погіршення здоров'я молоді в усіх аспектах (в духовно-моральному, психологічному і тілесно-фізичному). Категорія «здоровий спосіб думки» містить в собі ментальну мотивацію до здорового способу життя: «правильне» мислення здатне збудувати здорову парадигму життя на всіх рівнях (фізичному, інтелектуальному, психічному і духовно-моральному). Філософсько-антропологічна парадигма «здорового способу думки», що реалізується як аксіологічна настанова, виступає реальною основою для формування здорового способу життя [10, с. 86].

Здоровий спосіб життя мало декларувати, його ще потрібно обґрунтувати, тобто ціннісно мотивувати. Апеляція лише до зовнішніх чинників фізичного та соціального благополуччя, що досягається за

допомогою здорового способу життя, малоефективна. Здоровий спосіб життя потрібно не тільки пропагувати, але й пояснювати його безальтернативність. По суті справи, мова йде про формування мотивації до повноцінного життя, яке передбачає розуміння нерозривності морального і фізичного здоров'я особистості.

У даний час сучасна молодіжна політика відрізняється декларативним характером, що полягає лише у пропаганді здорового способу життя, що розуміється переважно як фізичне здоров'я. Виявляється брак ціннісної мотивації в обґрунтуванні здорового способу життя як цілісної категорії, що охоплює всі сторони розвитку людини. Для цього обґрунтовується ідея про аксіологічний потенціал філософії та філософської культури, обґрунтовується необхідність її інтенсивного й адекватного введення у сучасний освітній процес.

Список використаних джерел

1. Ананьев В. А. Психология здоровья. - СПб.: Университет, 2015. - 256 с.
2. Быховская И. М. Человеческая телесность как объект социокультурного анализа. - М.: Прогресс, 2012. - 178 с.
3. Гирусов Э. В. Биосоциальный подход в изучении трудовой деятельности. - М.: Наука, 1999. - 365с.
4. Гримак Л. П. Техники психической саморегуляции. – М.: Гардарики 2015. – 141 с.
5. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. - СПб.: Университет, 2009. – 234 с.
6. Гусейнов А. А. Философия между знаниями и ценностями. – М.: Наука, 2011. – 247 с.
7. Егоров В. С. Философия открытого мира. – М.: Прогресс, 2002. – 120 с.
8. Запесоцкий А. С. Образование, философия, культурология. – М.: Наука, 2014. – 195 с.
9. Зимин С. М. Философия как наука и как явление культуры. – М.: Гардарики, 2003. - 121 с.
10. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентации человека. – М.: Наука, 2000. - 293 с.
11. Лисовский В. Т. Духовный мир и ценностные ориентации молодежи. – М.: Проспект, 2002. – 220 с.
12. Маркузе Г. Одномерный человек. – СПб.: Невский проспект, 2013. – 205 с.
13. Рубинштейн М.М. О смысле жизни. – М.: Проспект, 2010. - 278 с.
14. Секач М.Ф. Психология здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. - М.: Гаудеамус, 2009. – 192 с.
15. Серова И.А. Философия здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. - Пермь: Прогресс, 2014. – 302 с.
16. Серова И. А. Философия здоровья молодежи. – Пермь: Прогресс, 2012. - 208 с.
17. Хен Ю. В. Евгеника: основатели и продолжатели. – М.: Гаудеамус, 2016. – 198 с.
18. Юдин Б. Г. Здоровье человека: факт, норма, ценность. - М.: Проспект, 2012. - 226 с.
19. Юдин Б. Г. Проблема здоровья молодежи в современном обществе. – М.: Прогресс, 2014. - 189 с.
20. Ягода К. В. Философские проблемы здоровья молодежи. – М.: Наука, 2012. – 156 с.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА РОЛЬ ЗДОРОВ'Я У ЛЮДСЬКОМУ РОЗВИТКУ

(Камінська Т.М.)

Взаємозв'язок економіки та громадського здоров'я цікавить економістів з різних точок зору. В постіндустріальній системі, де людина стає головним чинником економічного зростання, інвестиції у якість її життя набувають першорядного значення. Якщо здоров'я погіршується, то це миттєво позначається на працездатності робітників, креативності у реалізації своїх можливостей та тривалості життя. Останній параметр є складовою індексу розвитку людського потенціалу взагалі, який щорічно досліджує ООН з метою ранжування країн світу. У 2016 р. він коливався від 0,949 у Норвегії до 0,743 в Україні та 0,352 у Центрально-Африканській республіці [6]. Крім того, важливим є показник тривалості саме здорового, якісного життя. Навіть у країнах ЄС обмеження якості життя і продуктивності дорівнює десь 20 років, а в нас цей показник значно гірший. Для українців взагалі характерна низька тривалість очікуваного життя (71,1 р. у 2015 р.) [6]. Це пояснюється хворобами і від'ємним природним приростом населення. Наприклад, упродовж 2016 р. на 100 померлих припадало 68 живонароджених. Загальна чисельність населення зменшилася за рік на 176,0 тис. осіб [1].

Уявлення про здоров'я та його значущість вивчають науковці різного профілю – медики, філософи, юристи, психологи. Економісти розглядають здоров'я як соціально-економічне благо. Соціальним благом воно є тому, що не відчужується від людини, яка є соціальною істотою, бо існує у суспільстві та взаємодіє з іншими людьми. Інтенсивність спілкування, формування соціальних мереж впливають на спосіб життя (яскравий приклад – залежність споживання алкоголю та тютюну підлітками від поведінки найближчого оточення). Важливою умовою поліпшення громадського здоров'я є теж соціальна складова – рівний доступ усіх громадян до якісного медичного обслуговування незалежно від платоспроможності. В Конституції України це закріплено у ст. 49. Це важливо, бо бідні люди зазвичай більше хворіють і витрачають на лікування пропорційно більшу частку своїх доходів, ніж заможні споживачі медичних послуг. Крім того, позитивні соціальні екстерналії породжують вакцинація та флюорографія населення, тому що перешкоджають поширенню інфекційних захворювань у суспільстві. Отже, недарма програма ВООЗ європейського регіону «Здоров'я-2020» визнає громадське здоров'я як головний соціальний ресурс суспільства.

Економічним благом здоров'я є завдяки таким чинникам. На відміну від дарових благ, воно потребує трудових витрат, що пов'язані, по-перше, з профілактикою захворювань і здоровим способом життя людини; по-друге, з прямими витратами на лікування й альтернативними витратами через втрату людиною непрацездатності (їх несуть і вона сама, і держава). Тому попит на медичні послуги є похідним від потреби у здоров'ї та пов'язаний зі здатністю їх оплатити. Крім того, надання медичних послуг супроводжуються певними

економічними відносинами між лікарнею, з одного боку, і суб'єктами інфраструктури, страховими та фармацевтичними компаніями, органами влади, з іншого боку, а також між і лікарями й пацієнтами.

Здоров'я як соціально-економічне благо розглядають двоїсто – з точки зору кінцевого та проміжного, інвестиційного блага. Кінцеве благо здоров'я забезпечує добробут і безпеку людини, надає їй свободу, активність та самоствердження, пізнання навколишнього світу, що саме й відрізняє людину від інших живих організмів. Відсутність необхідної фізичної форми, навпаки, все це унеможлиблює. Індивід зазвичай ставить своє здоров'я на верхній шабель в ієрархії цінностей: воно є абсолютним і завжди найважливішим благом, без якого неможливі отримання інших благ і відчуття щастя. Як проміжне, інвестиційне благо міцне здоров'я створює передумови для якісного і стабільного відтворення людського капіталу та активної економічної самореалізації індивіда. І навпаки, нездорове населення збільшує суспільні витрати на медицину. Страждає також бізнес: хвороби зменшують не тільки прибутки підприємств, але й продуктивність праці та якість людського потенціалу. Доступність і добра якість охорони здоров'я – важливий чинник залучення у країну висококласних спеціалістів, науковців, підприємців, а також перешкода витоку мізків.

Кінцева та проміжна роль здоров'я взаємопов'язані, бо інвестиційна функція людського капіталу неможлива без доброго фізичного та соціального стану індивіда. В них зацікавлені і суспільство, і держава, і фірми задля зростання макроекономічної ефективності. Ще німецькі сучасники фізіократів і класика політекономії А. Сміта – камералісти – вважали громадське здоров'я та позитивний демографічний стан першоджерелом багатства країни. В умовах нової, нематеріальної економіки, чинником якої є знання та інтелектуальний капітал, громадське здоров'я наближується до макроекономічної категорії поряд з національним багатством, національним доходом, якістю життя, освітнім рівнем населення. Більше того, з'являються нові фактори національної й глобальної конкурентоспроможності. Так, серед опорних стовпів, які формують Індекс глобальної конкурентоспроможності (якість інститутів, інфраструктура макроекономічне середовище середня та вища освіта, ефективність ринку товарів і послуг, ефективність ринку праці, розвиненість фінансового ринку, рівень технологічного розвитку, ємність внутрішнього ринку, вишуканість бізнесу, інноваційний потенціал), вагоме місце посідає охорона здоров'я. Відповідно до даних 2016-2017 рр., Україна посіла у цьому індексі 85-е місце серед 138 країн світу [5].

Проте нова економіка вирізняється ризиками захворюваності внаслідок напруженої інтелектуальної діяльності, гіподинамії, комп'ютерної залежності, надмірного споживання матеріальних благ та урбанізації. Як свідчать результати дослідження, опублікованого на сайті Rand.org, найбагатші держави втрачають через банальне недосипання своїх громадян кількість робочих днів у такому грошовому еквіваленті: Німеччина – 60 млрд дол. (1,56% ВВП), Велика Британія – 50 млрд дол. (1,86% ВВП), Японія – 138 млрд дол. (2,92 % ВВП), США – 411 млрд дол. (2,28 %) ВВП [2].

На ці втрати впливають падіння продуктивності праці через втому та відсутність відпочинку. А в Україні, до того ж, економічні збитки від ДТП знаходяться на рівні 1,5-2,5% ВВП країни (майже 40 млрд грн на рік) [4].

Свою лепту в захворюваність вносять інформаційні технології, які змінюють характер виробництва, програмують свідомість і спосіб життя людей, що стає все динамічнішим, роблять залежність індивідів від спілкування у соціальних мережах та недобросовісної конкуренції. Сприймання та обробка величезного потоку інформації, неформальне зняття обмежень робочого дня, постійна новизна, розмивання звичної ієрархічної системи управління, прийняття багатьох рішень у режимі on-line психічно перевантажують людей. Відрив інформаційних та фінансових послуг від реального сектора економіки відтворює віртуальний і фіктивний капітал, провокує кризи, зменшення податкових надходжень до держбюджету, що ускладнює якісне фінансування охорони здоров'я.

В Україні на громадське здоров'я негативно впливають бідність, нестабільність економічного і політичного розвитку, неграмотність людей щодо ризиків життю та, на жаль, ставлення до нього за остаточним принципом. Відповідно до результатів опитування, що провела соціологічна служба «Рейтинг» у 2016 р., 62% українців заявили, що останній рік не відвідували лікарів, 38% опитаних визнали, що палять. З тих, хто не палить, 23% колись палили. 50% опитаних не займаються спортом [10]. Діюча кланово-олігархічна система, надзвичайно сильне розшарування людей за рівнем життя, нескінченний перерозподіл власності, тривалі безробіття і злидні підривають громадське здоров'я та вкорочують життя (табл. 1).

Таблиця 1.

Захворюваність населення в Україні (кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.) [1]

Роки	Ново-утворення	Хвороби системи кровообігу	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	Хвороби сечостатевої системи	Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення
1990	310	1149	1799	1374	1224	41
1994	328	1401	2135	1439	1489	49
1998	372	1690	2122	1600	1881	59
2002	382	2370	1950	1598	2039	57
2006	414	2431	1906	1597	2172	53
2010	418	2390	1921	1532	2138	52
2012	433	2318	1852	1445	2047	54
2014	363	1880	1570	1247	1756	48
2015	366	1844	1567	1246	1779	48

* Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Наведена таблиця свідчить про послідовне зростання хвороб з 1990 по 2012 рр.: шкіри та підшкірної клітковини – на 2,9%; кістково-м'язової і сполучної тканини – на 5,17%; онкологічних – на 39,7%, сечостатевої системи – на 67,2%; системи кровообігу – у 2 рази. Упродовж 2014-2015 рр. радикальних позитивних змін загального тренду не відбувалося. Внаслідок цього виникає небезпека для нормального людського розвитку.

Умовами для збереження життя людини є достатній рівень доходів, здоровий спосіб життя, якісна медицина. В сучасних умовах медицина підтримує не тільки фізичну, але й інтелектуальну працездатність робітників, їх витривалість до розумової, дослідницької праці. Питання полягає у ефективній організації охорони здоров'я. Ринок приватних медичних послуг і безпосередні платежі від пацієнтів до лікаря переважають у багатьох країнах, що розвиваються. Державний сектор охорони здоров'я тут незначний. У США, Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії поширена система приватного медичного страхування. До цієї групи наближуються також Азербайджан і Грузія. Однак приватна медицина породжує нерівність доступу до них різних громадян. Тому навіть у США, всупереч ліберальним традиціям, державне фінансування охорони здоров'я тривалий час зростає (табл. 2).

Таблиця 2

Фінансування охорони здоров'я в США (дол., на душу населення) [8]

Показники	Роки		Зростання	
	1985	2015	1985-2015 (дол.)	1985-2015 (%)
Загальні витрати*	1735	9451	7716	544,7
Державні витрати	699	4672	3973	668,4
Приватні витрати	634	3682	3048	580,8

*Загальні витрати на охорону здоров'я охоплюють, окрім державних і приватних витрат, фінансування недержавних некомерційних медичних організацій, а також неофіційні (out-of-pocket) платежі лікарям.

Як бачимо, за даними ОЕСР, у найбагатшій країні світу зростання державних витрат на охорону здоров'я на душу населення впродовж 1985-2015 рр. випередило зростання приватних витрат на 925 дол., або на 87,6%.

У європейських країнах джерелом фінансування державної охорони здоров'я є або податкові надходження громадян і підприємств до держбюджету, або страхові платежі робітників і роботодавців до національних фондів соціального (обов'язкового) медичного страхування з територіальними підрозділами. Перше джерело переважає у системі охорони здоров'я Беверіджа (назва - на честь англійського економіста-реформатора системи соціального забезпечення У. Беверіджа). Вона функціонує у Великобританії, Данії, Ірландії та скандинавських країнах, частково в Італії, Португалії. Ресурси страхового фонду переважають у системі охорони здоров'я Бісмарка (назва на честь німецького канцлера Отто Фон Бісмарка, який наприкінці ХІХ ст. перетворив розрізнені медичні фонди в єдину й розгалужену систему медичного страхування). Вона функціонує у Німеччині,

Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі, деяких країнах Латинської Америки. При цьому обидві системи спираються на особливу роль держави у перерозподілі ресурсів задля соціальної справедливості й солідарності населення, коли реалізується принцип «здоровий платить за хворого, багатий за бідного, молодий за похилого».Обов'язкове медичне страхування характерно також для Канади і стало буденною справою для нових країн ЄС та Росії.

У свою чергу, державна медицина теж має недосконалості, які полягають у надмірному адмініструванні та у неспроможності виявляти й оптимально задовольняти потреби хворих людей або передбачати всі наслідки рішень, що приймаються на топ-рівні. Законодавча підтримка пріоритету приватної або суспільної медицини є питанням політичного вибору. Крім того, держава має допомагати некомерційним неурядовим медичним організаціям.

Офіційно державна система охорони здоров'я переважає і в Україні, відповідно до ст. 49 Конституції. Крім того, для її розвитку застосовуються кошти благодійних фондів, гуманітарна допомога, добровільні пожертви громадян. Проте офіційне фінансування співіснує з тіньовими, неформальними платежами лікарям. Вони порушують конституційне право громадян на рівний доступ до охорони здоров'я, і ця причина є головною для реформування галузі й впровадження обов'язкового медичного страхування. Виходячи з 95 ст. Конституції України, а також співвідношення переваг і ризиків різних моделей обов'язкового медичного страхування, оптимальною моделлю на сьогодні вбачається така, де джерелом видатків виступає виключно держбюджет. З метою запобігання монополізму краще було би, щоб коштами страхування опікувалось декілька (2-3) головних фондів. Залучення приватних страхових структур, а також додаткові податки для роботодавців і робітників поки ще недоречні через вірогідність зростання тіньової економіки.

Упровадження обов'язкового медичного страхування є першим кроком до формування обмеженого ринкового середовища, бо функції виробників і покупців медичних послуг розділяються. До цієї конкуренції додається також право обрання пацієнтом свого сімейного лікаря. Ціна його послуг, яку відшкодовують з державного фонду страхування, залежить від кількості укладених з пацієнтами контрактів. Крім того, створюються умови для конкуренції між лікарнями, які отримують статус автономних комунальних підприємств, за державне замовлення. Фонди медичного страхування укладають з ними договори, де прописані відшкодування вартості медичних послуг залежно від кількості та якості.

Запорукою реформування охорони здоров'я в Україні є щорічне збільшення фінансування галузі. Ми маємо орієнтуватися на постіндустріальний світ, з новою економікою, де діє тривалий тренд випереджального росту середніх витрат медичного обслуговування порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності. Так, за даними ОЕСР, загальні витрати на медицину на душу населення зросли у

1981—2015 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Нідерландах, Великій Британії та США, Ірландії, Іспанії, Норвегії, Португалії відповідно у 4,9; 5,2; 7,0; 7,9; 10,1; 8,1; 11,2; 8,6 рази. У середньому в країнах ОЕСР цей показник у 2013 р. склав 3453 дол. [8]. Ця тенденція має такі об'єктивні чинники: подальша демократизація суспільства, увага до прав людини, а також зростання її ролі у створенні нематеріальної складової ВВП, технологічний прогрес і запровадження дорогих медичних технологій; збільшення витрат на інновації у фармації; зростання людських очікувань на більшу якість і кількість медичних послуг, старіння населення. В Україні видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я хоча і є низькими, але теж зростають: у 2009 р. вони дорівнювали 36,5 млрд грн, у 2015 р. – 57 млрд грн, у 2017 р. плануються на рівні 62 млрд грн. Однак це зростання відстає від потреб охорони здоров'я, розтринькується тіньовими схемами та припадає на галузь, яка є вельми затратною: існує перекис у співвідношенні між первинним (дільничних терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів), вторинним (стаціонари) і високо спеціалізованим сегментом медицини на користь стаціонарів. Крім того, рівень необгрунтованої госпіталізації населення сягає надзвичайної величини — майже 70% від загальної госпіталізації.

Треба також урахувати, що існують побічні чинники зростання середніх витрат на медичні послуги. Це – агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; асиметрія інформації для пацієнтів, які не мають медичну освіту і неспроможні оскаржити призначення додаткових, зайвих процедур. Тому провідні країни проводять ефективну політику стримання непродуктивних витрат на охорону здоров'я, яка є викликом і для України також, тому що наші суспільні ресурси охорони здоров'я вкрай обмежені. ВООЗ рекомендує урядам спрямовувати на галузь 6–8% ВВП для нормального відтворення життєдіяльності людей (критична межа – 3%). В Україні цей показник останні роки варіювався на рівні 3,5–3,8%.

На європейському просторі поширюється міжсекторальне управління поліпшенням здоров'я громадян, і це актуально для України також. Воно охоплює охорону довкілля, контроль за відходами виробництва і землекористування, захист прав споживачів, стан житлового господарства, транспорту і доріг, умови праці, готовність урядів до пандемій та надзвичайних ситуацій, спосіб життя людей. Українці, наприклад, страждають від алкоголю, високого рівня самогубств, насилля і війн, великої кількості хворих на СНІД, а також ДТП. Завдяки цим чинникам Україна посіла лише 118 місце у рейтингу здоров'я населення (отримала 54 бала зі 100), що наведено міжнародним медичним журналом «The Lancet». Такий же результат показали Росія і Сирія; Північна Корея – 116 місце з 55 балами. Серед позитивних чинників суспільного здоров'я в Україні автори дослідження виділяють велику кількість питної води, високий рівень гігієни і захищеність від малярії. Перші місця в рейтингу посідають Ісландія, Сінгапур і Швеція – у них 85 балів. У десятку країн також увійшли Андорра, Великобританія, Фінляндія, Іспанія, Нідерланди, Канада і Австралія [7].

Європейські держави використовують багатий арсенал засобів заради громадського здоров'я, а саме – інформаційну, профілактичну і податкову політику, маркування і брендінг, нові стандарти щодо продовольства, фінансові стимули для споживачів, пацієнтів і провайдерів. Такий підхід забезпечує кращі результати для незахищених верств населення за рахунок корекції їхньої поведінки щодо власного здоров'я, гарантування їм необхідного рівня доходів, умов життя і праці. Якість медичної допомоги, запобігання хронічним захворюванням і скорочення нерівності доступу до охорони здоров'я – ці три чинники разом гарантуватимуть процвітання і соціальне інтегрування суспільства європейських країн. Усе зазначене вище, безумовно, слід взяти на озброєння фахівцям української охорони здоров'я з урахуванням національних особливостей розвитку країни.

Таким чином, здоров'я є соціально-економічним благом і забезпечує не тільки добробут та щасливе життя для людини, але й інвестиційний потенціал для розвитку економіки та суспільства загалом. Воно є складовою обмежених ресурсів економічного зростання та людського розвитку. І тому в охороні здоров'я також (подібно іншим сферам економіки) існує суперечність між безмежними потребами людей у підтриманні своєї життєдіяльності та рідкісними ресурсами. Вирішення цієї суперечності спонукає вдосконалення економічних відносин в охороні здоров'я, яке спрямоване на соціально-економічну ефективність медичної діяльності і витрат на галузь.

Реформування охорони здоров'я не повинно обмежуватися тільки збільшенням його фінансування. Необхідно впровадження моделі обов'язкового медичного страхування, яка на першому етапі використовує лише бюджетні ресурси, не додає додаткового пресу на бізнес і не стимулює тіньової економіки. Умовою для раціонального страхування та профілактики захворювань є структурно-технологічна перебудова галузі, а саме випереджальний розвиток первинної медицини (у порівнянні з вторинною, де переважають лікарні) і підвищення її якості; підтримання ефективного третинного сектору, радикальне впровадження інтенсивних медичних технологій. Супроводом цих перетворень є децентралізація фінансування охорони здоров'я й відносна економічна свобода медичних закладів, розвиток контрактних відносин між надавачами медичних послуг і пацієнтами, а також медичними закладами та їх покупцями, замовниками (територіальними органами влади), розвиток конкуренції за бюджетні кошти, відчутне зростання доходів медичних працівників, мінімізація посередників в фармації, підтримка некомерційної недержавної медицини. У системі громадського контролю над якістю охорони здоров'я провідну роль має відігравати лікарське товариство (медичні асоціації), що виконують також освітню та юридичну функції, виступаючи на захист лікарів та пацієнтів.

З огляду на те, що охорона здоров'я є лише одним із багатьох чинників покращення громадського здоров'я, треба в Україні узяти на озброєння європейський підхід спільного менеджменту охорони здоров'я і суміжних

галузей та вироблення об'єднаних програм розвитку, що, до того ж, сприяє інтеграції обмежених суспільних ресурсів та їх ефективного використання.

Список використаних джерел

1. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Недосипання громадян коштує мільярдних збитків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://firstsocial.info/news/nedosipannya-gromadyan-koshtuye-milyardnih-zbitkiv>
3. Понад 60% українців не ходять до лікарів – опитування – [Електронний ресурс] / BBC Україна. – 2017. – 24 січня. – Режим доступу : <http://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-38735929>
4. Украинская экономика теряет 2,5% ВВП из-за ДТП [Електронний ресурс] / UBR. – 2016. - 27 грудня. – Режим доступу: <http://ubr.ua/finances/macroeconomics-ukraine/ukrainskaia-ekonomika-teriaet-25-vvp-iz-za-dtp-459955>
5. The Global Competitiveness Report 2016 – 2017. – [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://www.weforum.org/reports/the-global-competitiveness-report-2016-2017-1>
6. HumanDevelopmentReport 2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf
7. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 [Електронний ресурс] / Lancet. – 2016. – № 388. – Р. 1813–50. – Режим доступу : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31467-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf)
8. OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК ОБ'ЄКТ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ (О. А. Гриценко)

У сучасних умовах людина та її життя визначають мету та вимір цивілізаційного розвитку. Виходячи з міждисциплінарного характеру дослідження здоров'я, його проблемами займаються медики, юристи, філософи, соціологи, економісти та інші фахівці. В умовах проведення реформи медичної сфери, появи нових видів медичних явищ – трансплантації, сурогатного материнства, генетичних технологій, персоніфікованої медицини, кріокремації, екологічної реабілітації, медичного туризму, клонування та ін., значно зростає роль та значення правової науки, яка виокремлює проблематику охорони здоров'я в особливу галузь – медичне право.

Сьогодні медичне право та медичне законодавство стали об'єктом поглибленого та всебічного дослідження [1-7]. Міністерство охорони здоров'я України затвердило програми для студентів вищих навчальних закладів, що навчаються за спеціальністю «Правознавство», а також програми для слухачів факультетів післядипломної освіти медичних навчальних закладів. Але розбіжності в розумінні об'єкту медичного права призводять до суперечностей у визначенні предмету, методології та структури у навчальних курсів. Пошук предмету регулювання медичного права, необхідно починати з визначення об'єкту, навколо якого будуть складатися правовідносини. Життя, здоров'я, хвороба, пацієнт, хворий, медичні установи, медична діяльність, медична послуга – все потрапляє в коло дослідження правової науки. Але чіткої

субординації та ієрархії цих понять не існує, а значить невизначеним залишається предмет медичного права. Безперечно існує тісний зв'язок між правом і медициною, без останньої взагалі неможливо з'ясувати багато термінів (приміром, трансплантація відтворювальних та не відтворювальних органів), а значить неможна визначити права та обов'язки, що виникають у зв'язку із цим процесом. Але для вирішення фундаментальних питань медичного права корисним стає методологічний інструментальний економічної науки, яка спроможна відповісти на основне питання – який характер носить благо, що задовольняє потребу людини в здоров'ї та яким чином здійснюється його споживання?

З точки зору економічної теорії важливим є поділ економічних благ на конкурентні та неконкурентні. Критерієм цього розмежування є суперництво між споживачами за можливість споживати певні блага. Значна кількість звичайних товарів, що призначені до особистого споживання відносяться до конкурентних (приватних та виключених) благ, справедливим та ефективним механізмом розподілу яких стає ринок. Неконкурентними (суспільними, невиключними, неподільними) – є такі блага, вигоди від споживання яких одним суб'єктом не супроводжується виключенням інших від отримання вигоди від них. Їх неможливо розбити на частини, від їх споживання неможливо виключити певну групу людей. В цьому випадку неможливо визначити ціновий механізм (оплату) їх споживання для окремої людини. Але серед неконкурентних благ є такі, що одночасно носять як приватний, так і суспільний характер. Такі блага отримали назву *мериторних* благ. Життя та здоров'я людини відносяться саме до таких благ. В економічному розумінні мериторні блага – це блага, попит на які з боку приватних осіб відстає від бажаної суспільством пропозиції, і тому держава повинна їх стимулювати. Існування мериторних благ ставить перед суспільством питання: який спосіб є найбільш ефективним для розподілу цього багатства. Для задоволення потреби в мериторних благах виокремлюються такі механізми: коммондифікацію («*common*», спільно) – задоволення потреби здійснюється в межах спільного споживання; та коммандифікацію («*command*», команда) – використання благ здійснюється на основі власного рішення зверху [8, с. 60-63].

Фундаментальним благом, навколо якого буде формуватися система правовідносин стає *життя*, яке за всіма рисами відповідає характеристиці мериторного блага. «Життя – це безцінний скарб, проте ми постійно його на щось обмінюємо. Недивно, що вчені витратили немало часу і сил, намагаючись з'ясувати, яку цінність слід приписувати життю в тих або інших обставинах, щоб можна було прийняти правильні рішення про те, коли і скільки засобів ми хочемо витратити на його порятунок, а коли цього не варто робити» [8, с. 60]. Ринкове розміщення цього блага не може бути визначеним як ефективний та моральний спосіб прийняття рішення, оскільки не кожна людина спроможна зрозуміти цінність свого життя, або витратити необхідну кількість грошей на його підтримання та збереження. Безумовно, здоров'я – один із найважливіших інтересів, як окремої людини так і

суспільства в цілому (хворий народ – це слабка держава). Але життя – це мериторне благо особливого роду, оскільки воно має приватний (виключний, розподільний) характер і дозволяє використання ринкових способів його збереження, наприклад, витрати на раціональне харчування, проживання в екологічно чистих регіонах, отримання коштовного лікування тощо. У той же самий час життя може перетворитися на коммондитне (спільне) благо, якщо людина застрахувалася в певній страховій організації. Здоров'я як суспільне благо стає командитним, коли держава бере на себе обов'язок забезпечувати кожного громадянина мінімально необхідним обсягом медичних послуг.

Право людини на здорове життя реалізується на основі поєднання публічно-правових та приватноправових способів регулювання. В організації охорони здоров'я постійно виникають суперечки у визначенні способів, які дозволили би людям виразити свої побажання найкращим чином, але при цьому знизили би витрати коммодифікації або командифікації.

Кожна людина зацікавлена в тому, щоб її життя було якісно нормальним. Якість життя визначається його наповненням здоров'ям, тобто повинно характеризуватися певним станом фізичного, психічного, соціального і духовного благополуччя. Нормальним, взагалі, за словами відомого економіста А. Маршала визначається «такий процес, в якому переважають певні тенденції, дії яких носять більш менш стійкий, постійний характер, над явищами відносно нерегулярними, винятковими ... Хвороба – це ненормальний стан людини, але довге життя без якої-небудь хвороби – таке ж відхилення від норми [9, с. 90.]. Тобто хвороба – це елемент нормального (але не здорового) життя. Здоров'я – є природним правом людини, в якому поєднується (вирішується) протиріччя між свободою людини (можливість контролювати своє здоров'я та забороняти втручання в тіло без її згоди) та залежністю від інших суб'єктів на основі рівності з ними. Кожна країна на основі історичного досвіду, ментальних принципів, фінансових можливостей різними засобами вирішує це протиріччя. Реалізація суб'єктивного права людини на здоров'я найкращим чином реалізується в рамках об'єктивного права, саме тому необхідна правова структура (в цьому випадку витрати командифікації стають значно меншими), що регламентує права тих людей (пацієнтів), які звертаються за медичною допомогою з метою охорони свого здоров'я.

Життя людини має дві сторони – природна (біологічна форма існування матерії, що передбачає сукупність та метаболізм специфічних фізико-хімічних процесів) та соціальна (взаємодія людини з системою суспільних відносин). Таким же чином розподіляється здоров'я людини. Фізична сторона здоров'я (біомедична модель життя) – повинна стати особливим об'єктом, що потрапляє в сферу медичного права, яка в більшій ступені ніж інші галузі стає людиноцентричною, оскільки торкається найсуттєвішої природи суб'єкта – його права на нормальне (або здорове) життя.

Перше, на що медичне право звертає увагу – якісні та кількісні параметри (антропометричні, фізичні, біохімічні, біологічні та ін.) здоров'я. Значення параметрів укладається у визначений, вироблений медичною

наукою і практикою, діапазон. Відхилення значення від заданого діапазону може стати ознакою і доказом погіршення здоров'я. Розвиток медичних досліджень може змінювати характер розуміння норми. Те що було раніше визначено як не норма, може стати відхиленням, яке потрапляє в сферу нормального стандарту. На основі розроблених норм здоров'я медичне право починає свою регулювальну функцію з регламентування, контролю та затвердження стандартів лікування, в яких визначається спектр діагностичних процедур, аналізів, перелік обов'язків лікарів. Відповідно до стандартів розробляються протоколи лікування, які визначають первинну гарантовану державою медичну послугу. Протокол лікування накладає відповідальність на лікаря (у виконанні та дотриманні протоколу), і пацієнта (дотримуватися призначення лікаря). В такому випадку виникає об'єктивна основа взаємовідносин між лікарем та пацієнтом, що може зняти виникаючі суперечності.

Стандарт нормального здоров'я визначається не тільки характером впливу медичного втручання, але й іншими обставинами. Орієнтовно вплив факторів забезпечення здоров'я сучасної людини Всесвітня організація охорони здоров'я виокремила в наступні складові: спосіб життя – 50%; спадковість – 20%; зовнішнє середовище та природні умови – 20%; система охорони здоров'я – 10%.

Відповідно до цих факторів треба сформувати стандарти нормального життя (здоров'я), що повинні бути враховані в нормах забезпечення здорових і безпечних умов життя. Наприклад, уведення норм споживання продуктів харчування, витрат часу на виконання фізичних вправ, рівня забруднення навколишнього середовища тощо. Ці норми теж повинні стати об'єктом регулювання медичного права.

Відповідно до етапів життя та структури людського тіла формується система медичних галузей та наукових дисциплін. Для кожного етапу – вагітність, народжування, дитинство, дорослість, старіння, смерть характерні специфічні ознаки життя та його порушення (відхилення, хвороби), що потребують певного медичного втручання. Відтворення життя та здоров'я здійснюється при наданні медичної допомоги. Згідно з законодавством України про охорону здоров'я медична допомога визначається як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [10]. Змістовно, послуга концентрує увагу на медичних процедурах, які здійснюються лікарем. У сучасних умовах актуальним є не просто проведення медичних дій, а визначення – які правомочності відповідають цим діям, які права відновлюються, порушуються, захищаються. «Головними суб'єктами медичних відносин є постачальник медичної допомоги і споживач (пацієнт). Суб'єктами економічних відносин виступають власник, виробник (або постачальник) медичної послуги, продавець та її покупець. З інституційної точки зору надання послуги є не що інше, як обмін правомочностями між власниками

факторів виробництва і покупцями» [11, с. 52]. Тим самим медична послуга стає *трансакцією*, відповідно до якої здійснюється розподіл повноважень з приводу забезпечення достойного (нормального, здорового) життя. Здійснення цієї трансакції потребує певних трансакційних витрат – пошук інформації (про професійний рівень необхідного лікаря, схеми та наслідки лікування тощо) специфікації прав (установлення та розподіл повноважень між суб'єктами, що приймають участь в лікуванні), гарантії їх захисту. В цьому контексті, наприклад, сурогатне материнство – це отримання не тільки медичної допомоги, а перш за все, отримання прав на дитину, яку виношує інша жінка. Складні правомочності складаються з приводу трансплантації. Проникнення в тілесну оболонку індивіда означає зачіпання його основних прав і свобод, які мають бути належним чином компенсовані системою гарантій, які надаються суб'єктам трансплантації перед та після операції. Ці гарантії можуть бути розпорошені між медичною установою (хірургічною бригадою) та спеціалізованими посередниками. В зв'язку з цим набуває важливості розробка медико-правових стандартів, що стосуються виконання трансплантації. Такі стандарти стають системою правової оцінки результатів оперативного втручання, що базується на сучасних досягненнях медичної науки та включають: особливості стану здоров'я суб'єктів пересадки до операції; технічні умови її виконання; існуючі ризики; співвідношення запланованих і отриманих результатів трансплантації.

Визначення медичної послуги як трансакції змінює уявлення про її вартість. Остання визначається не тільки коштами, що витрачаються безпосередньо на здійснення медичної процедура (вартість ліків, оплата праці медичних робітників та ін.), а в більшій мірі саме трансакційними витратами на формування правомочностей (пацієнта, лікаря, посередників) та їх перерозподіл.

Саме медична послуга стає об'єктом медичного права, навколо якого починають формуватися вся сукупність правовідносин. Отже, предметом медичного права – є система суспільних відносин, що виникають в зв'язку з формуванням передачею, відтворенням, збереженням, охороною прав людини на достойне (нормальне, здорове) життя. Ця система складається з певних підрозділів, що різняться суб'єктами, функціями та схемами діяльності.

Перший підрозділ регулює відносини між пацієнтом та лікарем з приводу надання медичної послуги (це переважно цивільно-правові відносини). *Другий* – виникає внаслідок відносин між органами влади та медичною установою (адміністративно-правові, бюджетні, фінансові правовідносини). *Третій* – це відносини, що складаються між основними суб'єктами (пацієнт - лікар) та особами, що включені в алгоритм надання медичної послуги. Наприклад, при сурогатному материнстві є жінка, яка надала згоду на виношування дитини. Це можуть бути посередницькі фірми, що організують та контролюють виконання прийнятих обов'язків. При трансплантації з'являється донор та його посередники. Складні відносини почнуть виникати при штучному заплідненні, коли мова буде йти про дизайнерських дітей (тобто, коли використовуються хромосоми декількох

жінок). Особлива схема взаємовідносин виникає при організації медичного туризму. Цей підрозділ медичного права буде кожного разу розширюватися в разі появи нових видів медичних послуг. *Четвертий* підрозділ буде пов'язаний з організацією господарської (фінансової, інвестиційної, маркетинговою та ін.) діяльності медичного закладу. Особливої уваги потребують відносини, що виникають внаслідок медичного страхування. При переході до страхової медицини, змінюється статус закладів охорони здоров'я – вони стають виробниками медичних послуг з відповідними правами і повноваженнями, що в свою чергу потребує більш чіткого визначення прав та обов'язків пацієнтів у взаємовідносинах «пацієнт-медичний заклад-страхова організація».

Таким чином, охорона здоров'я потрапляє в сферу регулювання медичного права, яке в переважній більшості країн світу існує як самостійна галузь права, фахівці якої професійно займаються різними проблемами медичної діяльності. Здоров'я людини відтворюється в процесі надання медичної послуги як особливої трансакції, ключовим елементом якої стає перехід прав та відповідальності всіх суб'єктів, що беруть в ній участь. Внаслідок цього виникає ціла низка питань, які повинні бути вирішені. Перш за все, потребують спеціальної розробки методи регулювання, враховуючи те, що медичне право це комплексна галузь. По-друге, формування медичного права багато в чому залежить від розвитку досліджень в галузі медичного законодавства. Кожна медична послуга (як існуючі, так і перспективні) потребує визначення складу медичного правовідношення, відповідно до яких будуть формуватися права та обов'язки суб'єктів. Особливої уваги потребує визначення правовідносин на етапі вмирання. Достойне життя людини повинне завершуватися достойною смертю. В системі танатології (частина медицини, що вивчає механізми вмирання людини) найбільш дискусійною є можливість використання евтаназії (безболісної швидкої смерті при усвідомленому волевиявленні пацієнта). Сьогодні серед правознавців існує думка, що право на смерть імпліцитно включено в право на життя, а значить – є невідчужуваним і непередаваним [12]. І хоча ця проблема в Україні знаходиться на стадії гострої дискусії, але мине час і ця медична послуга буде вимагати свого регулювання в межах медичного права.

Список використаних джерел

1. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія. – Львів: Астролябія, 2007. – 224 с.
2. Сізнцова Ю. Ю. Значення права у діяльності організаторів охорони здоров'я // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 2. – С. 55-58.
3. Клименко О. В. Медичне правознавство // Економіка та держава. – 2012. – № 4. – С. 113-114.
4. Вороненко Ю. В., Радыш Я. Ф. Медицинское право в системе права Украины: состояние и перспективы развития // Украинский медицинский журнал. – 2006. – № 5. – С. 5-10.
5. Радыш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні (категорійно-понятійний апарат медичного права) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-1/doc/1/03.pdf>.

6. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Шатковський Я. М. Медичне право України (правові засади забезпечення медичного страхування): монографія / за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – 208 с.
7. Калита В. Медицина и право имеют шагать рядом // Украинская медицинская газета. – 2007. – № 10 – С. 6.
8. Калабрезі Г. Будущее права и экономики. очерки о реформе и размышления / пер. с англ. Г. Калабрезі. – М.: Изд-во Института Гайдара, 2016. – 304 с.
9. Маршал А. Принципы политической экономии /пер. с англ. А. Маршал. – Т. 1. – М.: Прогресс, 1983. – 415 с.
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993 - № 4. – С. 19. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
11. Камінська Т. М. Про економічну сутність медичної послуги // Економіка України. – 2003. – № 8. – С. 50-55.
12. Булеца С. Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я (порівняльно-правовий аспект): монографія. – Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2006. – 171 с.

РОЗДІЛ II. СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ І ФАКТОРИ, ЩО ЙОГО ВИЗНАЧАЮТЬ

ОСНОВНІ ЧИННИКИ НЕГАТИВНОГО ТА ПОЗИТИВНОГО ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я

(Борищук Л.М., Титаренко Л.В., Савіна О.Г., Павленко О.В.)

Організуюючи життя дітей у навчальному закладі, важливо не «напихати» їх знаннями, не змушувати чітко дотримуватися всіх правил розпорядку, а прищеплювати та розвивати такі життєві навички, які допоможуть дитині легко та природно засвоювати знання, дотримуватися дисципліни, знати фактори ризику, вміти аналізувати причини виникнення проблем та застосувати вміння в реальному житті, вільно володіючи життєвими навичками.

Для України головною проблемою, яка пов'язана з майбутнім держави, є збереження і зміцнення здоров'я дітей та учнівської молоді. Турботу викликає різке погіршення стану фізичного та розумового розвитку підростаючого покоління, зниження рівня народжуваності й тривалості життя, зростання смертності, особливо дитячої, причиною чого є низка чинників.

Серед основних факторів впливу на здоров'я людини є спосіб життя (50%), який є сукупністю умов, соціальних установок та природних чинників, які всі разом зумовлюють поведінку особистості, а також її зворотній вплив на ці фактори.

Важливими чинниками впливу на здоров'я є: навколишнє середовище (20%), спадковість (20%). Серед факторів ризику можна визначити такі: забруднення навколишнього середовища, малорухливий спосіб життя, незбалансоване харчування, психоемоційні навантаження, шкідливі звички. Серед них основне місце займають психоемоційні переживання, які є найбільш значимими у виникненні багатьох хвороб. Вплив шкідливих звичок є також надзвичайно негативним.

Говорити серйозно і багато про охорону здоров'я почали давно. Тоді ВООЗ розділила поняття «здоров'я» на три складові: фізичне, психічне й соціальне благополуччя.

Чинники, які формують здоров'я населення, повинні вивчатися комплексом суспільних та природничих наук. Для того, щоб зміцнювати та зберігати здоров'я людей, необхідна інформація як про умови його формування (характер та реалізація генофонду, стан навколишнього середовища, спосіб життя та ін.) так і про кінцевий результат процесів, їх відображення (конкретні показники стану здоров'я індивіда).

Експерти ВООЗ на основі аналізу результатів численних досліджень у різних країнах довели, що порушення психічного здоров'я набагато частіше трапляються в дітей, які страждають від недостатнього спілкування з дорослими, недобррозумілого, а іноді й ворожого ставлення, а також у дітей із неблагополучних сімей. У багатьох психологічних дослідженнях психічне

здоров'я співвідносять із переживанням психологічного комфорту і психологічного дискомфорту.

Відомо, що більшість захворювань нашого часу є психосоматичними, тобто такими, що виникають під впливом чинників стресового характеру. Це нервово-психічні розлади, гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця, атеросклероз, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ревматичний артрит, діабет та інші захворювання, що мають хронічний характер.

Стосовно дітей необхідно говорити про психологічний комфорт, який впливає на стан здоров'я в цілому, і закладені в основу програми організації життєдіяльності дитини. Необхідно звернути увагу на те, що в житті людини присутні як фактори ризику, так і фактори захисту, тому всю роботу необхідно спрямовувати на зниження активності факторів ризику й підвищення дієвості факторів захисту.

Наукова проблема дослідження здоров'я підрастаючого покоління України пов'язана, перш за все, із вивченням тенденцій щодо зниження рівня здоров'я дітей і підлітків нашої країни, виявленням різних соціальних змін, погіршенням стану генофонду нації, незавершеністю структурної перебудови системи надання первинної медичної допомоги тощо. Все це є необхідністю пошуку та розроблення нових сучасних підходів до проведення спостережень за станом здоров'я дитячого та підліткового населення, вимогам сьогодення. Актуальність даної проблеми є також значною з огляду на недостатність висвітлення її у вітчизняних наукових джерелах інформації.

Багато уваги даній проблемі приділяється в роботах провідних науковців [1; 2; 8; 9]. У дослідженнях науковців [2; 5; 7] виділено комплекс чинників, які впливають на стан здоров'я школярів. З цього комплексу можна виділити три основні групи: біологічні, екологічні та соціально-економічні чинники [10]. До групи біологічних чинників відноситься насамперед несприятлива спадковість. Відомо, що деякі розповсюджені захворювання (плоскостопість, міопія, сколіотична постава, сколіоз) мають спадкову обумовленість [10]. До групи чинників, які визначають особливості впливу навколишнього середовища на організм людини, відносять несприятливі кліматичні та географічні умови, ступінь забруднення навколишнього середовища різними шкідливими хімічними речовинами [3; 4].

М. Абрамов, А. Рибалко зупиняються на соціально-економічних чинниках, які негативно впливають на стан здоров'я дітей і підлітків, підкреслюючи, що провідними серед них є гіпокінезія, неправильне харчування, перевантаження школярів у школі, довготривале перебування за комп'ютером та телевізором, недотримання режиму сну, недостатній час перебування на свіжому повітрі, відсутність загартовування організму, шкідливі звички [1]. Вчені зазначають, що визначені чинники ризику можуть діяти як індивідуально, так і в сукупності. В останньому випадку спостерігаються найбільш негативні зміни у стані здоров'я. Разом з тим в умовах впливу сприятливих соціально-економічних чинників, навіть при несприятливій спадковості, захворювання в більшості випадків не

розвиваються. Прикладом цього можуть бути факти, коли завдяки фізичному вихованню значно підвищуються захисні сили організму та зростає ступінь його опори до різних патологічних впливів. У зв'язку з цим особливого значення набуває подальше вдосконалення організації та проведення профілактичних оглядів дітей [9].

Стан здоров'я дитини визначається комплексом чинників. Тому для проведення різноманітних комплексних досліджень необхідно забезпечити динамічне надходження інформації про стан здоров'я сім'ї, особливості соціального статусу її членів, зв'язок із шкідливим виробництвом та шкідливими звичками, перебіг вагітності та пологів у матері, особливості вигодовування дитини, перебіг захворювань та адекватності надання медичної допомоги, проведення профілактичних заходів, а також подальший ретельний аналіз цих показників.

Як уже зазначалося, параметрами здоров'я, соціального благополуччя нашого суспільства на думку багатьох авторів [1; 3; 6] є показники фізичного розвитку людини. Показники фізичного розвитку – це, по-перше, темп та особливості змін у процесі росту, гармонійність розвитку, співвідношення календарного та біологічного віку, конституційні особливості тощо. Такий підхід надає можливість використовувати показники фізичного розвитку для вимірювання та адекватного порівняння їх значень з встановленими нормативними показниками.

Аналізуючи сучасну наукову літературу, можна сказати, що впродовж останніх десяти років здоров'я дітей і підлітків нашої країни значно погіршується, з кожним роком знижується рівень фізичного розвитку. Вважаємо, що основними причинами такого становища є економічні труднощі, зниження уваги до соціальних проблем та санітарної культури, послаблення державної політики в галузі профілактичної медицини. Серйозною причиною порушення здоров'я дітей є те, що все більш зростають навчальні навантаження, які властиві для сучасних навчальних закладів.

На сьогодні в Україні 7 млн. дітей шкільного віку. Із них 5-7% учнів закінчують загальноосвітню школу здоровими, інші діти ідуть у доросле життя з великою кількістю хронічної патології. Значні інформаційні перевантаження, нестача вільного часу для занять фізкультурою та неправильно організований навчально-виховний процес (відсутність або несистематичне проведення «фізкультурних хвилинок» на уроках, динамічних пауз на перервах, недостатня для дитячого організму рухова активність) негативно відображаються на стані здоров'я учнів і призводять до патологічного стану, який називається синдромом хронічної втоми.

У багатьох випадках потенціал, який закладений у дитячому організмі, залишається не використаним. Тому в комплексі чинників, які впливають на формування здоров'я школярів, займає рухова активність, заняття фізичною культурою та спортом. Рухова активність учнів шкільного віку, які не займаються додатково у спортивних секціях, залежить від наявності у шкільному розкладі уроку фізкультури. Після проведених ряду досліджень було встановлено, що при наявності уроку фізичної культури та

передбачених «фізкультхвилинок» плюс 15% на невраховану рухову активність: (дорога в школу та додому, активний відпочинок на перервах та у вільний час) тривалість рухового компоненту складає не більше 174 хв/добу (при середній добовій потребі 210-270 хв/добу), що становить лише 72% від гігієнічної норми рухової активності. В разі відсутності уроків фізичного виховання в цей день тривалість рухового компоненту складає 125 хв/добу, а це лише 51% від належної рухової активності. Все це негативно впливає на здоров'я школярів. Сучасна організація фізичного виховання в умовах школи враховує потреби дітей із різноманітними порушеннями здоров'я.

Тому на підставі проведених теоретичних досліджень у м. Харкові було впроваджено експериментальну програму «Школа сприяння здоров'ю», до якої було залучено багато шкіл міста. Школа сприяння здоров'ю – це навчальний заклад майбутнього, в якому збереження та зміцнення здоров'я дитини є наріжним каменем його діяльності. Основною метою діяльності школи є створення умов для збереження та зміцнення здоров'я учнів, формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

З 2012 року ЗОШ № 164 м. Харкова входить до складу цієї програми, згідно з якою колектив педагогів намагається інтенсивно використовувати всі провідні чинники, що впливають на ефективність оздоровлення школярів засобами лікувальної фізкультури. Вирішення проблеми збереження здоров'я полягає не тільки через посилення просвітницької діяльності щодо здорового способу життя, поліпшення медичного обслуговування та методично грамотного проведення уроків фізкультури, валеології, основ безпеки життєдіяльності, хоча й це дуже важливо. Педагогічний колектив створює комфортне середовище для розвитку фізично, духовно і психічно здорової особистості. Це означає, що на кожному уроці учень повинен мати можливість проявити себе, висловити свою думку, не боячись, що вона неправильна, бо не збігається з думкою вчителя; для учня створені такі умови навчання та виховання, коли він розуміє, що має нести відповідальність за себе, своє майбутнє та майбутнє своєї держави, що тільки від нього залежить, яким воно буде; гігієнічний стан навчального закладу відповідає нормам, а отже, створено умови для здорового перебування дитини в навчальному закладі; кожний із навчальних закладів створює таке предметне середовище, яке має позитивний вплив на дитину, на її ставлення до себе, до свого здоров'я.

Велика увага в усіх навчальних закладах повинна приділятися здоров'ю членів педагогічного колективу. Якщо вчитель має задовільний стан здоров'я, перебуває в доброму гуморі, приходять на урок з добром, любов'ю, радістю, то саме він створюватиме той психологічний комфорт, який не шкодитиме ні його здоров'ю, ні здоров'ю дитини.

Приблизно 2500 років тому Гіппократ учив, що стан здоров'я є доказом того, що людина досягла стану гармонії як усередині себе, так і зі своїм оточенням. Великий римлянин, класик античної медицини К. Гален ще у II столітті нашої ери стверджував, що у боротьбі за здоров'я на першому місці — вміння володіти своїми і почуттями. Тому найбільшою проблемою, з якою ми стикаємося і яка впливає на все наше життя і наше здоров'я, - це

вибір правильного розумного настрою. Якщо ми здатні зробити цей вибір (управління своїми думками), ми опинимося на шляху до вирішення багатьох різноманітних проблем, у тому числі й здоров'я.

Сучасна педагогіка має всіляко сприяти збереженню здоров'я дітей, а не його погіршенню, як це відбувається зараз. А ось тут і слід звертати увагу на здоров'язбережувальну педагогіку, яку необхідно використовувати не тільки вчителям, але і батькам. Її поява, що є природним продовженням розвитку гуманістичного напрямку в педагогічній науці й практиці, продиктована вимогою часу найсерйознішим чином звернути увагу на здоров'я підростаючого покоління.

Здоров'я людини передбачає збереження й розвиток психічних і фізіологічних функцій організму, оптимальної працездатності та соціальної активності за максимальної тривалості життя. Для збереження здоров'я школярів варто використовувати традиції українського народу, зокрема рухливі народні ігри; активні форми роботи, інтерактивні методики, які сприяють формуванню позитивної мотивації учнів, допомагають виробленню моделей правильної поведінки; форми організації превентивного виховання.

Збереження та відновлення здоров'я перебувають у прямій залежності від рівня культури самої особистості. Поняття «культура здоров'я» формулює певний рівень медико-валеологічної грамотності населення, стан соціального благополуччя, ступінь розвитку творчих сил, фізичних, психічних і розумових здібностей людини, виражених в організації її життєдіяльності, у ставленні до самої себе, інших людей, до природи. Основним критерієм культури здоров'я є стан оптимальної відповідності, гармонії між біологічним, психологічним і соціальним у житті й діяльності людини.

У процесі формування в учнів навичок здорового способу життя доцільно керуватися такими пріоритетами: вірити в цінність кожної дитини; дотримуватись конфіденційності; надавати позитивну інформацію; бути порадником, а не моралістом; поважати думку й позицію дитини; акцентувати увагу учнівської молоді на власних позитивних рисах, характеристиках і здобутках. Набуття життєво важливих здоров'язбережувальних знань, умінь і навичок є поступовим, поетапним процесом, що несе в собі соціальний інтерес, який полягає в здатності цікавитися іншими людьми, у здатності цінувати життя і прийняти точку зору іншого. У результаті учні опановують навчальні і життєві компетентності, здатність до творчого розвитку і самовдосконалення. Це необхідно молодій людині для майбутньої успішної професійної діяльності, життя в суспільстві.

На сьогоднішні стає очевидною потреба зміни ставлення до здоров'я дитини в системі освіти. Зараз урок, як основна форма організації навчально-виховного процесу, вже не вважається сучасним, навіть якщо б він і відрізнявся всім різноманіттям найсучасніших засобів та педагогічних прийомів, якщо на цьому уроці не враховується стан здоров'я дитини, або дитина під час його проведення втрачає своє здоров'я.

Здоров'язбережувальна педагогіка, з одного боку, має сформувати в учнів спеціальні знання, уміння, навички збереження і зміцнення свого здоров'я, а з іншого – передбачити в педагогічних технологіях можливості здійснення самостійних спроб удосконалення себе, свого тіла, психіки, емоцій, працювати над розвитком своїх комунікативних здібностей, враховувати гуманне ставлення до світу, до оточення, до самого себе.

З метою відновлення стану здоров'я всього дитячого населення шкільного віку та оцінки рівня гармонійності фізичного розвитку, можна визначити числові значення рівня гармонійності фізичного розвитку школярів від 6 до 17 років та розділити їх, на підставі якісної оцінки отриманих даних на дітей з середнім, вище середнього та нижче середнього рівнем фізичного розвитку. Запропонований спосіб можна також використовувати як скринінг-тест для виявлення індивідуальних особливостей розвитку дітей, що є основою для своєчасного проведення профілактичних заходів, а також дозволяє значно підвищити ефективність спостереження.

У наш час зростає кількість неповнолітніх, які вживають наркотики, курять, п'ють. Сучасна людина сподівається не на захисні сили свого організму, а на могутність медицини. Для вирішення проблеми збереження здоров'я, продовження її життя створена система охорони здоров'я, яка є сукупністю взаємопов'язаних підсистем.

Важливу роль у справі збереження здоров'я населення повинна визначити інформація про небезпеку чинників ризику навколишнього середовища. Наявність такої інформації дасть змогу людині обирати місця для проживання, діяльності, використовувати засоби захисту від небезпек.

Тільки в тісному взаємозв'язку з учнями, батьками, медичними працівниками, психологами, соціальними педагогами - усіма, хто зацікавлений у збереженні та зміцненні здоров'я дітей, вчителі можуть створити здорове шкільне середовище для повноцінного розвитку особистості.

Список використаних джерел

1. Абрамов М. С., Рыбалко А. И. Современные подходы к оценке уровня физического развития – важного показателя общественного здоровья // Гигиена и санитария. – 1983. – № 6. – С. 69-71.
2. Березін С. В., Лисецький К. С., Назаров О. М. Психологія наркотичної залежності та співзалежності: монографія. - М.: МПА, 2001. – 213 с.
3. Воронова Т. В., Пономаренко В. С. Основи здоров'я: Посібник для вчителя. - К.: Алатон, 2005. – 145 с.
4. Волков С. Проблеми школярів // Основи безпеки життя. - 2004. - № 9. – С. 12-14.
5. Марков В. В. Основи здорового способу життя та профілактика хвороб. - М.: Академія, 2001. – 223 с.
6. Новак О. О. Формування здорового способу життя учнівської молоді. – Полтава, 2005. - С. 24-25.
7. Няньковський С. Л. Формування здоров'я дітей і профілактика його порушень на підставі комп'ютерного моніторингу. – Львів, 1997. – 192 с.
8. Осадчук Н. І. Моніторинг стану здоров'я учнів // Міжнародна наук.-пр. конф. «Перспективні інновації в науці, освіті, виробництві та транспорті»: зб. наук. праць. – Одеса, 2008. – Т. 4. - С. 67-69.

9. Сергета І. В., Зайцева К. А., Осадчук Н. І., Сергета Д. П. Сучасні підходи до здійснення комплексної оцінки стану здоров'я дітей, підлітків та молоді в ході проведення гігієнічних досліджень. // *Biomedical and Biosocial Antropology*. – Вінниця: ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2009. - № 13. – С. 15-18.
10. Фізичний розвиток дітей різних регіонів України / Під заг. редакцією І. Р. Бариліака і Н. С. Польки. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 208 с

АНТРОПОГЕННІ ФАКТОРИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА І ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

(Зуб О.В.)

Здоров'я людини в значній мірі залежить від екологічного стану оточуючого середовища. Тому питання аналізу факторів забруднення оточуючого середовища, нормування їх впливу на організм людини мають важливе значення для збереження здоров'я [2; 3; 9].

Підсилення процесів забруднення оточуючого середовища безпосередньо пов'язано зі зростаючою індустріалізацією і урбанізацією суспільства. Для збереження й укріплення здоров'я людини та популяції важливе значення має знання закономірностей впливу оточуючого середовища на організм людини. По мірі розвитку суспільства зростає антропогенний вплив на оточуюче середовище, що надає йому нових стійких властивостей які несприятливо впливають на здоров'я людини. Систематичне збільшення антропогенних навантажень призвело до забруднення екзогенного та ендогенного екологічного середовища, виникненню глобальних екологічних проблем. Міграція антропогенних забруднень по нерозривним природнім міграційним ланцюгам сприяла їх швидкому розповсюдженню в усі компоненти оточуючого середовища та у внутрішнє середовище людини [6; 7].

Серед глобальних факторів забруднення оточуючого середовища, які здійснюють патогенний вплив на організм людини потрібно особливо виділити забруднення атмосфери, водних та ґрунтових ресурсів. Забруднення атмосфери перетворилось в гостру проблему у зв'язку з розвитком промислового виробництва. Зони забруднення повітря навколо великих промислових міст постійно поширюються. Щорічно в атмосферу викидається більше 220 млн. тонн шкідливих речовин (сірчистий газ, арсеновокислий ангідрид, плюмбум, флуор – та хлоровмісні сполуки, полі циклічні сполуки тощо). За останні 100 років знищено 240 млрд тонн кисню, а викинуто 360 млрд тонн карбонатної кислоти.

Збільшення об'ємів споживаємої води для потреб промисловості та сільського господарства призвело до того, що в багатьох країнах відчувається нестача прісної води. Тяжкі наслідки може мати забруднення гідросфери паливними, мінеральними, радіоактивними відходами, комунальними стічними водами.

Інтенсивні розробки корисних копалин призвели до екологічних проблем, пов'язаних з порушенням рівноваги в літосфері. Забрудненню

верхнього шару ґрунту сприяє надлишкове потрапляння в ґрунт промислових викидів токсичних речовин. Також у ґрунті накопичуються пестициди та гербіциди, які негативно впливають на біологічні системи.

Серед різноманітних видів антропоєкологічних впливів одним з найбільш розповсюджених є хімічний. Він обумовлений масовим забрудненням оточуючого середовища хімічними сполуками, продуктами господарської діяльності людини. Залежно від своїх фізичних та фізико-хімічних властивостей хімічні сполуки можуть мігрувати в оточуючому середовищі в локальних, регіональних та глобальних масштабах.

Серед найбільш шкідливих хімічних забруднювачів слід відмітити нітросполуки та поліциклічні ароматичні вуглеводні, які утворюються при всіх видах спалювання. Джерелом особливо небезпечної речовини є свинець, до 90% кількості викидів якого належить продуктам згорання бензину з домішками свинцевих сполук. Джерелами підвищеного вмісту свинцю в гідросфері є випадіння його з опадами з атмосфери, а також з стічними водами промисловості.

Вплив шкідливих хімічних сполук на організм людини може виявлятися на молекулярному, клітинному та тканинному рівнях. При цьому часто відбувається розлад у регуляції біохімічних процесів, що з плином часу сприяє становленню і розвитку хвороби.

Потрапляючи в організм людини ксенобіотики вступають у взаємодію шляхом адсорбції на поверхні клітин та транспорту через клітинні мембрани, а потім акумулюються в різних органах і тканинах. Рівень накопичення ксенобіотиків в організмі може бути суттєво різним в окремих індивідуумах і груп населення внаслідок різниці у них швидкості метаболічної інактивації і виведення чужорідних речовин. Цією обставиною пояснюється неоднорідність популяції людини по чутливості до токсичних ефектів хімічних сполук.

Шкідливі сполуки або продукти їх метаболізму здійснюють токсичну, імунодепресивну, мутагенну і канцерогенну дію. Багато речовин володіють здатністю накопичуватись у продуктах харчування рослинного і тваринного походження, а потім надходити в організм людини [8].

Широким спектром патогенної дії володіють забруднення середовища важкими металами. Перш за все це виявляється у блокуванні сульфургідрильних груп більше 100 ферментів, причому найбільш суттєво вражаються ферментні системи, які беруть участь в енергетичному обміні. Крім того блокада сульфургідрильних груп призводить до деформації ліпопротеїдного каркасу мембран клітин і як наслідок до порушення гормональної регуляції, у зв'язку з тим що стає неможливою рецепція мембранотропних гормонів. Також дія важких металів виявляється у їх дестабілізуючій дії на тканинні ліпопротеїдні комплекси, що викликає порушення ліпідного обміну.

Особливо шкідливим для здоров'я людини забруднювачем є свинець. Неорганічні сполуки свинцю потрапляють в організм людини через дихальні шляхи і травний тракт, а органічні – через шкіру та слизові оболонки а також

з їжею і водою. Поглинутий свинець потрапляє у кров і відкладається головним чином в кістках (до 90%) і м'яких тканинах (печінка, нирки).

Різновидом хімічної форми антропоєкологічного впливу на організм людини є медикаментозний вплив. Пов'язано це з тим що популяція людини почала відчувати «фармакологічний прес» лікарських засобів хімічної природи, побічна дія яких значна. Особливо гострою є проблема можливих наслідків для матері і плода вживання лікарських засобів в період вагітності. Інтенсивне застосування гормонів, снодійних та седативних препаратів, хіміотерапевтичних засобів та інших ліків які проникають через плацентарний бар'єр, здійснює токсичний вплив на плід і може бути причиною потворств у новонароджених.

У сучасному світі інтенсивно вивчається патогенез екологічних впливів в залежності від факторів оточуючого середовища. Отримані переконливі дані про залежність ефективності впливу навколишнього середовища та окремих її компонентів, в тому числі токсичних.

Відомо, що хронічний токсичний вплив малої інтенсивності визиває у співробітників хімічного виробництва навіть при суворому дотриманні вимог (ГДК) неспецифічні зміни органів та систем, таких як зниження в крові кількості еритроцитів, лейкоцитів, вмісту гемоглобіну, ослаблення функції наднирників, видільної функції нирок, функції скорочувальної здатності міокарда, порушення функції зовнішнього дихання.

Для деяких промислових зон характерними є захворювання населення пов'язані з впливом антропогенно зміненого середовища існування. Збільшується кількість хворих із захворюваннями органів дихання в районах інтенсивного забруднення повітря, а для регіонів азбестового виробництва характерним є розвиток непрофесійних злоякісних мезотеліом. У районах біотехнологічного виробництва кормового продукту паприну зростає число алергічних захворювань. В умовах виробництва білково-вітамінного концентрату періодично виникають масові спалахи бронхіальної астми.

Безперечно, чисельність вірогідних екологічно зумовлених синдромів велика та важка для визначення з урахуванням швидко змінних умов середовища, але разом з цим прослідковуються достатньо постійні загальні риси антропогенних екологічних хвороб [4]. Це клінічні, епідеміологічні особливості і головне деякі загальні риси або закономірності механізмів адаптації і розвитку хвороб які є загальним об'єднуючим моментом цих хвороб. Загальні риси це перед усім антропогенність змін навколишнього середовища та як наслідок відповідь популяції на ці зміни у вигляді підвищеної захворюваності, смертності, скорочення середньої тривалості життя, клінічних особливостей протікання соматичних та інших хвороб. Це дозволяє відрізнити ці хвороби від природно-осередкових, які залежать від властивостей самої природи, а також від кліматично обумовлених хвороб.

Ще однією постійною рисою антропогенних екологічних хвороб є їх масовість. Вона виявляється в підвищенні загальної неспецифічної захворюваності з перевагою одного або декількох синдромів. Хворіють не всі особини у популяції, а лише найбільш чутливі до дії фактора середовища,

що можливо обумовлено генетично. Ця риса відрізняє ці хвороби від масових отруень або радіаційних уражень, які теж можуть мати у популяції довготривалі наслідки.

Також характерною ознакою цих хвороб є довготривалий латентний період, упродовж якого і відбуваються зміни резистентності організму, поступове накопичення відповіді на довготривалий вплив малої інтенсивності. В популяції це супроводжується підвищенням неспецифічної захворюваності вершиною якої є масовий спалах у вигляді однотипного яскраво вираженого синдрому. Ця ознака пояснює несвоечасність у виявленні екологічного неблагополуччя.

Наступна риса це резистентність до стандартної терапії на фоні діючого тривалий час екологічного фактора. Тільки позбавлення від дії цього фактору забезпечить успіх лікування.

Наведені особливості загальні для різних антропогенних екологічних хвороб дозволяють говорити про існування притаманних патогенетичних рис. Є підстава рахувати кінцевим результатом несприятливого екологічного впливу незалежно від механізму розвитку антропогенної екологічної хвороби перед усім зниження неспецифічної та імунної резистентності.

Звичайно, що багато механізмів розвитку антропогенних екологічних хвороб не вичерпуються наведеними варіантами патогенезу. Не дивлячись на різноманіття етіологічних факторів та багато різних клінічних форм, антропогенні екологічні хвороби мають деякі загальні клінічні, епідеміологічні та патогенетичні риси, з яких до відносно стійких слід віднести масовість, зв'язок з певною територією, наявність латентного періоду, полісиндромність, резистентність до терапії, підвищення ефективності лікування при виключенні екологічного фактора.

Питання зміцнення здоров'я населення та попередження захворюваності, охорона дитинства, збереження народжуваності, подовження активних трудових років повинно знаходитись постійно у центрі уваги держави, яка гарантує право на здоров'я.

Боротьба з «хворобами цивілізації» в умовах сучасного світу повинна будуватися з урахуванням того, що антропогенний вплив буде підсилюватись, незалежно від ряду мір по збереженню природи.

Важливим напрямком сучасної медицини є медична екологія людини, яка своїми специфічними засобами сприяє створенню безпечних умов праці та побуту [5].

Актуальним є питання о регламентації впливу людини на природу, необхідно знайти ту межу втручання в природні процеси, за якою впливи на природу не будуть призводити до незворотних процесів. Не менш турбує питання регламентації впливів при вирішенні проблем здоров'я. Саме здоров'я населення повинно бути головним у системі управління якістю середовища.

Необхідно, щоб «здоровим» було оточуюче довкілля, щоб у ньому були відсутні небезпечні фактори – речовинні та неречовинні (параметричні), щоб не були перевищені значення їх ГДК, ГДР. Для цього необхідно кожному

підприємству будь-якої форми власності (державної, комунальної, приватної) мати сучасні, ефективно діючі очисні споруди. Це складні установки, через які повинні проходити газові викиди та стічні води промислових виробництв. Автомобільні вихлопні гази теж повинні очищуватися в спеціальних пристроях – каталізаторні пристрої, що встановлюються на вихлопній трубі.

Сприятиме цьому диференціальна система управління якістю навколишнього середовища, заснована на ДСТу та ГДК для різних природних та антропогенних факторів. Поряд з цим для більш ефективного управління якістю навколишнього середовища необхідний інтегрований підхід, тому, що в реальних умовах людина у більшості випадків відчуває вплив фізичних, хімічних, біологічних та соціальних факторів. Наприклад оцінку небезпеки для здоров'я забрудненого навколишнього середовища слід проводити не тільки за ГДК шкідливих речовин в атмосфері, воді, ґрунті та їжі, але й за рівнем їх накопичення в організмі.

Також необхідними механізмами контролю якості навколишнього середовища є моніторинг та попередня антропо-екологічна експертиза при реалізації тих чи інших проектів з урахуванням їх впливу на навколишнє середовище та здоров'я населення.

В умовах забруднення навколишнього середовища потрібно відшукувати шляхи екологічної реабілітації, засоби оздоровлення. Одним з головних заходів є забезпечення людей питною водою найвищої якості. Необхідно проводити детоксикацію організму шляхом вживання природних ентеросорбентів, які ефективно виводять токсини із організму. До природних ентеросорбентів належать: сухі пшеничні висівки; пектино-вітамінні драже, шпроти з насіння. Лігнін - природний, і теж дуже ефективний ентеросорбент, що отримується з деревини хвойних порід. Ентеросорбенти входять до складу багатьох продуктів. Наприклад, полісахарид пектин у великих кількостях є у водоростях і фруктах: він знижує рівень холестерину, зв'язує та виводить радіонукліди і солі важких металів. Пектини використовуються в харчовій промисловості: їх отримують з цукрового буряка, кошиків соняшнику, фруктового макухи тощо [1].

На даний час досліджується можливість потенційного використання фулеренів і ВНТ (вуглецевих нанотрубок) у якості сорбентів для концентрування металоорганічних сполук свинцю, ртуті і олова та визначення сполук свинцю, ртуті і олова в зразках води та прибережних відкладеннях. Наявність активних ділянок на поверхні, внутрішні порожнини і внутрішній простір нанотрубок сприяють можливості видалення значної кількості іонів металу. Порівняно з іншими адсорбентами, ВНТ є перспективними сорбентами для захисту навколишнього середовища.

Ефективною також фітопрофілактика. У першу чергу рекомендується приймати трав'яні, вітамінні фіточаї, фітосиропи.

У глобальному розумінні проблеми збереження здоров'я населення в умовах забрудненого середовища необхідно здійснювати глибокий аналіз причинно-наслідкових зв'язків. Якщо їх враховувати можуть бути відчутними оздоровчі ефекти. Так, створення безвідходних підприємств, згортання

екологічно шкідливих технологічних процесів виробництва, будівництво очисних споруд на підприємствах сприяють зниженню захворюваності населення.

Дослідження різноманітних аспектів антропоєкологічного впливу на організм людини та здійснення в зв'язку з цим природоохоронних заходів соціально-гігієнічного та медико-біологічного характеру відкриють перспективи у сфері охорони здоров'я та профілактики захворювань.

Список використаних джерел

1. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Смоляр В.І., Циганенко О.І. Екологічні проблеми харчування людини. - К.: Око-плюс, 2002. - 92 с.
2. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Бугай О.В. Екологія і охорона навколишнього середовища: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. - 4-те вид., випр. і доп. - Суми: ВТД «Університетська книга», 2007. - 316 с.
3. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за заг. ред. проф. Е.М. Солошенко. - Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. - 546 с.
4. Зербіно Д.Д. Екологічна патологія та екологічна нозологія – один з пріоритетних напрямків у медицині // Журн. АМН України. - 1995. - Т. 1. - № 2. - С. 323-328.
5. Келлер А.А., Кувакин В.И. Медицинская экология / Под ред. А.А. Келлера. -СПб.: «Петроградский и К^о», 1998. - 256 с.
6. Ким А.М. Химическая экология человека. - Новосибирск: изд-во НГПУ, 1997. - 198 с.
7. Матюхин В.А., Разумов А.Н. Экологическая физиология человека и восстановительная медицина / под ред. чл.-кор. РАМН И.Н. Денисова. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 336 с.
8. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. - М.: ВНИРО, 1995. - 211 с.
9. Циганенко А.Я., Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М. та ін. Медичні проблеми екології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за заг. ред. проф. А.Я. Циганенка. – Белгород -Харків: ХДМУ, 2004. - 239 с.

ГЕНЕТИЧНО-ДЕТЕРМІНОВАНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ УКРАЇНИ

(Соколенко В.Л., Соколенко С.В., Шмиголь І.В.)

Одним із базисів сталого розвитку людства є здоров'я молодого покоління. Особливо важлива пріоритетність цього питання у ракурсі Євроінтеграційних процесів в Україні [16, с. 10]. Молодь є важливою складовою людського ресурсу, про який повинна піклуватися кожна держава. Збереження, відновлення та покращення психо-фізіологічного стану молодих людей є запорукою виживання та подальшого прогресу людства [1, с. 114].

У цілому, здоров'я молодої людини, зокрема студента, залежить від багатьох факторів. Це генетично детерміновані особливості організму, екологічні умови проживання, особливості харчування, рівень фізичної активності тощо. Комплекс даних факторів знаходить своє відображення на показниках імунної системи, вагомого компонента імунонейроендокринної системи підтримання гомеостазу, яка є надзвичайно чутливою до екзогенних

та ендогенних впливів і, у той же час, визначає стійкість індивідууму до захворювань різноманітної етіології [3, с. 15; 4, с. 186-200; 6, с. 413].

Мета даного дослідження - проаналізувати значення окремих факторів та їх комбінацій, здатних впливати на здоров'я осіб студентського віку. У роботі використовували імунологічні, біохімічні, морфологічні методи дослідження.

Останнім часом стан здоров'я студентів України викликає серйозне занепокоєння. Зокрема, аналіз результатів медичних оглядів студентів Черкаського національного університету засвідчив, що із 5122 обстежених лише 1926 (37,6%) студентів були віднесені до групи здорових (I група здоров'я), та практично здорових (II група здоров'я), тоді як у 3196 (62,4%) студентів, тобто у переважної більшості, виявлені хронічні захворювання, в результаті чого вони віднесені до III та IV груп здоров'я і потребували комплексу оздоровчо-реабілітаційних заходів. При цьому, серед осіб, котрі приїхали на навчання із територій посиленого радіоекологічного контролю – студентів-чорнобильців – (141 осіб) питома вага хворих ще вища – 64,83%, та відповідно знижене число здорових – 35,17% [13, с. 19].

На даний час відомо, що маркерами сили і направленості імунної відповіді при дії несприятливих екзогенних факторів можуть бути генетично зумовлені лейкоцитарні, еритроцитарні та сироваткові фактори крові. До генетичних маркерів крові, що в тій чи іншій мірі визначають здатність організму розвивати захисні та імунологічні реакції на різноманітні антигени, відносяться гени та їх білкові продукти систем HLA, АВ0, резус-фактор, сироваткові системи крові – гаптоглобіни, фосфоглюкомутаза, кисла фосфатаза та ін. [6, с. 413]. Результати наших досліджень показали, що ступінь внеску ізольованих генетичних систем крові у формування імунореактивності організму людини неоднозначна. За значимістю вони розташовані у такому порядку: HLA (DR, В, А), Rh, АВ0, Нр. Генетична схильність за системами лейкоцитарних і еритроцитарних антигенів до імунологічних порушень, зокрема при дії негативних екзогенних чинників, залежить від кількісного і якісного складу фенотипових характеристик індивіду, сукупність яких по суті і визначає його місце в групі ризику реалізації патологічних станів на рівні імунної системи [8, с. 114].

Вступ молоді до ВНЗ і навчання на початкових курсах - значний психологічний стрес, що потребує пристосування організму до нових умов життя, діяльності і викликає компенсаторні функціональні перебудови. Процес навчання у вищих навчальних закладах призводить до перенапруження механізмів адаптації. Особливо посилюється перенапруга у заліково-екзаменаційний період, це може стати потенційною причиною порушення стану здоров'я студентської молоді. Гострий короткочасний стрес виводить на перше місце вроджений імунітет, що не вимагає таких енергетичних витрат і часу, як специфічний. Тривалі стреси викликають перехід від адаптивних змін в імунній системі до дисфункцій спочатку на рівні клітинного імунітету, а потім – на рівні загальної імунної відповіді [4, с. 192; 14, с. 1060]. Нами встановлено, що під час екзаменаційної сесії у

студентів спостерігалися стрес-індуковані зміни показників неспецифічного та специфічного імунітету. Зокрема, у обстежених знижувався рівень функціонально зрілих Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій, що виконують хелперні функції, природних кілерів, що відіграють провідну роль у протипухлинному та противірусному імунітеті, рівень головного сироваткового імуноглобуліну G. Проте, виявлені зміни, у переважній більшості, не виходили за межі фізіологічних гомеостатичних норм, тобто мали не патологічний, а адаптаційний характер і, значною мірою, залежали від комбінацій генетичних факторів крові обстежених [8, с. 114].

Упродовж останніх років у науковій літературі детально аналізується роль обмінних процесів, зокрема, ліпідного обміну, у реалізації функцій імунної системи. Результати досліджень показують, що гіперхолестеринемія легкого і помірного ступенів відповідає більшій функціональній активності системи імунітету. Вважається, що для оптимальної роботи певних ланок природної резистентності організму рівень загального холестерину повинен бути в межах 6,0-6,5 ммоль/л [2, с. 38]. У той же час, нами встановлено, що у значної частини студентської молоді, зокрема, в осіб з певними порушеннями стану здоров'я, рівень холестерину знаходився на нижній межі гомеостатичної норми [7, с. 123].

Значна частина життєдіяльності студентів відбувається у закритому приміщенні. Як наслідок, у них з'являється дефіцит рухової активності. Тісний зв'язок здоров'я студентської молоді і фізичної працездатності із способом життя, обсягом і характером повсякденної діяльності доведена дослідженнями, які свідчать, що оптимальне фізичне навантаження в сукупності із раціональним харчуванням та правильним способом життя є найбільш ефективним способом подолання різних відхилень у стані здоров'я [3, с. 110]. Роль оптимізатора фізичних навантажень щодо студентів відводиться ретельно продуманій фізичній культурі. Нами встановлено, що помірні фізичні навантаження, зумовлені заняттям фізичною культурою, викликають у обстежених перерозподіл показників клітинної ланки імунітету на користь неспецифічної ланки, що свідчить про наявність помірного стресового впливу [5, с. 52; 14, с. 1060]. Тобто, відбувається тренування до можливих стресових навантажень більшої інтенсивності, що можна вважати позитивним фактором.

Значна частина населення України проживає на територіях посиленого радіоекологічного контролю (внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС). Групу студентів з радіаційно забруднених територій склали особи, що приїхала на навчання з Катеринопільського, Лисянського, Звенигородського та Канівського районів. Це території зі щільністю забруднення ґрунту ізотопами цезію-137 1-5 Кі/км². Встановлено, що у осіб, котрі зазнали пролонгованого впливу малих доз радіації, вміст кортизолу перебував на верхній межі гомеостатичної норми і був достовірно підвищений порівняно з контролем. Тобто, в обстежених наявний хронічний стресовий стан. Отримані дані узгоджуються з повідомленнями щодо зростання рівня тривожності на межі депресії у 10,0-20,6% (за різними критеріями і залежно

від віку) українських школярів віком 7-17 років, котрі проживали на територіях, забруднених радіонуклідами [17, с. 332]. Імунологічний моніторинг виявив перерозподіл показників клітинної ланки імунітету на користь гранулоцитарних фракцій. Відносна та абсолютна кількість паличко-і сегментоядерних нейтрофілів збільшувалась, а лімфоцитів – знижувалася. Спостерігалася також помірна імуносупресія Т-клітинної ланки імунітету, що проявлялася зниженням відносної та абсолютної кількості лімфоцитів, котрі експресують антигени CD3, CD5, CD4 та CD16. У обстежених був знижений імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+ і підвищена концентрація сироваткового IgG [11, с. 53]. Отже, у даної когорти підтверджується наявність стресової ситуації [14, с. 1060].

Літературні джерела свідчать про можливість гальмування процесів диференціювання та проліферації імунокомпетентних клітин, їх перерозподіл між імунокомпетентними органами та зміну антитілопродукції як за стресових умов, так і при дії малих доз радіації [6, с. 413]. Тобто, для даної категорії студентів можлива комбінована дія двох факторів, здатних пригнічувати імунореактивність. Це робить їх групою ризику розвитку різноманітних захворювань.

Аналіз показників під час екзаменаційної сесії, як чинника посиленого емоційного навантаження, виявив у студентів з радіаційно забруднених районів вірогідне зростання вмісту кортизолу і посилення тенденцій, характерних для міжсесійного періоду. Зокрема, ще більше знизилися відносна та абсолютна кількість лімфоцитів на фоні підвищення числа нейтрофілів у периферичній крові. Відносна та абсолютна кількість хелперних Т-лімфоцитів з фенотипом CD4+, а також імунорегуляторний індекс у значної частини обстежених сягали значень, нижчих від гомеостатичної норми. Вміст IgG, підвищений у міжсесійний період, став вірогідно нижчим як від контрольних, так і від значень, отриманих за відсутності додаткового психоемоційного навантаження [11, с. 53].

На вираженість імуносупресії та ефективність відновного процесу після емоційного навантаження у студентів з радіаційно забруднених територій впливали імуногенетичні фактори крові, особливо, еритроцитарна система АВ0 та сироваткова Нр. Найбільш пресинговими виявилися поєднання фенотипів 0(I) та В(III) за системою АВ0, Rh- за системою «Rhesus» та Нр2-2 за системою гаптоглобіну. Протекторна тенденція найбільше виражена при поєднанні фенотипів А(II), Rh+ та Нр2-2. Отже, оцінка доступних для аналізу імуногенетичних факторів крові у населення радіаційно забруднених територій може бути важливим прогностичним маркером розвитку патологій імунореактивності [9, с. 142].

Аналіз статистичних даних показав, що за період з часу аварії на ЧАЕС до 2015 року в онкологічному диспансері перебували на обліку з діагнозом «рак щитоподібної залози» 1452 пацієнти. З них мешканці територій, забруднених радіонуклідами, складали 34,9%. Серед пацієнтів онкодиспансеру – 85 осіб віком до 30 років, тобто, тих, котрі не зазнали прямого впливу радіоактивного йоду. З них 57 – мешканці територій,

забруднених радіонуклідами [19, с. 14]. Враховуючи високий ризик патологій щитоподібної залози у осіб, що зазнали впливу факторів аварії на ЧАЕС, нами проаналізовано тиреоїдний статус студентів даної категорії. Виявлено широке варіювання показників концентрації тиреоїдних гормонів (T_3 і T_4) у периферичній крові. За даними показниками обстежені були розділені на групи з еутиреозом, гіпертиреозом і гіпотиреозом. До цих груп увійшли особи без клінічних проявів патології щитоподібної залози. Найбільш виражені зміни показників клітинного імунітету відмічені для групи гіпотиреозу. Таким чином, зниження рівня T_3 призводило до пригнічення рівня функціонально зрілих Т-лімфоцитів, зокрема, за рахунок їх хелперної субпопуляції з фенотипом $CD4^+$ [10, с. 403; 19, с. 14]. Результати наших досліджень узгоджуються з даними, в яких відмічається пригнічення окремих ланок клітинного імунітету у осіб з тиреоїдними патологіями, зокрема, гіпотиреозом. Відомо, що тиреоїдні гормони здатні стимулювати біосинтетичні процеси в імунокомпетентних клітинах і, відповідно, процес їх проліферації [18, с. 55]. Іонізуюче випромінювання, викликаючи ураження тиреоцитів, зумовлює дефіцит тиреоїдних гормонів, що, у свою чергу, викликає компенсаторні процеси, які ведуть до гіперпродукції повноцінними клітинами T_3 та T_4 . У подальшому, якщо деструктивний вплив продовжується, відбувається поступове виснаження функцій щитоподібної залози, наслідком чого є розвиток периферійного гіпотиреозу [20, с. 781].

Аналіз окремих показників ліпідного обміну показав: хронічний вплив малих доз іонізуючого випромінювання, зумовлений проживанням на територіях, забруднених радіонуклідами, призводив до зростання рівня загального холестерину, особливо вираженого у осіб з ознаками синдрому вегето-судинної дистонії. Рівень холестерину корелював з окремими імунними показниками, що може свідчити про його включення в компенсаторні процеси і певну роль у їх ефективності [12, с. 86].

Помірні навантаження, зумовлені заняттям фізичною культурою, призводили до формування у студентів з радіаційно забруднених районів короточасних компенсаторних змін показників клітинної ланки імунітету у межах гомеостатичної норми, із ефективним та швидким відновленням. Враховуючи наявність імуносупресії, зумовленої хронічним впливом малих доз іонізуючого випромінювання, необхідно ретельно підбирати вправи за їх тривалістю та інтенсивністю, із наданням переваги комплексам ЛФК. Бажано також паралельне використання неспецифічних імуномодуляторів, зокрема, певних вітамінних комплексів, які продемонстрували протекторний ефект під час впливів стресової природи [15, с. 179].

Таким чином, важливу роль у підтриманні належної природної резистентності осіб студентського віку є генетично детерміновані фактори крові, тиреоїдний статус, дозовані фізичні навантаження та повноцінне харчування, з урахуванням особливостей ліпідного обміну. Додатковим імунодепресантом, що може викликати порушення стану здоров'я, є стрес емоційної природи у процесі активації навчання і проживання на екологічно несприятливих територіях, зокрема, забруднених радіонуклідами внаслідок

аварії на ЧАЕС. Групи ризику, виділені за даними критеріями, рекомендуються для проходження профілактичних заходів на базі спеціалізованих оздоровчих закладів.

Список використаних джерел

1. Вакулєнко О.В. Сучасні аспекти формування здорового способу життя в Україні та світі // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: зб. наук. пр. – К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. – Вип. 21. – С. 114–121.
2. Взаимосвязь иммунной и липидтранспортной систем организма / Г.И. Юпатов, Э.А. Доценко, Т.А. Путилина и др. // Иммунопатология, аллергология, инфектология – 1999. – № 1. – С. 38–42.
3. Двигательная активность и здоровье / Н. А. Агаджанян, В. Г. Двоеносов, Н. В. Ермакова и др. – Казань: Изд-во КГУ, 2005. – 216 с.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология: учеб. пособ. – Одесса: Астропринт, 1999. – 604 с.
5. Зміни показників природної резистентності організму у студентів вчз, зумовлені впливом занять фізичною культурою / В. Л. Соколенко, С. В. Соколенко, Н. В. Швед, О. Г. Яременко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2008. – № 11. – С. 52–55.
6. Імуногенетичні чинники в механізмах радіочутливості організму людини і ризику реалізації пострадіаційних ефектів на рівні дисфункцій в імунотопії та формуванні соматичної патології в осіб, опромінених внаслідок аварії на ЧАЕС / Ж. М. Мінченко, О. О. Дмитренко, Д. А. Базика та ін.; за ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики // Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції. – К.: ДІА, 2007. – С. 413–421.
7. Показники лейкоцитарної формули та рівень холестерину у периферичній крові студентів з вегето-судинною дистонією / В. Л. Соколенко, С. В. Соколенко, Л. О. Пінковська та ін. // Вісник Черкаського університету: Серія «Біологічні науки». – Вип. 128. – Черкаси: Вид-во ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2008. – С. 123–127.
8. Соколенко С. В., Сколоєнко В. Л. Вплив психоемоційного навантаження на показники специфічного імунітету в осіб з різними комбінаціями генетичних маркерів крові // Фізіологічний журнал. – 2006. – Т. 52. – № 2. – С. 114.
9. Соколенко В. Значення генетичних систем АВ0, Rh та Нр у стрес-індукованій імунореактивності мешканців територій, забруднених радіонуклідами // Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Біологічні науки. – 2016. – № 7. – С. 142–147.
10. Соколенко В. Л. Показники клітинного імунітету в осіб з певними особливостями тиреоїдного статусу за умов хронічного опромінення в малих дозах // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Т. 1 (126). – С. 403–409.
11. Соколенко В. Л. Вплив психоемоційного навантаження на показники імунної системи в осіб, що проживали на територіях, забруднених радіонуклідами // Фізіологічний журнал. – 2016. – Т. 62. – № 4. – С. 53–59.
12. Соколенко В. Л. Показники холестерину та імунної системи у осіб з ознаками вегето-судинної дистонії, що проживали на територіях, забруднених радіонуклідами // Світ медицини та біології – 2016. – № 2 (56). – С. 86–89.
13. Соколенко В. Л., Сколоєнко С. В. Фактори, що визначають стан здоров'я студентів // Наука в інформаційному просторі. Матеріали VI міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпропетровськ, 16-17 вересня 2010 р.). – Дніпропетровськ, 2010. – С. 19–21.
14. Хайтов Р. М., Лесков В. П. Иммуниет и стресс // Российск. физиол. журн. – 2001. – Т. 87. – № 8. – С. 1060–1072.
15. Шмиголь І. В., Гаркуша С. І. Вплив екзаменаційного стресу на забезпеченість організму студентів водорозчинними вітамінами // Сучасні проблеми біології, екології та

хімії: зб. матеріалів V міжнар. наук.-пр. конф., присв. 30-річчю біологічного факультету Запорізького національного університету (Запоріжжя, 26-28 квітня 2017 р.). – Запоріжжя: АА Тандем, 2017. – С. 179-182.

16. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В.В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2016. – 452 с.

17. Contis G., Foley T. P. Depression, Suicide Ideation, and Thyroid Tumors Among Ukrainian Adolescents Exposed as Children to Chernobyl Radiation // J. Clin. Med. Res. – 2015. – V. 7. - № 5. – P. 332–338.

18. Klein J. R., Wang H. C. Characterization of a novel set of resident intrathyroidal bone marrow-derived hematopoietic cells: potential for immune-endocrine interactions in thyroid homeostasis // J. Exp. Biol. – 2004. – V. 207, № 1. – P. 55–65.

19. Sokolenko V., Sokolenko S., Hlynin O. The relationship of thyroid and immune system indices among residents of the areas contaminated with radionuclides // News of Science and Education. – 2015. – № 14 (38) Sheffield Science and Education LTD. – P. 14 – 20.

20. Vermiglio F., Castagna M.G., Volnova E. Lo. et al. Post-Chernobyl increased prevalence of humoral thyroid autoimmunity in children and adolescents from a moderately iodine-deficient area in Russia // Thyroid. – 1999. – V. 9. – P. 781–786.

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ, ЕКОЛОГІЧНИХ ТА ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЯКІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

(Федонюк Л.Я., Бігуняк Т.В., Яковенко М.Я., Бігуняк К.О.)

*«Медицина не може врятувати від смерті,
але спроможна продовжити життя» (Нуці-Кінг)*

Якість життя – сукупність показників, що відображають фізичне, матеріальне, психічне, соціальне і духовне благополуччя населення. На першому місці при оцінці якості життя – стан здоров'я нації та тривалість життя в країні. Здоров'я – найбільший дар природи. Людина отримала від природи надзвичайно досконалий організм прекрасної форми, з універсальною стійкістю до труднощів життя – холоду і спеки, ран і отрут, страхів і нервових потрясінь, голоду та захворювань.

За визначенням ВООЗ, здоров'я – це не лише відсутність хвороб, але й певний рівень фізичної тренуваності, підготовленості, функціонального стану організму, який є фізіологічною основою фізичного та психічного благополуччя. Формування здоров'я визначається способом життя людини і станом навколишнього середовища. Спостереження вчених показують, що здоров'я людини на 45-50% визначається способом життя, на 20% – впливом навколишнього середовища (природного, техногенного), на 20% – спадковістю, на 8-10% – охороною здоров'я, харчуванням тощо.

Установлено, що здоров'я людини на 30% залежить від стану довкілля. Це означає, що у людей, котрі проживають в екологічно чистій місцевості, здоров'я може бути кращим, ніж у людей, які живуть в екологічно забрудненій місцевості. До іншої групи факторів (20%) належить генетичний фактор (спадковість). Відомо, що у батьків, які ведуть здоровий спосіб життя, є всі передумови для народження здорових дітей. Також доведено,

що передумови негативної спадковості можна частково чи повністю усунути, дотримуючись здорового способу життя. На 50% здоров'я людини (отже, суспільства в цілому) залежить від способу її життя. В генотипі індивідууму закодовані всі його спадкові ознаки. Однак для того, щоб вони виявилися у вигляді певних якостей організму і особистості, природних для біологічних та соціальних функцій, необхідні певні умови, які визначаються власне способом життя та зовнішнім середовищем.

Проблема довголіття є актуальною на сьогодні. Ми досягнули значних успіхів у вивченні етіології інфекційних, інвазійних та неінфекційних захворювань, навчилися лікувати багато нозологій, проте прагнення жити довго вимагає постійного вивчення факторів, що впливають на тривалість життя.

Понад 170 років тому Бенджамін Гомперц описав динаміку смертності людей, яка дозволила зробити важливі висновки про значення різних факторів у її розвитку. Виявилось, що за законом Гомперца вимирають різні види тварин – комахи, миші, щурі, собаки. Криві їх смертності відрізняються лише часовою характеристикою. У людини значна частина смертей настає незалежно від віку [1, с. 11]. Які ж фактори впливають на довголіття? Сучасна медицина стверджує, що генетичний склад каріотипу людини разом із довкіллям визначає тривалість і якість життя людини. В Україні у 2016 році середня тривалість життя становила 71,38 років, зокрема, у чоловіків – 66,37 років, у жінок – 76,25 років [2, с. 186].

Учені І. Піскун, Ю. Кіт вважають основним критерієм фізичного здоров'я енергопотенціал біосистеми, оскільки життєздатність будь-якого живого організму залежить від його акумуляції і мобілізації для забезпечення фізіологічних функцій. Частка аеробної енергопродукції є найбільшою у сумі енергопотенціалу, тобто максимальна величина аеробних можливостей організму є основним критерієм його фізичного здоров'я і життєдіяльності. Максимальне споживання кисню, на думку авторів, є кількісним виразом стану здоров'я людини [3, с. 41].

На людину, як і на будь-яку живу істоту, конкретний фактор впливає не сам по собі, а у взаємодії з іншими, і залежно від характеру цієї взаємодії діапазон толерантності може змінюватися. Наприклад, за відносної вологості повітря 30% температура повітря 28°C відповідає зоні оптимуму. Але за вологості 70% ця сама температура виходить за межі оптимуму і потрапляє у зону песимуму: пришвидшується дихання, з'являються відчуття жару та задухи, пригніченість, людина може знепритомніти.

Залежність здоров'я від спадковості та факторів зовнішнього середовища – основний аспект проблеми здоров'я людей на популяційному рівні. У цьому випадку об'єктом дослідження стає не окрема особа, а популяція чи сукупність популяцій – етнічна група, нація, людство в цілому. Здоров'я на популяційному рівні - більш загальна категорія, оскільки те, що стосується популяції, обов'язково виявляється і на конкретних індивідах. Наприклад, у деяких районах Полісся і Західної України поширений ендемічний зоб, захворювання від якого потерпає близько півмільйона людей. Причиною цієї

патології є дефіцит йоду в питній воді та високий вміст у ній гумінових кислот. У кожному конкретному випадку лікар призначає препарати, що містять йод. Проте на популяційному рівні є більш дієвий спосіб боротьби із цим захворюванням – корекція мінерального складу питної води чи їжі з додаванням необхідної кількості йоду. Ця процедура поширюється відразу на всю популяцію і має не лише лікувальний, а й профілактичний характер.

Актуальним є вивчення мутагенів, що впливають на здоров'я людини. Клінічно мутації проявляються як спадкові хвороби. Близько 90% мутагенів є канцерогенами. Серед мутагенів розрізняють фізичні, хімічні та біологічні.

Активними фізичними мутагенами є ультрафіолетові (УФ) промені та іонізуюче випромінювання (ІВ) – гама-промені, промені Рентгена та нейтрони. Найбільшу мутагенну дію мають УФ-промені при довжині хвилі 260 нм, оскільки ДНК поглинає саме цю частину спектру, викликаючи генні мутації в клітинах шкіри. Генетична чутливість до УФ-променів проявляється пігментною ксеродермою. Світлове випромінювання може виникати злякисні новоутворення у таких пацієнтів. При цьому захворюванні зазнає змін репарувальна система, яка відповідає за нормальну будову ДНК. Особливо чутливими до дії ІВ є швидко проліферуючі тканини органів кровотворення та імунного захисту, гонади, де виникають генні мутації та хромосомні аберації. Українські та ізраїльські вчені виявили нові докази того, що катастрофа на Чорнобильській АЕС у 1986 році призвела до генетичних мутацій у дітей, батьки яких зазнали опромінення. До фізичних мутагенів також належить висока температура. 11% аненцефалічних дітей народилися у матерів, які піддавалися гіпертермії під час закриття нервової трубки в ембріона (пірогенна дія вірусів або високої температури довкілля під час вагітності).

Серед хімічних мутагенів виділяють чотири групи хімічних факторів зовнішнього середовища: пестициди, промислові отрути, харчові доміжки, ліки. Найсильніші мутагени (супермутагени) – це етиленамін, діетилсульфат, нітрозометилсечовина, перекис водню, іприт. Другу групу складають речовини, які близькі за будовою до нітратних основ нуклеїнових кислот: 5-бромурацил, 5-дезоксисуридин, 5-бромдезоксисуридин. До третьої групи належать акридини та їх похідні, до четвертої – азотиста кислота, формальдегід, гідроксиламін. Шкідливі хімічні речовини, що накопичуються у ґрунті, з часом переходять у їстівні частини рослин. Саме з ними ми поглинаємо 37% марганцю, 41% цинку, 32% міді та 10% нікелю. Епідеміологічні дослідження показали, що існує зв'язок між впливом на батька з боку довкілля ртуті, свинцю, розчинників, паління тютюну із спонтанними абортами, малою вагою при народженні та вадами розвитку дитини. Куріння та забруднення атмосфери сприяють розвитку емфіземи легень у людей з недостатністю альфа-1-антитрипсину, який є інгібітором протеаз. Існує генетична схильність до раку сечового міхура, яка пов'язана з мутаціями в локусі N-ацетилтрансферази гепатоцитів, який сприяє ацетилюванню та виведенню з організму ксенобіотиків. У гомозигот за даною генною мутацією часто спостерігаються злякисні пухлини при

курінні, виробництві гумових виробів і фарб. Лікарські засоби, як хімічні речовини, є чужорідними для організму людини, тому можуть викликати широкий спектр мутацій – від точкових до геномних. Такими засобами є цитостатики та антимітотичні засоби. Тератогенну дію мають талідомід, дифенілгідантоїн, триметадїон, транквілізатори, літїй, варфарин, йодид калїю, стрептомїцин, тетрациклїни, сульфонамїди, амфетамїни та інші [4, с. 14-15].

Існує низка мультифакторїальних захворювань (МФЗ), які характеризуються спадковою схильністю, зокрема, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, шизофренія [4, с. 215]. Важливим є вивчення поліморфізму генів, які кодують МФЗ. Для багатьох МФЗ ідентифіковані алелі генів. Серцево-судинні захворювання складають 54% від загальної смертності населення. У багатьох випадках вони обумовлені атеросклерозом. Він є причиною стенозів і оклюзїй артерїй, що призводить до розвитку інфаркту мїокарду та ураження периферичних артерїй (кінцівок, сонних артерїй, судин головного мозку, ниркових, мезентерїальних). У патогенезі атеросклерозу важливу роль відіграють порушення ліпїдного та вуглеводного обмінів, ендотелїальна дисфункція, запалення та порушення гемостазу. Спадкові фактори схильності до атеросклерозу складають 40-60% [6, с. 630]. Інтернет-база *Online Mendelian Inheritance in Man* (OMIM) містить перелїк генів, які асоційовані з атеросклерозом. Найважливіші з них: *HDLCQ10*, який локалізований у 16 хромосомі (16q13), *ATHS*, *ALP* – у 19 хромосомі (19p13.3-p13.2), *APOA2* – у 1 хромосомі (1q23.3) [7]. Враховуючи у пацієнтів прояви атеросклерозу у молодому віці, доцїльно проводити генетичний скринїнг у родичів, які не мають клінічних проявів захворювання. На сьогодні відомо понад 100 генів, які контролюють артеріальний тиск та виникнення артеріальної гіпертензїї (АГ). Зокрема, серед генів-кандидатів при АГ видїляють п'ять груп: гени ренїн-ангіотензин-альдостеронової системи (*AGT*, *AGTR1*, *AGTR2*, *AGE*, *REN*, *CYP11B*, *KLK1*) системи сигнальних пептидів (*GNB3*, *GNAS1*, *RGS2*), норадренергїчної системи (*DRDI*, *DRD2*, *ADRA2B*, *ADRB1*, *ADRB2*, *PNMT*), іонних каналів (*SCNN1A*, *SCNN1G*, *SCNN1B*) та імунної системи (*IL6*, *NOS3*, *TGFB1*, *CCR2*, *CCR5*) [4, с. 632].

Крім атеросклерозу та АГ, до хронїчної серцевої недостатності призводить зміна довжини теломерів хромосом. Зменшення довжини теломерів корелює із зменшенням фракції викиду лївого шлуночка [8, с. 62]. Разом з тим, існує багато даних про важливість рухової активності, раціонального харчування та уникнення стресових факторів у профїлактиці АГ [1, с. 205; 2, с. 186]. Ми повинні навчитися контролювати свою свідомість, керувати своїми емоціями, щоб створити в організмі надїйну «лінію оборони» проти руйнївної сили стресу. Всім відомо: якщо ми дихаємо, то ми живемо. Також наша програма довголіття повинна включати техніку правильного дихання – тривалого та глибокого [9, с. 23].

Іншим захворюванням, яке поширене у людей старшого віку є цукровий діабет (ЦД). ЦД 2-го типу є хронїчним метаболїчним захворюванням, яке зазвичай, вперше діагностують у пацієнтів середнього або похилого віку. У виникненні даного захворювання важливими є фактори довкілля та генетична

схильність (30-70%). На сьогодні відомі гени ЦД 2-го типу, серед яких: *PPRG*, *KCNJ11*, *KCNQ1*, *TCF7L12*, *PIGR*, *SLC12A3*, *ELMO1*. Деякі із генів схильності до ЦД 2-го типу мають плеiotропну дію. Наприклад, ген *KCNQ1* також впливає на тривалість інтервалу Q-T на ЕКГ, подовження якого викликає шлуночкову екстрасистолію та раптову серцеву смерть [6, с. 632, 639].

Серед безлічі факторів зовнішнього середовища, що впливають на тривалість життя, важливе значення має раціональне харчування [10, с. 42]. Показано, що тривалість життя у тварин можна регулювати за допомогою кількості та якості їжі. У той же час, дворазове зменшення калорійності раціону в літньому віці приводить до скорочення захворюваності і смертності вдвічі. Раціоналізація дієти повинна досягатися, насамперед, зменшенням калорійності їжі після 60 років на 10% з кожним десятиліттям, що здійснюється зниженням у раціоні продуктів з високою калорійністю (тварини жири, жирні сорти м'яса, сметана).

З віком необхідно збільшувати частку рослинних жирів при одночасному зменшенні жирів тваринного походження. Корисний прийом двох столових ложок кукурудзяної чи маслинової олії на добу. Варто обмежити вживання рафінованого цукру, краще замінити його медом. Останній, на відміну від цукру, не вимагає для свого засвоєння спеціальних ферментів, активність яких часто знижена в літньому віці. З метою профілактики зменшення темпів розсмоктування кісткової тканини, з віком варто вживати в їжу продукти, які багаті кальцієм (молоко, сир, сир). Корисне включення у раціон продуктів, які багаті харчовими волокнами у вигляді пшеничних висівків, люцерни, морських водоростей. Їжа літньої людини повинна включати достатньо вітамінів (свіжі овочі, фрукти), солей калію (сир, сухофрукти, гарбуз, ягоди, мед).

Концепція способу життя – це усталена система форм і видів діяльності, повсякденної поведінки і стосунків між людьми при певних умовах зовнішнього середовища, пов'язаних із здоров'ям. Науковцями виявлено тісний зв'язок між способом життя і станом здоров'я літніх і старих людей [11, с. 34].

Загальновідомо, що одні люди зберігають до глибокої старості фізичну активність, бадьорість, зовнішню молодість, веселий настрій та оптимізм. Інші ж похмурі, бездіяльні, вічно невдоволені собою та оточуючими. Вивчаючи спосіб життя у попередні роки, майже всі дослідники пересвідчуються, що подібні відмінності між цими людьми існували і раніше, в старості вони просто стали більш помітними.

Окремі вчені стверджують, що на темп старіння активний спосіб життя не здійснює безпосереднього впливу, але фізичні можливості людей, які ведуть пасивний, малорухомий спосіб життя, набагато менші, ніж у їхніх ровесників, активних та діяльних.

Однак останні дослідження довели, що рівень фізичної активності безпосередньо впливає на швидкість старіння організму людини. Люди, що ведуть сидячий спосіб життя, старіють у середньому на десять років раніше, ніж їх більш активні ровесники, стверджують вчені Великої Британії. У Королівському коледжі Великої Британії були проведені дослідження за

участю 2400 пар близнюків [12, с. 23-24]. Учасникам потрібно було заповнити спеціальні анкети, де вказати: як часто вони займаються спортом, скільки проходять пішки і як багато часу витрачають на перегляд телевізора або лежання на дивані? Крім цього, в опитуваних проводили дослідження каріотипу. Вчені з'ясували, що довжина кільцевих хромосом зменшується при кожному наступному поділі клітини, і, що найважливіше, відповідає за швидкість старіння організму. Дослідники дійшли висновку, що у тих учасників дослідження, які займалися спортом менше, ніж 16 хвилин на тиждень, довжина хромосом коротша, ніж у тих, хто жив активно, витрачаючи на спорт близько 199 хвилин. У менш рухливих людей на 10 років раніше з'являються перші ознаки старіння. Отже, вчені ще раз підтвердили, що рівень фізичної активності прямо впливає на стан організму та його старіння.

Учені припустили, що організм фізично неактивних людей більш чутливий до запалення й ушкодження клітин під впливом кисню. У той час фізична активність допомагає справлятися зі стресами.

Отже, старіння наближається до людини двома шляхами: через фізіологічне ослаблення організму та зменшення кола інтересів, яке викликається внаслідок змін психіки.

На думку деяких геронтологів психічне вмирання прискорює фізіологічне, тому люди, яким вдалося довго зберегти психічну активність, продовжують свої зрілі роки та роки ранньої старості. Кожна людина сама вибирає та виробляє свій власний спосіб старіння. Одним із основних завдань медичного обслуговування літніх та старих людей поряд із лікуванням захворювань медичними засобами є підтримка їх життєдіяльності у сім'ї та суспільстві.

Отже, успішність та адаптивність старіння визначається тим, наскільки людина виявляється підготовленою до вступу у нову фазу свого життя, до специфічних для старості важких ситуацій, прийняття свого нового місця в суспільстві та зміни соціального статусу.

До факторів ризику передчасного старіння відносять також гіподинамію, часті і тривалі стресові ситуації, наявність хронічних захворювань, шкідливі звички, нераціональне харчування, генетичні фактори (коротка тривалість життя у батьків). Перелік вищевказаних чинників визначає основні шляхи попередження передчасного старіння та збільшення тривалості життя.

Таким чином, довголіття людини чітко залежить від способу життя особистості, факторів довкілля та генотипу. Серед фізичних та хімічних мутагенів є канцерогени та тератогени, які спричиняють соматичні та генеративні мутації, наслідками яких є онкологічні та спадкові хвороби, які вкорочують тривалість життя. Важливим є вивчення поліморфізму генів, які кодують мультифакторіальні захворювання. Змінюючи умови зовнішнього середовища, можна запобігти розвитку спадкової схильності до патології та подовжити вік людини.

Список використаних джерел

1. Фролькіс В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. – Л.: Наука, 1988. – 239 с.
2. Котляренко Л.Т. та ін. Вплив екологічних та генетичних факторів на довголіття людини // Довкілля і здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. (27-28 квітня 2017, м. Тернопіль). – Тернопіль, 2017. – С. 186-187.
3. Піскун І.П., Кіт Ю.В. Безпека життєдіяльності (Психофізіологічні аспекти): навч. посіб. – Львів: «Афіша», 2000. – 239 с.
4. Бігуняк Т.В. Вплив фізичних і хімічних мутагенів на організм людини // Довкілля і здоров'я: Матер. наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2013. – С. 14-15.
5. Сабадишин Р.О., Бухальська С.Є. Медична біологія. – Вінниця: Нова Книга, 2008. – 368 с.
6. Бочков Н.П., Гинтера Е.К., Пузырева В.П. Наследственные болезни: национальное руководство / под ред. Н.П. Бочкова, – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 936 с.
7. Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders. [Electronic resource] – Access mode: http://www.omim.org/search/?index=entry&search=atherosclerosi&sort=score+desc%2C+prefix_sort+desc&start=1&limit=10
8. Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Теломеры и хроническая сердечная недостаточность // Кардиология (Kardiologia) – 2014. – № 4. – С. 60-67.
9. Гласс Дж. Жить до 180 лет: Пер. с англ. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 93 с.
10. Альперович Д.Д. Социальная геронтология / Ростов-н/Д., 1997. – 92 с.
11. Соціологія: Підр. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. В.Г. Городяненка. – К.: Вид. центр «Академія», 2000. – 311 с.
12. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. – Владивосток: Изд. Дальневост. ун-та, 2003. – 207 с.

ПАСИВНЕ КУРІННЯ: ВІД ІНДИВІДУАЛЬНОГО ДО СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ

(*Kim Л. Я, Наливайко Н. В.*)

Тютюнопаління – надзвичайно поширена шкідлива звичка. У світі від неї потерпає близько 1,3 млрд людей [5, с. 8]. За даними МОЗ України, за останні 7 років відбулося зменшення кількості активних курців та, незважаючи на це, чисельність їх залишається досить значною і становить, за даними звіту Держстату України, без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції – 6,2 млн осіб [10, с. 100]. Велике занепокоєння викликає постійне збільшення кількості таких курців серед молодого населення, особливо дівчат, і омоложення першої спроби вживання тютюну: у більшості випадків – до 18 років, у чверті з них – до 10 років [8, с. 113; 9, с. 27; 13, с. 93], адже це неодмінно позначиться на здоров'ї майбутніх поколінь.

Ураховуючи факт, що куріння є чинником ризику виникнення більш ніж 25 хвороб, що становлять майже 75% у структурі причин передчасної смертності населення, можна впевнено сказати, що проблема тютюнопаління вже давно перейшла з рангу суто медичної проблеми у соціальну і набула масштабу епідемії [4, с. 262]. Щорічно у світі від наслідків безпосереднього

споживання тютюну помирає майже 6 млн людей. За невтішними прогнозами фахівців ВООЗ, за збереження існуючих тенденцій, до 2030 року тютюн щороку забиратиме життя більше 8 млн людей в цілому світі. Якщо негайно не вжити заходів щодо запобігання розповсюдженню цієї згубної звички, то впродовж ХХІ-го століття тютюн може вбити мільярд людей, а то й більше [6, с. 8].

За даними Світового Банку [14], вживання тютюну є значною перешкодою для розвитку по всьому світу. Пов'язані з курінням хвороби створюють тяжкий економічний тягар для країн і коштують мільярди доларів щороку через втрату продуктивності праці, передчасні смерті досвідчених працівників і більш високі витрати на охорону здоров'я, створюючи цим величезну економічну проблему для країн по всьому світу.

Тютюнопаління негативно впливає на стан здоров'я не лише осіб, які курять самі, а й на осіб, які перебувають поруч з ними, так званих «пасивних курців», які вдихають дим із навколишнього середовища [1, с. 1; 7, с. 160; 8, с. 114]. Доведено, що 25% шкідливих речовин тютюнового диму надходить у легені курця, 5% залишається в недопалку, 20% згорає, а 50 % токсичних речовин надходить у повітря. Встановлено, що тютюновий дим у разі пасивного паління більш агресивний, ніж у разі активного. Пасивний курець у задимленому приміщенні вдихає за 1 годину стільки ж нікотину, скільки активний курець, викурюючи 2-4 сигарети. У приміщенні, в якому повітря забруднене тютюновим димом, в організмі пасивного курця кількість окису вуглецю через 1 годину збільшується удвічі. Крім цього, в легенях осідає велика кількість сажі. Концентрація нікотину в крові збільшується протягом 1,5 години у 8 разів. За набором шкідливих для здоров'я речовин тютюновий дим можна порівняти з вихлопними газами несправного автомобіля [2, с. 29]. Сукупний вплив тютюнового диму і токсичних речовин із навколишнього середовища, особливо на робочому місці, значно збільшують тягар негативних наслідків, які можна було б очікувати від цих небезпек, взятих окремо [8, с. 115]. Чисельні дослідження, проведені в різних країнах світу, підтверджують зв'язок пасивного куріння зі збільшенням кількості звертань по медичну допомогу та госпіталізацію на 20-30% [13, с. 93].

За даними ВООЗ [5, с. 15], через перебування під впливом вторинного тютюнового диму щороку гине більше 600 тис. осіб по всьому світу. З огляду на це, можна з впевненістю сказати, що пасивне куріння так само, як і активне куріння, є однією з найважливіших соціальних проблем сьогодення, а тому, вивчення поширеності цього небезпечного явища має вкрай важливе значення для обґрунтування заходів його профілактики.

За даними, представленими у другому національному звіті [9, с. 34], в Україні протягом останніх років, завдяки втіленню заходів контролю над тютюном, відбулося зменшення кількості населення країни, яке перебуває під впливом тютюнового диму та, незважаючи на це, залишається ще дуже вагомою. Зокрема, частка тих, хто піддавався пасивному курінню щодня або майже щодня, становить 33%, а тих, хто майже ніколи або рідко – 48%.

У чому ж проблема? Адже більшість людей знає про небезпеку, яку становить тютюновий дим для здоров'я людини [11, с. 96]. Щоб з'ясувати причину цього, нами було проведено анонімне соціологічне опитування 516 студентів Львівського національного університету імені Івана Франка віком 18-20 років. Спеціально розроблена нами анкета містила питання, які стосувалися вивчення поширеності пасивного куріння у студентському середовищі, особистого ставлення студентів до цього негативного явища, їхньої обізнаності у негативних наслідках пасивного тютюнопаління на здоров'я людини тощо.

Результати проведеного нами соціологічного опитування свідчать, що сьогодні під вплив тютюнового диму потрапляє практично кожна молода людина, принаймні кілька разів на тиждень (40,08%) або й кілька разів упродовж дня (31,24%). Частка тих, хто дуже рідко піддається пасивному курінню (поодинокі випадки упродовж року) становить 17,49%. Отримані результати близькі до результатів, представлених у другому національному звіті 2014 року [9, с. 34], і засвідчують поступове зменшення перебування населення під впливом тютюнового диму.

Установлено також, що найчастіше молодим людям доводиться дихати чужим тютюновим димом на вулиці, зокрема на зупинках громадського транспорту (55,34%), у компанії друзів чи знайомих (36,12%), і навіть у навчальному закладі (22, 72%). Останнє, зокрема, не свідчить про те, що ВНЗ порушує закон. Респонденти могли звернути увагу на факти паління тютюну на вулиці, на прилеглий до навчального закладу території, поблизу навчальних корпусів, у процесі переходу між корпусами або у деяких інших місцях, в яких чинне законодавство не забороняє цього робити. Проте, зауважимо, що незважаючи на наявність заборони куріння на території поблизу навчального закладу, такі випадки все ж трапляються.

Частина респондентів повідомили також про факти пасивного куріння у закладах харчування, зокрема, кафе (2,14%) і розважальних закладах (дискотеках, клубах) – 9,32%. Усе це вказує на потребу більш ефективного забезпечення дотримання заборони куріння у громадських місцях, а то й запровадження додаткових суворіших обмежень. Частка респондентів, які зазнають впливу тютюнового диму у себе вдома становить 7,6% і залежить переважно від позиції сім'ї, чи дозволено курити в оселі.

Чисельними науковими дослідженнями доведено, що безпечною рівню вдихання тютюнового диму не існує [1, с. 85; 7, с. 158; 8, с. 118; 9, с. 36]. Це й підтверджують результати проведеного нами соціологічного опитування (рис. 1).

Важливим завданням у ході дослідження було вивчення рівня знань студентства про шкідливість тютюнового диму для організму людини, ставлення студентів до проблем пасивного паління та підходів до їхнього вирішення.

На запитання «Ваші дії, якщо друзі закурять у вашій присутності?» майже третина респондентів відповіли, що будуть терпіти (26,79%), трохи

менше – мовчки вийдуть (24,95%), або 23,30% респондентів зроблять зауваження щодо шкідливості тютюнопаління і вийдуть (рис. 2).

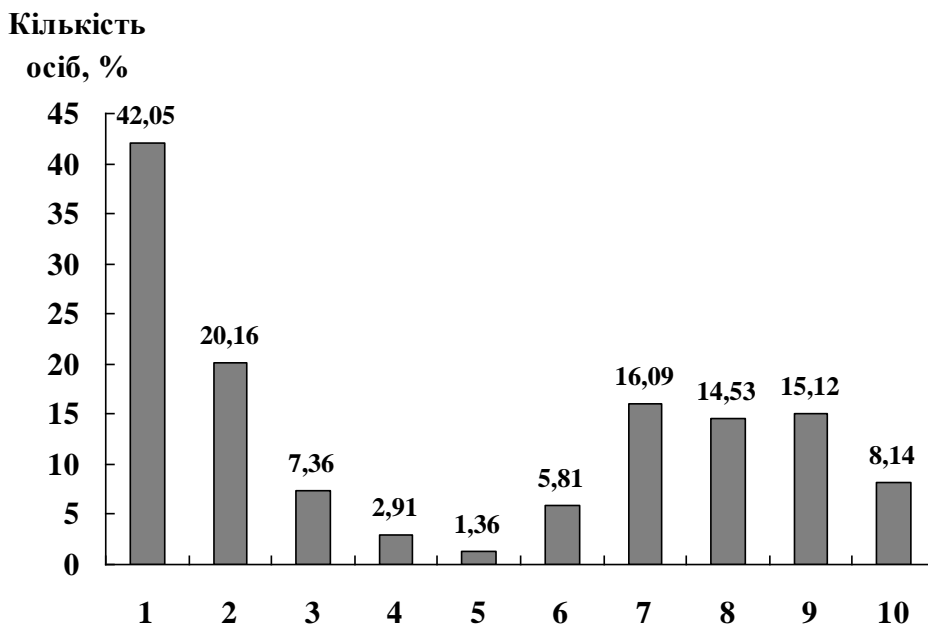


Рис. 1. Прояви впливу тютюнового диму на стан здоров'я студентів
 1 – кашель; 2 - сухість у горлі, першіння; 3 – чхання; 4 - свистяче дихання; 5 - приплив крові до грудей; 6 – слабкість; 7 - подразнення очей (сльозотеча, печіння); 8 – нудота; 9 – біль голови; 10- запаморочення

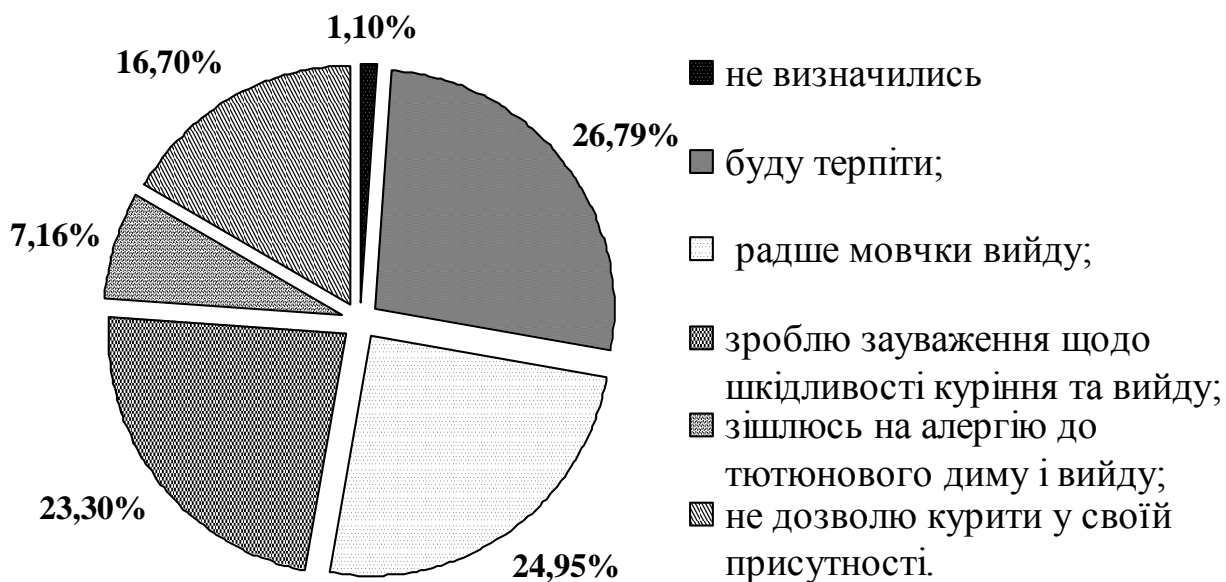


Рис. 2. Реакція студентів на закурювання цигарок у їхній присутності

Серед причин доволі частого перебування молоді у середовищі, в якому палять, переважають «за компанію» (43,57 %), не мають вибору (30,12 %), та 11, 65 % респондентів самі курять (рис. 3).

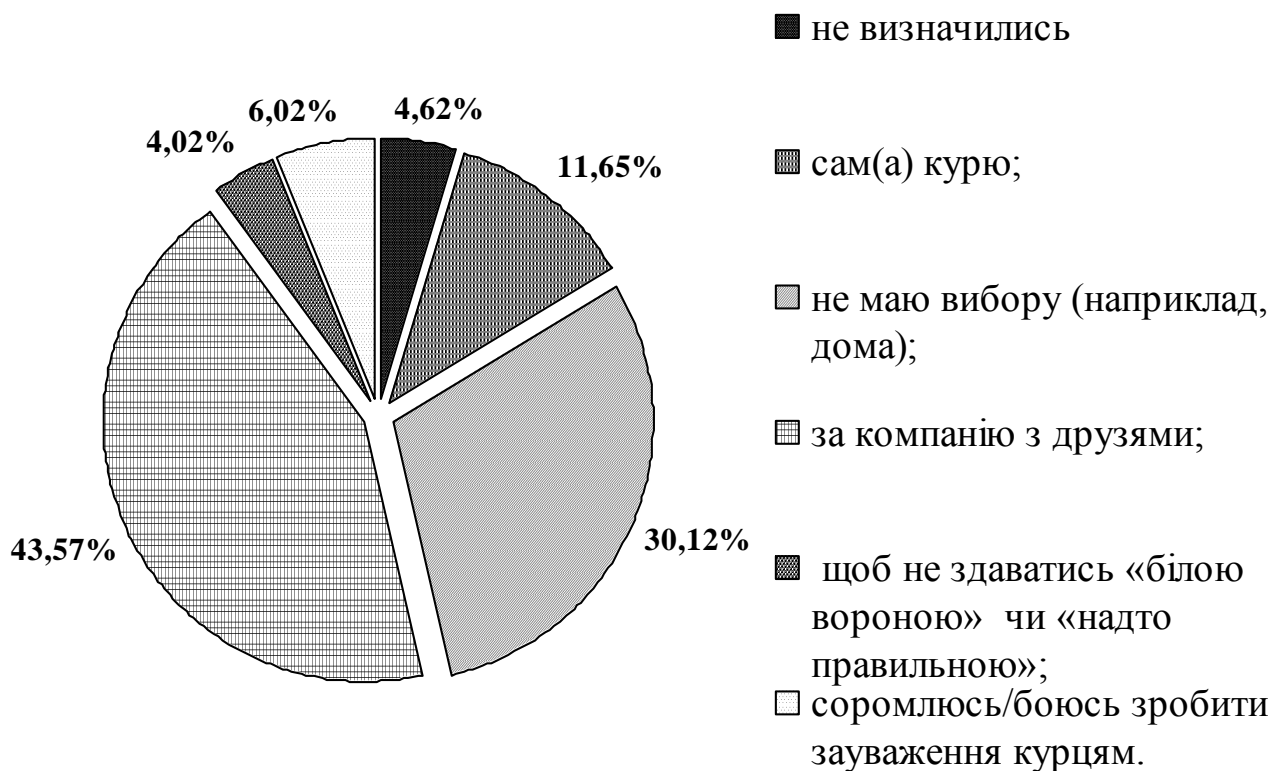


Рис. 3. Причина перебування студентів у середовищі курців

Щоб з'ясувати чи свідомо молоді люди наражаються на небезпеку, яку несе тютюновий дим для здоров'я людини, і піддаються його впливу, було проведено опитування студентів, щодо поінформованості їх у цьому питанні. Виявлено, що більше половини опитаних респондентів вважає, що пасивне куріння – це вдихання диму від цигарок за умови перебування поруч з курцями (62,06 %), 37,35 % – що це вдихання диму, який видихає курець під час куріння і лише 5,06 % погоджується з тим, що це вдихання повітря, в якому наявні компоненти тютюнового диму, які виділяються в середовище з просякнутих ними речей, а отже, не вважають останній небезпечним.

Загалом, молодь вважає, що пасивне куріння є таким ж небезпечним, як і активне куріння (45,24 %). 32,04 % респондентів впевнені, що воно є небезпечніше, за активне, і 22,91 % – визнає активне куріння небезпечнішим за пасивне куріння. Оцінюючи небезпеку пасивного куріння за 5-ти бальною шкалою, 52,71 % респондентів оцінили його як небезпечне, 24,22 % – помірно небезпечне, 16,86 % – особливо небезпечне, 4,84 % – мало небезпечне, 1,36 % – безпечне.

Результати аналізу проведеного соціологічного дослідження засвідчили, що студенти мало що знають про склад тютюнового диму, незважаючи на те, що він містить сотні шкідливих і небезпечних речовин, та дію, яку вони чинять на організм людини [8, с. 15; 12, с. 57]. Зокрема, нікотин, як одну із складових тютюнового диму, назвали – 36,03 % респондентів, смолу – 28,29 %, 2 % – інші компоненти (миш'як, монооксид вуглецю, важкі метали), 34,5 % – узагалі не знають складників тютюнового диму.

На думку студентів, основна дія тютюнового диму на організм людини виявляється у забрудненні ним легень (60,08%). На отруйні властивості тютюнового диму вказали – 33,72% респондентів, на канцерогенні – 28,68 %, подразнюючі – 12,40%.

Щодо негативних наслідків, які пасивне куріння може мати на стан здоров'я людини, 82,36% респондентів назвали респіраторні, 66,87% – серцево-судинні захворювання, вади внутрішньоутробного розвитку дитини – 55,04%, безпліддя – 48,45%, карієс – 44,38%, неврологічні захворювання – 27,91% респондентів. Приблизно 13,5% студентів відповіли, що регулярне вдихання тютюнового диму може стати причиною виникнення шлунково-кишкових захворювань, а також спровокувати раптову смерть пасивного курця. Лише 2% опитаних не змогли дати відповіді з цього приводу. Загалом, можна впевнено сказати, що протягом останніх років поінформованість населення про небезпеки пов'язані з тютюном значно підвищилася [11, с. 96]. Цьому, серед іншого, сприяло запровадження великих та різноманітних попереджень на пачках сигарет, почастищення висвітлювання проблем тютюнопаління у засобах масової інформації, пропаганда здорового способу життя.

У ході опитування нами встановлено, що до вразливої категорії пасивних курців 21,12% респондентів віднесли жінок і тільки 2,71% – чоловіків. Проте найбільш вразливими, на думку студентства, до тютюнового диму є діти (89,34%). Це й не дивно, адже вони є залежні від батьків і найчастіше, внаслідок їхнього байдужого ставлення до власного здоров'я і здоров'я своїх дітей, мимовільно потрапляють під вплив тютюнового диму. Дослідження, здійснене в США в 1997 р., доводить, що пасивне куріння дітей щорічно зумовлює 500 тис. додаткових візитів до педіатра з приводу астми, 1,3 млн. візитів із приводу кашлю, більш ніж 115 тис. випадків пневмонії, 14 тис. випадків тонзилектомій та аденоїдектомій, 260 тис. випадків бронхіту, 2 млн випадків гострого середнього отиту [13, с. 94].

Незважаючи на те, що практично усі опитані (94%) вважають, що курці повинні запитувати дозволу закурити у присутності інших, 55,62% респондентів стверджує, що курці цього не роблять, а на прохання утриматись від куріння у своїй присутності, переважно відходять неподалік і закурюють. Лише 20,54% курців утримується від куріння тютюну у присутності інших людей. 12,02% респондентів були свідками, коли курці навіть ігнорували прохання оточуючих і закурювали у їхній присутності, наражаючи їх на небезпеку.

На думку студентства, пасивне куріння є широко поширеним явищем через: 1) нехтування власним здоров'ям та здоров'ям оточуючих (58,72%); 2) відсутність «культури паління» (53,29%); 3) нехтування існуючим законодавством про заборону куріння в громадських місцях, захист прав тих, хто не палить (43,60%); 4) необізнаність людей про шкідливий вплив тютюнового диму на здоров'я людини (40,31%); 5) недостатньою участю педагогічного і медичного персоналу у заходах направлених на

профілактику пасивного куріння (13,95%); б) наявність завуальованої реклами у кіно, рекламних роликах, журналах тощо (13,95%).

При цьому, значна частина респондентів зауважила, що основним джерелом інформації щодо шкідливого впливу тютюнового диму на стан здоров'я людини, були: педагоги (63,18%) і батьки (52,13%). З огляду на це, виникає необхідність більш активного залучення батьків і педагогів у заходи напрямлені на профілактику пасивного куріння. Серед інших джерел респонденти назвали: інтернет-сторінки (47,67%), телебачення (36,63%), наукові публікації (21,71%), друзі (12,40%), радіо (6,59%).

Водночас, як свідчать результати опитування, засвоєння цієї інформації мало вимушений характер: через виховну бесіду батьків, педагогів, на заняттях у різних навчальних закладах. Так, інформацією щодо шкоди пасивного куріння самостійно цікавились коли-небудь 82% опитаних респондентів, однак лише половина з них виявила бажання поглибити їх під час навчання у нашому навчальному закладі.

Більшість опитаних (98%) негативно ставиться як до активного, так і до пасивного тютюнопаління і підтримує заборону паління тютюну у громадських місцях з метою захисту здоров'я людей, які не мають цієї згубної звички.

Таким чином, з вищенаведеного можна зробити наступні висновки: 1) пасивне куріння є широко поширеним явищем серед студентства; 2) найчастіше молодь піддається шкідливому впливу тютюнового диму на зупинках громадського транспорту, перебуваючи у компанії друзів і, навіть, у навчальному закладі; 3) незважаючи на те, що значна частина студентства не знає основних складових тютюнового диму, вона достатньо добре обізнана у небезпеці, яку він несе для здоров'я, проте, свідомо нехтує ним; 4) байдуже ставлення молоді до власного здоров'я насамперед пов'язане з низкою соціальних і психологічних факторів, зокрема прагнення «виглядати не гірше за інших», «надто правильними», не бути «білою вороною», «влитись» у колектив стає пріоритетнішим за збереження власного здоров'я; 5) формування здорового способу життя у майбутніх фахівців в галузі освіти потребує включення до навчальних програм питань з проблем тютюнопаління, а також посилення профілактичної роботи серед студентів і посилення мотиваційної компоненти щодо збереження і підтримання власного здоров'я.

Список використаних джерел

1. Вплив пасивного паління й продуктів тютюну на розвиток синдрому раптової дитячої смерті / І.Б. Єршова, Т.Ф. Осипова, Л.М. Осичнюк та ін. // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13. – С. 85–86.
2. Грузева О.В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 27–31.
3. Грузева О.В. Сучасна інформаційно-освітня програма профілактики куріння серед підлітків // Соціальна медицина. – 2010. – № 1. – С. 20-27.
4. Динаміка поширеності тютюнопаління серед підлітків (за результатами Глобального опитування підлітків 2005 і 2011 років) / О.В. Добрянська, Н.С. Полька, О.В. Бердник та ін. // Гігієна населених місць. – 2012. – № 59. – С. 262–266.

5. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008: Комплекс мер MPOWER. – Женева: ВОЗ, 2008. – 72 с.
6. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2011: Предупреждение об опасностях, связанных с табаком. – Женева: ВОЗ, 2011. – 164 с.
7. Зінченко Н.О. Черниченко І.О., Литвиченко О.М. Роль пассивного куріння у формуванні канцерогенного ризику // Гігієна населених місць. – 2011. – № 57. – С. 157–161.
8. Зубченко С.О. Тютюнокуріння: вплив на здоров'я молоді // АМЛ. – 2011. – XV (1). – С. 112–120.
9. Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт / К.С. Красовський, Т.І. Андрєєва, А.А. Григоренко та ін. – К.: МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ, 2014. – 128 с.
10. Красовський К.С. Аналіз політики щодо тютюнових акцизів в Україні у 2013–2016 роках з точки зору охорони здоров'я // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2. – С. 100–107.
11. Красовський К.С., Андрєєва Т.І., Григоренко А.А. Ставлення населення України до реалізації основних стратегій подолання тютюнової епідемії // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 91–98.
12. Пікас О.Б. Біомеханізм дії компонентів цигаркового диму на стан органів дихання // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2006. – № 2. – С. 57–62.
13. Тяжка О.В., Ванханова Т.О. Пасивне куріння дітей раннього віку // Медицина транспорту України. – 2012. – № 1. – С. 93–99.
14. Global Tobacco Control: A Development Priority for the World Bank Group / World Bank. – 20 July 2016 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/tobacco>. – Title from screen.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА МЕТОДИ ЙОГО ЗБЕРЕЖЕННЯ

(Голованова І. А., Ляхова Н. О., Шарбенко Т. В.)

Здоров'я людини можна описати з використанням значимих понятійних ознак, таких як: повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя; гармонійний розвиток організму, відсутність хвороби; рівновагу організму і середовища; нормальний стан організму; здатність до повноцінного виконання функцій; адаптивність - здатність пристосовуватися до динамічних умов навколишнього середовища; життєздатність як інтегральний показник життєдіяльності, тобто здійснення біологічних та соціальних функцій. Всі ці аспекти можна застосувати також і для визначення стану щелепно-лищевої ділянки людини – стоматологічного здоров'я.

Термін «стоматологічне здоров'я» з'явився відносно недавно, але досить широко застосовується як організаторами охорони здоров'я і науковцями, так і практичними лікарями.

Найвищою інстанцією, яка визнає і застосовує термін «стоматологічне здоров'я», є ВООЗ, яка приділяє значну увагу проблемам захворюваності органів порожнини рота та щелепно-лищевої ділянки. ВООЗ проголошує, що стоматологічне здоров'я (*oralhealth*) є значущою і обов'язковою складовою соціальної медицини та організації охорони здоров'я. У 1988 році ВООЗ запропонувала Європейські цілі досягнення стоматологічного здоров'я, як

орієнтир для розробки і впровадження заходів з профілактики найбільш поширених захворювань твердих тканин зубів, тканин пародонту, слизової оболонки порожнини рота, зубощелепних аномалій та деформацій, запальних і неопластичних процесів м'яких тканин обличчя і щелепно-лицевої ділянки.

Основними інтегрованими показниками, які відображають стан стоматологічного здоров'я населення, є: європейські цілі, визначені ВООЗ (1987) до 2010 року; глобальні цілі в галузі стоматологічного здоров'я до 2020 року, визначені в Заяві ВООЗ та FDI (18 вересня 2003 року) [1]; завдання, визначені в Програмі стоматологічного здоров'я ВООЗ (2004).

Європейські цілі стосовно стоматологічного здоров'я, визначені ВООЗ (1987) до 2010 року передбачають, що: 80% шестирічних дітей будуть вільними від карієсу; інтенсивність карієсу зубів у дітей дванадцятирічного віку не перевищить 1,5; у дітей і підлітків до вісімнадцяти років не буде видалених зубів з приводу карієсу; більш ніж 99% населення віком 35-44 років збереже не менше 20 функціонуючих зубів; кількість беззубих пацієнтів віком 65 років і старше зменшиться до 20%; буде існувати ефективна інформаційна система, що ґрунтується на статистично достовірних даних і дає можливість їх співставлення на міждержавному рівні за єдиними параметрами ВООЗ.

Глобальні цілі, визначені ВООЗ і FDI (2003) до 2020 року, передбачають [1]: сприяння стоматологічному здоров'ю і мінімізацію впливу захворювань стоматологічного та щелепно-лицевого походження на загальне здоров'я і психосоціальний розвиток, зосереджуючи сили на популяризації стоматологічного здоров'я серед населення, яке в найбільшій мірі страждає від вказаних станів і захворювань; мінімізувати вплив стоматологічних і щелепно-лицевих проявів загальних захворювань окремих осіб і суспільства в цілому, використовуючи ці прояви для ранньої діагностики, профілактики і ефективного лікування системних захворювань.

Завдання, визначені в Програмі стоматологічного здоров'я ВООЗ (2004) включають: впровадження системи моніторингу за всіма аспектами здоров'я населення; виокремлення і поглиблене вивчення найбільш поширених захворювань; адаптоване впровадження алгоритмів профілактики, діагностики і лікування, що базуються на доказовій медицині; розробка власних (у кожній державі) алгоритмів профілактики з урахуванням регіональних профілів ризику [1].

Численні науковці, які займаються вивченням різних аспектів та показників стоматологічного здоров'я, пропонують свої визначення цього терміну з різних точок зору (клінічної, організаційної, науково-практичної, з точки зору якості життя тощо) та методичні підходи до його вивчення.

Ю. Чижов, А. Цімбалістов, О. Новіков у своїй роботі дають таке визначення: «Стоматологічне здоров'я - це стан щелепно-лицевої ділянки, що характеризується відсутністю патологічних змін і естетичних недоліків, з повним збереженням функції жування й мови» [9, 53 с.].

Вельми повну характеристику стоматологічного здоров'я дав Ю. Образцов, який визначив його як «сукупність естетичних, клінічних,

морфологічних і функціональних критеріїв зубощелепної системи, що забезпечують психологічний, емоційний, соціальний і фізичний добробут людини». Ю. Образцов пропонує в методології вивчення стоматологічного здоров'я передбачати виділення трьох різних станів – здоров'я, хвороби і передхвороби, а також факторів, що впливають на виникнення цих станів - факторів ризику. Він дає визначення факторів ризику стоматологічного здоров'я як потенційно небезпечних факторів поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, що підвищує ймовірність розвитку захворювань щелепно-лицевої ділянки, їх прогресування та несприятливого результату. При описі стоматологічного здоров'я людини, групи, суспільства в цілому він пропонує використовувати комплекс якісних та кількісних характеристик, що застосовуються в сучасній стоматології [5, с. 41-43].

Н. Савичук пропонує структурувати термін, виділивши детермінанти і рівні стоматологічного здоров'я. На думку автора, під детермінантами треба розуміти біологічні, соціальні, економічні та екологічні чинники, що впливають на стан здоров'я порожнини рота. Вони можуть впливати на різних рівнях: біологічному, груповому, сімейному та індивідуальному і визначати умови та спосіб життя, поведінку, звички і навички. Роль і значимість кожної детермінанти може бути описана з використанням якісних та кількісних характеристик і вивчена на кожному з рівнів [7, с. 7-10].

О. Проценко в своїх публікаціях вказує на те, що стан органів порожнини рота, який отримав назву «стоматологічне здоров'я», є найважливішою складовою частиною загального здоров'я і одним з індикаторів якості життя. Вона звертає увагу на те, що на підставі цього терміна, в свою чергу, вже формуються нові показники, наприклад, стоматологічні компоненти якості життя [6, с. 150-155].

Уперше концепція «Здорові зуби і якість життя», що встановлює зв'язок між станом зубощелепної системи і якістю життя, була розроблена В. Леонтьєвим. Функціональне призначення зубів в забезпеченні якості життя автор розглядає в 3 аспектах: - здорові зуби - головний чинник, що забезпечує якість харчування людини; - здорові зуби як фактор, що робить істотний вплив на естетику особи; - здорові зуби як символ благополуччя населення [3, с. 48]. Надалі була додана ще одна важлива роль зубів: вони - важливий атрибут повноцінної мови, активного вербального спілкування, комунікабельності в будь-якому віці, а отже, повноцінності психіки і поведінкових реакцій.

До основних методів, які дозволяють покращити та зберегти стоматологічне здоров'я, можна віднести: профілактику стоматологічних захворювань та санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

Профілактика — це система державних, соціальних, медичних, гігієнічних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я і запобігання розвитку хвороби.

Система державних профілактичних заходів є безперечно найважливішою. Вона спрямована на охорону навколишнього середовища,

охорону здоров'я матері і дитини. Реалізація державної системи заходів з охорони здоров'я спрямована насамперед на антенатальну профілактику хвороб, формування і розвиток здорової дитини.

Система соціальних заходів, спрямованих на профілактику карієсу, пов'язана із забезпеченням здорового способу життя — дотримання раціонального режиму праці та відпочинку, науково обґрунтованих норм харчування та особистої гігієни.

Медичні заходи щодо профілактики карієсу спрямовані на розробку і впровадження етіологічне і патогенетичне обґрунтованих засобів і методів впливу на організм та органи ротової порожнини з метою підвищення їх стійкості до карієсу, а також на зниження карієсогенності несприятливих чинників ротової порожнини.

До гігієнічно-виховних заходів щодо профілактики карієсу належать гігієнічне виховання населення з питань стоматології, поширення знань про здоровий спосіб життя, прищеплення навичок з догляду за органами ротової порожнини і утримування їх здоровими.

У системі профілактики стоматологічних захворювань в Україні існують такі рівні: I. первинна профілактика захворювань, яка покликана охороняти непорушене здоров'я і має як загальнооздоровчий характер — дотримання здорового способу життя, харчування тощо, так і цільове призначення — виявлення та усунення факторів ризику розвитку стоматологічних хвороб; II - вторинна профілактика покликана запобігати розвитку ускладнень захворювань, їх повторній появі. Її основний захід — санація порожнини рота, тобто планова система лікування зубів та інших органів порожнини рота, регулярне проведення оглядів кратністю 2 рази на рік; III - третинна профілактика спрямована на відновлення втрачених унаслідок ускладнень захворювання функцій та усунення ускладнень, що виникли від даного захворювання. Цим займаються хірурги і ортопеди-стоматологи.

Вторинна та третинна профілактика мають здійснюватися лікарями-стоматологами різних спеціальностей, але первинна профілактика — це загальна справа і лікарів-стоматологів, і лікарів-педіатрів, і сімейних лікарів.

Методи профілактики основних стоматологічних захворювань поділяються на три групи: комунальні методи (фторування води, солі і молока, що вживаються людьми в їжу щодня); групові методи (в дитячих садках, школах, жіночих консультаціях, профілактична робота в колективах на підприємствах, що несе знання про особисту гігієну, правильне харчування, корисні і шкідливі звички, необхідність огляду порожнини рота); індивідуальні методи (призначаються і проводяться індивідуально відповідно до виявлених особливостей здоров'я організму і зубощелепної системи).

Профілактика — це не тільки медична, але й соціальна, особиста справа кожної людини, в якій найважливішу роль відіграють гігієнічні аспекти. Головний профілактичний захід, який має проводитися у всіх без винятку людей, — це дотримання гігієни порожнини рота [4, с. 133].

Санітарна просвіта — система поширення санітарно-гігієнічних та

медичних знань і навичок з метою оздоровлення праці й побуту, збереження здоров'я, працездатності та довголіття людини.

Методи санітарної просвіти підрозділяються за видом передачі інформації на методи індивідуального впливу, впливу на групу осіб, масового впливу. За видами використовуваної пропаганди розрізняють методи усної (бесіди, доповіді, дискусії), друковані (плакати, брошури, листівки, лозунги) та образотворчих (виставки, санітарні бюлетені тощо) пропаганди.

Метод індивідуального впливу полягає в санітарно-просвітницькому впливі на індивідуума (хворого або його родича). Груповий метод полягає в дії різних статевих, вікових та професійних груп населення. Цей метод досить ефективний, тому що група однорідна за інтересами - є зворотній зв'язок. Метод масового впливу дозволяє впливати одночасно на велику кількість людей.

Санітарна просвіта носить державний характер і є обов'язком усіх медичних працівників, вона повинно бути планомірною і організованою, відповідати сучасному стану науки. Санітарна просвіта має бути диференційованою в методичному відношенні в залежності від аудиторії.

Метою санітарної освіти є формування санітарної культури населення, що відповідає сучасним гігієнічним вимогам і рекомендаціям. Санітарна культура - це поінформованість населення в питаннях гігієни і в галузі охорони здоров'я. Важливо не тільки володіти достатньою сумою гігієнічних знань, а й реалізувати ці знання в своїй поведінці. Санітарна просвіта направлена на те, щоб отримані населенням гігієнічні знання знайшли своє практичне застосування.

Санітарна просвіта – обов'язковий захід діяльності кожного лікувально-профілактичного закладу, професійний обов'язок кожного медичного працівника. В даний час у всіх лікувально-профілактичних установах передбачена робота по санітарно-гігієнічного виховання населення [2, с. 10-13]. Адже саме поведінка людини, так званий особистісний чинник, відіграє головну роль в профілактиці захворювань та попередження ускладнень.

Нажаль, дуже часто санітарно-просвітня робота ведеться формально. Це відбувається через недооцінку медичними працівниками значення просвітницької роботи, через відсутність знань про організацію та методичні підходи до цієї роботи, що призводить до порушення основного принципу санітарної освіти - диференційованості і цілеспрямованості пропаганди. Основними напрямками санітарної освіти в поліклініці є залучення населення на медичні профілактичні огляди і санітарна освіта хворих і здорових, які перебувають під диспансерним наглядом. Санітарна просвіта серед здорових людей передбачає перш за все пропаганду здорового способу життя: гігієнічні поради щодо праці, відпочинку, харчування, занять фізкультурою і спортом, боротьби зі шкідливими звичками тощо. Для цієї мети використовуються лекції, індивідуальні бесіди, санітарні бюлетені тощо. Особливо важлива корекція гігієнічного поведінки здорових людей, що

мають певний ризик захворювань, так як це найважливіший момент первинної профілактики, формування настанови на здоровий спосіб життя.

Санітарна просвіта формує не тільки знання і погляди людини стосовно здоров'я, але і його спосіб життя. Формування здорового способу життя є обов'язком і фахівців із соціальної роботи. При цьому вони можуть використовувати ті ж методи і засоби санітарної освіти, що й медичні працівники. Необхідний тісний контакт медичних працівників і фахівців із соціальної роботи, співробітників санітарно-просвітніх установ, об'єднання їх спільних зусиль у справі формування високої санітарної культури населення та свідомого гігієнічного поведінки громадян.

Санітарна освіта з питань стоматологічної профілактики передує гігієнічному навчанню з догляду за ротовою порожниною і супроводжує його.

Основні принципи санітарно-освітньої роботи, сформульовані експертами ВООЗ, такі: всі профілактичні стоматологічні процедури повинні містити елементи навчання; необхідний інтегрований підхід до кожної вікової та соціальної груп людей; матеріал для прищеплення навичок повинен містити нову інформацію, привертати до себе увагу людей; стоматологічна санітарна освіта повинна бути частиною загальних програм санітарної освіти, тому що стоматологічне здоров'я залежить від загального стану організму, поведінки і звичок людини, а також від стану навколишнього середовища; інструкція із стоматологічної санітарної освіти повинна мати науковий характер.

Методи стоматологічної освіти - це бесіди, лекції, семінари, уроки здоров'я, ігри тощо. Лекцію або бесіду про карієс слід розпочати з викладення суті цього захворювання і його ускладнень. Необхідно висвітлити роль загального стану організму у виникненні карієсу, характеру харчування, оздоровчих заходів. Метою стоматологічної санітарної освіти і гігієнічного навчання населення є формування звички регулярно доглядати за ротовою порожниною. Досягнення цієї мети здійснюється через певні етапи: знання, розуміння, переконання, навик, звичка.

Розпочинати санітарно-освітню роботу з питань стоматологічної профілактики доцільно серед педагогів та медичних працівників дитячих закладів і шкіл. Після цього необхідно організувати зустріч з батьками з метою залучення їх до участі в програмах, спрямованих на поліпшення здоров'я дітей. Найважливішим етапом санітарно-освітньої роботи є безпосередня робота з дітьми. Уроки, бесіди з питань профілактики стоматологічних захворювань проводяться диференційовано, з урахуванням віку дітей.

Отже, стоматологічне здоров'я можна вважати самостійною соціально-медичною категорією у зв'язку з тим, що щелепно-лицьова система сама по собі здійснює виконання численних і вельми важливих біологічних і соціальних функцій, а також тісно пов'язана з іншими системами організму і його психологічним статусом і має для них велике значення [8].

Список використаних джерел

1. Європейські цілі стоматологічного здоров'я 2020 р. Електронний ресурс http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/3/art_45.htm
2. Кузічкін О. Забезпечення закладів охорони здоров'я санітарними бюлетенями та інформаційними стендами // Управління закладом охорони здоров'я. – 2015. – № 11. – С. 10–13.
3. Леонтьев В. К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология. - 2000. - № 5. - С. 48.
4. Ляхова Н. О., Філатова В. Л., Голованова І. А. Профілактика стоматологічних захворювань серед дитячого та дорослого населення України в практиці сімейного лікаря // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 1/2. – С. 132-135.
5. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология. - 2006. - № 4. С. 41-43.
6. Проценко А. С. Стоматологическое здоровье в системе жизненных ценностей современной молодежи // Сб. материалов 17 Международной научн.-практ. конф. «Система ценностей современного общества». - Новосибирск, 2011. - С. 150-155.
7. Савичук Н. О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья // Дентальные технологии. - 2010. - № 2. - С. 7-10.
8. Свистунова Е. Г., Проценко А. С., Абишев Р. Э. Медико-социальное содержание стоматологического здоровья и его место в системе общественного здравоохранения // XIV междунар. научн.-практ. конф. «Современная медицина: актуальные вопросы»: сб. ст. конф. - Новосибирск: СибАК, 2013. – С. 121-123.
9. Чижов Ю. В., Цимбалистов А. В., Новиков О. М. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста: Методическое пособие. - Красноярск, 2005. - 53 с.

РИЗИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОГО ШКОЛЯРА: ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ

(Годун Н.І., Миздренко О.М., Буц М.А., Харченко Н.А.)

Харчування є важливою фізіологічною потребою організму. Воно необхідне для побудови і безперервного оновлення клітин і тканин; надходження енергії, яка необхідна для забезпечення енергетичних затрат організму; надходження речовин, із яких в організмі утворюються ферменти, гормони, інші регулятори обмінних процесів та життєдіяльності. Обмін речовин, функція і структура всіх клітин, тканин і органів залежить від характеру харчування.

За даними вітчизняних і зарубіжних досліджень, більшість захворювань, що зустрічаються у населення різних країн, утворюються внаслідок неправильного підходу до питань харчування. Розвиток серйозних захворювань призводить до різних ускладнень, інвалідності, що впливає на тривалість життя та її якість [1].

Функціональні порушення органів травлення являють собою значну групу захворювань дитячого віку що має неоднозначне прогнозування. Порушення в харчуванні можуть призводити як до виражених форм прояву хвороб харчування, так і до погіршення показників фізичного і розумового розвитку, зниження опірності організму, збільшення захворюваності, зниження працездатності і скорочення тривалості життя.

За пропозицією ВООЗ, рекомендується розрізняти наступні 4 форми патологічних станів, пов'язаних з неправильним харчуванням: недоїдання – стан, обумовлений недостатнім за якістю і кількістю споживанням їжі протягом більш-менш тривалого часу; переїдання – стан, пов'язаний зі споживанням надмірної кількості їжі; специфічна форма недостатності – стан, викликаний відносним або абсолютним недоліком одного або декількох харчових речовин в раціоні; незбалансованість – стан, обумовлений неправильним співвідношенням харчових речовин в раціоні [1].

Недостатність харчування – стан, що виникає в результаті неповноцінного харчування внаслідок дефіциту в організмі будь-якого з незамінних поживних речовин (нутрієнтів – білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, макро-і мікроелементів). Відповідно до сучасної концепції недостатність харчування впливає на структуру і функції всіх органів і систем організму, сама по собі здатна викликати важкі розлади метаболізму, а також надавати негативний вплив на основне захворювання. Недостатність харчування може бути первинною, обумовленою неадекватним споживанням харчових речовин, і вторинною, пов'язаною з порушенням прийому, асиміляції або метаболізму нутрієнтів внаслідок захворювання або травми [9, с. 43].

Розлади (хвороби, патологічні стани, порушення), що виникають внаслідок неадекватної харчової поведінки та нераціонального харчування (тривалого недостатнього або надлишкового надходження живильних речовин) називаються аліментарними. До хвороб на ґрунті недостатнього харчування належать аліментарна дистрофія (внаслідок білкової недостатності), цинга, пелагра, анемія та ін. (що пов'язані з мінеральною та вітамінною недостатністю: С, РР, групи В та ін.). До хвороб з аліментарним фактором ризику також відносять атеросклероз (внаслідок надлишкового вживання тваринних жирів, холестерину, легкозасвоюваних вуглеводів), злоякісні пухлини (копчені продукти, тваринні жири), цукровий діабет (легкозасвоювані вуглеводи, тваринні жири), подагра (пуринові основи, нуклеїнові кислоти, сечова кислота та інші азотовмісні екстрактивні речовини). Саме тому державне регулювання харчовою поведінкою та харчуванням населення є актуальним питанням державної політики сьогодення. Одним із напрямків вирішення цієї проблеми є підвищення рівня знань з питань здорового харчування та раціональної харчової поведінки шляхом розроблення відповідних освітянських програм для дітей, молоді та дорослих [4, с. 96].

Нераціональне харчування та неадекватні стратегії харчової поведінки призводять до негативних наслідків у здоров'ї, зокрема: ожиріння. На сьогодні в розвинутих країнах світу 25% підлітків мають надлишкову масу тіла, а 15% – ожиріння. В Україні щорічно фіксують 18-20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків [3]. Причому в 30% ожиріння пов'язане із порушенням обміну речовин або розладами ендокринної системи, у 70% - через систематичне переїдання. Зважаючи на темп зростання кількості людей хворих на ожиріння Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила про початок всесвітньої епідемії ожиріння.

Занепокоєність фахівців цим питанням обумовлена негативними наслідками цієї хвороби (ішемічна хвороба серця, гіпертонія, атеросклероз, цукровий діабет, дискінезія жовчного міхура, остеохондроз хребта, поліартрит, тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, лімфостаз та ін.), що скорочує життя в середньому на 10-15 років (та відповідно може коштувати світовій економіці 30 трлн. доларів) [6, с. 12].

Жировий гепатоз (жирова дистрофія, або ожиріння печінки) входить до групи дистрофічного, хронічного захворювання печінки, викликаного накопиченням великої кількості ліпідів. У даний час йде стрімке зростання цього захворювання внаслідок систематичних порушень в харчуванні, а також неправильного способу життя людини. Дивно, але до жирової дистрофії може призвести сувора вегетаріанська дієта. Причиною виступає порушення вуглеводного обміну через нестачу білків у харчуванні.

Захворювання травної системи можуть стати наслідком незбалансованого раціону харчування, в якому зазначається надлишок або недолік надходження в організм жирів, білків, вуглеводів. Іноді хвороби цих органів проявляються внаслідок тривалого нерегулярного харчування, занадто частого включення в раціон солоних, дуже гострих, гарячих страв, негативно впливають на стан травної системи. Наявність консервантів в тих продуктах, які людина вживає в їжу щодня, можуть спровокувати симптоми захворювань шлунково-кишкового тракту. Саме тому профілактика даного типу хвороб у дітей і дорослих передбачає мінімальну кількість таких продуктів в раціоні.

Звідси стає зрозумілим, що харчування повинно позитивно впливати на здоров'я людини. Це забезпечується лише при дотриманні основних принципів раціонального харчування. Особлива роль тут належить енергетичній цінності раціону, яка повинна перекривати енерговитрати організму. Основними харчовими речовинами є: білки, жири, вуглеводи, мінеральні речовини, вітаміни та вода. Харчування – це складний процес надходження, перетравлювання, усмоктування та засвоєння в організмі харчових речовин.

Харчування здійснюється за рахунок харчових продуктів. Харчовий раціон – це якісний склад і кількість харчових продуктів, що використовується протягом доби. Різноманітний комбінований раціон, який є основою здорового харчування дітей складається на 45-50% із вуглеводів, максимум 35% жирів та 15% тваринного та рослинного білка.

Виходячи з цього, дитина має з'їдати багато харчових продуктів рослинного походження, таких як злакові, картопля, овочі та фрукти, у помірній кількості продуктів тваринного походження, таких як молоко, м'ясо, яйця та деякі жирні харчові продукти (масло, олія). Цим може бути добре покрита потреба у важливих поживних речовинах. Потреба в енергії залежно від активності не завжди може бути покрита повністю, тому ще залишиться місце, щоб враховувати особливі вподобання дітей до солодощів, крекеру або освіжаючих напоїв. Однорічні ж форми харчування можуть призводити до недостатнього насичення, не насичення або ж перенасичення.

За висновками спеціалістів МОЗ України, серед нездорових харчових звичок населення країни першість тримають наступні: нерегулярне харчування; харчування «на ходу»; споживання несвіжої та сумнівної якості їжі.

Поняття «режим харчування» включає: кількість прийомів їжі протягом доби (кратність харчування); розподіл добового раціону за його енергоцінності, хімічного складу, продуктового набору й маси на окремі прийоми їжі; час прийомів їжі протягом доби; інтервали між прийомами їжі; тривалість прийому їжі [9].

Згідно директиви щодо харчування Німецького товариства харчування (НТХ) ідеальним для дітей є п'ятиразовий прийом їжі протягом дня. Добову загальну енергомісткість слід розподіляти протягом дня так: перший сніданок – приблизно 20%, другий сніданок – приблизно 15, обід – близько 30, проміжний прийом їжі – приблизно 10 і вечеря – приблизно 25% [2, с. 121]. Сніданок для школяра особливо важливий. Він знову заповнює депо для вуглеводів, яке за ніч спорожніло, і підвищує концентрацію цукру в крові. Це важливо передусім для розумової працездатності. На жаль, загальна частка українських учнів, які повністю відмовляються від сніданку у будні, протягом навчання у школі збільшується майже втричі – з 5,9% у 10-річних до 17,2% у 17-річних. У раціоні харчування старшокласників з'являється більше некорисних снєків та солодоців [1].

Тривалість прийому їжі під час обіду для дітей повинна становити не менше 30 хвилин. При швидкому споживанні їжа погано пережовується і подрібнюється, недостатньо обробляється слиною. Це веде до зайвого навантаження на шлунок, погіршення перетравлення і засвоєння їжі. Під час квапливого споживання їжі повільніше настає відчуття насичення, що сприяє переїданню

У першу годину після прийому рясної їжі виникає сонливість. Тому споживання їжі, яка перевищує 35% енергоцінності і маси добового раціону, і містить важкоперетравлювані страви (жирне м'ясо, бобові та ін.) погіршує розумову працездатність.

Останній прийом їжі повинен становити 5-10% добової енергоцінності раціону і включати такі продукти, як молоко, кисломолочні напої, фрукти, соки, хлібобулочні вироби. Якщо школяр вечеряє пізніше, ніж за 1,5-2 години до сну відбувається посилення секреторної та рухової функції травних органів, що викликає підвищене газоутворення, метеоризм і нічну секрецію шлунка. Посилюють негативний вплив пізнього споживання їжі тяжкі страви – смажені страви, продукти, багаті на жир, грубу клітковину, екстрактивні речовини, кухонну сіль тощо [9].

Проміжний прийом їжі також має для дітей особливе значення для підтримування працездатності рівномірно протягом дня. Отже, можна запобігти фізіологічним спадам працездатності, наприклад, після обіду (час виконання домашніх завдань). Прийом їжі коливається щодня і здоровим дітям не наносить шкоди.

Відсутність нормального харчування у школі й наявність довгого проміжку між прийомами їжі згубно впливають на обмін речовин та на функціонування шлунково-кишкового тракту школяра. Їжа нашвидку, як заміна прийому їжі, не має стати правилом, тим більше, що багато підлітків у проміжках майже винятково вживають менш корисні харчові продукти. Найвищий відсоток серед таких продуктів займають освіжаючі напої (25%), бутерброди – 17%, солодкі плитки – 16%, картопля фрі – 15%, готові десерти – 14% та продукти, які можна гризти – 13% [2, с. 122].

Порівняно з дорослими діти потребують більше рідини. Проте поповнення водного балансу не відбувається під час вжитку солодких газованих та негазованих напоїв (лимонадів, напоїв з фруктовими соками тощо). В останні десятиріччя Державні стандарти щодо виготовлення напоїв зазнали значних змін, деякі взагалі скасовано. Найчастіше це пояснюється заощадженням коштів під час виготовлення такої продукції. Проте досить часто економія відбувається за рахунок здоров'я споживачів. Особливо багато докорів накопичилося на адресу газованої води будь-яких сортів і виробників. Газована вода рідко має натуральні компоненти. Найчастіше це ароматизатори, консерванти, підсилювачі смаку та інші зовсім не натуральні компоненти. Навіть якщо окремо вони відносно нешкідливі, то разом – це справжня отрута уповільненої дії. Іноді етикетка містить напис «з натуральним соком». Проте зазвичай такий напис робиться з метою захисту від судових позовів [8]. Наприклад, вміст фруктового соку у напоях, які мають назву «Фруктовий нектар» складає 25–50%, а в «напоях з фруктових соків» – лише 6–30% [2, с. 123].

Високі концентрації навіть дозволених харчових добавок в сучасних продуктах харчування завдають шкоди здоров'ю, оскільки вплив будь-якої хімічної речовини на організм людини залежить як від індивідуальних особливостей організму, так і від кількості діючої речовини. Контроль за якістю, фактичним складом в харчових продуктах покладається на технологічну службу фірми-виробника і лише вибірковий контроль за застосуванням харчових добавок може здійснювати СЕС [7, с. 14].

На думку дієтологів і лікарів-педіатрів особливо шкідливими для дітей є всілякі солодощі – жувальні цукерки, шоколадні батончики, торти з кремом, печиво і тістечка. Величезна калорійність разом з найрізноманітнішими хімічними добавками негативно позначаються на стані практично всіх систем організму, а вживання цукру в великих кількостях неминуче призводить до захворювань зубів. Великої популярності серед школярів в останні роки набув фаст-фуд – улюблена багатьма дітьми і дорослими їжа (біляші, чебуреки, картопля фрі, шаурма) являє собою суміш з синтетичних добавок і замінників, змішаних з важкими вуглеводами і жирами. Постійне харчування такими продуктами призводить до порушення в галузі травлення – коліту, гастриту, печії, запорів і т.п. Чіпси і сухарики, якими так люблять ласувати діти під час перерв у школі – це суміш вуглеводів і жиру, в оболонці фарбників і замінників смаку. Через особливості приготування в чіпсах утворюється безліч канцерогенів – речовин, що провокують рак.

А гідрогенізовані жири ведуть до збільшення рівня холестерину в крові, що підвищує ризик інфарктів і інсультів [11, с. 25].

За даними МОЗ третя частина опитаних дітей у рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» зазначила, що овочі та фрукти вживають максимум до 4 разів на тиждень, це за умови, що в раціоні повинно бути приблизно 5 прийомів таких продуктів щодня (відповідно до рекомендацій МОЗ, денний раціон повинен включати 500-800 грамів фруктів та овочів). Вони рідше їдять у родинному колі і частіше відвідують «фаст-фуди», що говорить про те, що така проблема є не лише медичною, але й соціальною, оскільки напряду пов'язана з сімейними традиціями [1].

Сучасна харчова промисловість пропонує величезну кількість українських шкідливих для нашого здоров'я продуктів, серед яких супи швидкого приготування, солоні горішки, сухарики, солодкі газовані напої, чіпси, кетчупи, кури-гриль, ковбасні вироби, а також йогурти, молоко та молочні продукти, які мають тривалий термін зберігання. Для покращення кольору і смаку, подовження терміну зберігання продуктів застосовуються барвники, ароматизатори, нітрати, антибіотики та інші хімічні речовини, які забруднюють і поволі отруюють організм, стимулюючи розвиток різних хвороб [5, с. 117].

Сучасні вчення про повноцінне харчування рекомендують наступне: половина харчування має складатися зі свіжої їжі (наприклад, сирих овочів, фруктів, свіжого зерна, горіхів, сирого молока та вичавленої у холодному стані рослинної олії). При цьому фрукти та овочі потрібно вживати відповідно до пори року, в якій вони зріють, і з біологічно контрольованих місць вирощування. Споживання жиру не повинно перевищувати 80 г на добу і має складатись із натуральних жирів та натуральної олії. Рекомендується вживання м'яса, риби та яєць, але помірно, вживання молока та молочних продуктів. Роздільно цукор та крупчатку вживати не слід [2, с. 161].

Кожна сучасна людина повинна володіти необхідними відомостями про раціональне харчування, речовини, з яких складається їжа, їх роль в життєдіяльності організму. Ці знання необхідні для нормального розвитку організму, збереження здоров'я, високої розумової і фізичної роботи. Важливими складовими раціонального харчування школярів у сучасних умовах є: різноманітний комбінований раціон, дотримання режиму харчування відповідно віку дитини, уникання нездорової їжі, активний спосіб життя. Для збереження здоров'я та попередження серйозних захворювань у дітей, пов'язаних із порушенням обміну речовин, батькам варто звести до мінімуму, а ще краще – виключити з раціону: промислові солодощі – печива, тістечка, рулети та торти з кремом, солодкі газовані та негазовані напої, снекові, консервовані, копчені продукти, їжу фаст-фуд тощо.

Список використаних джерел

1. 2/3 усіх хвороб в Україні є наслідком неправильного харчування [Електронний ресурс] // МОЗ України [сайт]: Київ, 2017. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170530_a.html

2. Гаубер-Швенк Г., Швенк М. Харчування: dtv-Атлас. К.: Знання-Прес, 2004. - 183 с.
3. Довідник дитячого ендокринолога. – К., 2008. – 105 с.
4. Зубар Н.М. Основи фізіології та гігієни харчування: підручн. — К.: Центр учбової літератури, 2010. - 336 с.
5. Міхесенко О.І. Культура харчування як складова культури здоров'я людини (валеологічний аспект) // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 3. – С. 116-121.
6. Оздоровче харчування / Лиходід В.С., Владімірова О.В., Дорошенко В.В. - Запоріжжя, 2006. - 273 с.
7. Определение цитрат - ионов в сладких безалкогольных напитках по молекулярной люминесценции рутина в комплексе с иттрием (III) / С.В. Бельтюкова та ін. // Харчова наука і технологія. – 2016. – Вип. 10. – № 2. – С.14-18.
8. Пити чи не пити кока-колу? // Правильне харчування [сайт]. 2016. URL: [http](http://)
9. Типовые патологические процессы. Патофизиология обмена веществ: учебн. пособ. для студ. высших учебных медицинских заведений. – Самара, 2008. – 100 с.
10. Траверсе Г.М. та ін. Дитяча нутріціологія: навч. посіб. – Полтава, 2009. – 175 с.

ВПЛИВ БАТЬКІВ НА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА

(Сінельнікова Н.О.)

Сучасна система освіти в Україні зазнає значних змін у зв'язку з прогресивними перетвореннями в країні. Характерною її особливістю є гуманізм і демократизм, спрямовані на формування національної самосвідомості її громадян. Країна поступово відходить від тоталітарної уніфікації і стандартизації педагогічного процесу. По-новому відбувається переосмислення цінностей, пошук нового в теорії та практиці навчання та виховання.

Кардинальні зміни відбуваються в усіх сферах суспільного життя, у свідомості як суспільства в цілому, так і кожного громадянина зокрема. Сім'я покликана вже з ранніх років готувати дитину до дорослого життя, практичної діяльності, допомагати засвоїти позитивний досвід старших поколінь, набути власний стиль поведінки й діяльності.

У цей період саме від батьків залежить успішність соціальної адаптації дитини, зокрема від того, які приклади соціальної комунікації із зовнішнім світом вони продемонструють їй.

Усе, що відбувається в соціумі, безпосередньо і постійно впливає на психічний, фізичний та духовний стан дитини. Щоденно і повсякчасно виявляється взаємодія між мінливим соціумом та особистістю, яка так само впливає і формує його. Їх безпосередня взаємодія реалізується з самого малечку, коли дитина реагує на погляди, міміку, жести, мову рідних і близьких. Поступово коло її соціальних зв'язків розширюється і виникають проблеми адаптаційного характеру. Оточення дитини значно збільшується тоді, коли вона йде до школи. Будучи «першачком», вона усвідомлює, що має враховувати думки інших людей, прислухатися до них, учитися спілкуватися з однолітками, вчителями так, щоб взаємини були дружніми і сприяли

хорошому настрою. Оскільки батьки для учнів залишаються авторитетними дорослими, то саме вони мають допомагати дітям учитися комунікувати у суспільстві.

Нерідко трапляється так, що самі батьки стають причиною дезадаптації дітей у соціумі, породжують комплекси, спричиняють психічні порушення, які заважають дитині самореалізуватися. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба у формуванні соціального здоров'я молодшого школяра, що є вкрай важливою та актуальною проблемою, яка потребує поглибленого вивчення.

Враховуючи актуальність проблеми соціального здоров'я, у Державній національній програмі «Освіта (Україна XXI)» [12], Національній доктрині розвитку освіти у XXI столітті [14], Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [9], Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [4] зазначено, що найважливішим стратегічним завданням є всебічний розвиток людини (зокрема, й дитини), становлення її духовного, психічного, соціального та фізичного здоров'я, формування у дітей відповідального ставлення до нього як найвищої особистісної та суспільної цінності. Це завдання знайшло відображення і в Конституції України [8], Законах України «Про освіту» [6], «Про дошкільну освіту» [5]. Отож, перед педагогічним товариством поставлена стратегічна мета – пошук шляхів удосконалення процесу збереження, зміцнення та формування здоров'я юного покоління в цілому і кожної особистості зокрема.

Проблему соціального здоров'я молодшого школяра вивчали як вітчизняні, так і зарубіжні науковці. І. Коцан, Г. Ложкін, М. Мушкевич досліджували психологічні основи здоров'я особистості, акцентували увагу на принципах та фактах поліпшення психічного здоров'я людини, способах психологічного захисту, діагностичних методиках, які дозволяють визначити стан здоров'я особистості, тощо.

Науковці визначають соціальне здоров'я як «інтегративний показник об'єктивних і суб'єктивних соціальних характеристик особистості, що детермінується соціально-рольовими й аксіологічними характеристиками індивіда та водночас особливостями впливу найближчого оточення й суспільства, характером і рівнем розвитку, що притаманне основним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічному, політичному, соціальному, духовному» [10, с. 162].

Під соціальним здоров'ям також розуміють міру соціальної активності, діяльності, ставлення індивіда до світу [11, с. 33]. У цьому контексті важливим є усвідомлення себе як особистості з урахуванням статі і взаємодії у сучасному світі. Така взаємодія відбувається з усвідомлення важливості культури спілкування в сім'ї, з товаришами, однокласниками, вчителями, дорослими, які з'являються у житті дитини [11, с. 34].

Учені В. Канеп, Б. Ольшанський і Г. Цареградцев розкрили значимість здоров'я у суспільному масштабі, зазначивши, що соціальне здоров'я не лише допомагає людині реалізувати себе, але й є значущим індикатором благополуччя народу в цілому [11, с. 33].

Важко не погодитися з думкою науковців, оскільки від економічної стабільності, демографічного та санітарно-гігієнічного становища і політики держави залежить добробут її народу. Високий рівень психологічного, соціального та духовного здоров'я продукує й фізичне. Соціальне здоров'я безпосередньо впливає на якість та ефективність трудових ресурсів, у чому відображається взаємозалежність держави та особистості.

Зарубіжні науковці Ф. Гутцвіллер і О. Жанрі зосереджують увагу на тісному взаємозв'язку індивідуального та соціального здоров'я, наголошуючи, що соціальне здоров'я має сприяти збереженню здоров'я людини. Їх дослідження присвячені профілактичним та пропедевтичним завданням соціального здоров'я.

Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова прослідковують варіативність розгляду поняття «соціальне здоров'я», що передбачає [13, с. 187]: соціальну значимість тих чи інших захворювань у міру їх поширеності; економічні втрати, що ними викликаються (тобто загрози для існування популяції чи страху перед такою загрозою); вплив суспільного ладу на причини виникнення хвороб, характер їх протікання та вихід (тобто можливості виліковування або смерті); оцінку біологічного стану певної частини чи всієї людської популяції на основі інтегрованих (агрегованих) статистичних показників, які становлять так звану соціальну статистику.

До характеристик соціального здоров'я особистості вони віднесли: адекватне сприйняття соціальної дійсності; інтерес до навколишнього світу; адаптація (рівновага) у фізичному й суспільному середовищі; спрямованість на суспільно корисну справу; культура споживання, альтруїзм, емпатія, відповідальність перед іншими, безкорисливість, демократизм у поведженні [13, с. 189].

Відповідно до поглядів науковців, для підтримки соціального здоров'я важливо враховувати соціальний досвід особистості, самоусвідомлення її в суспільстві, уміння співчувати переживанню інших людей, спричиненому власною поведінкою, готовність до відповідальності за свої вчинки та здатність до комунікації в соціумі. Зазначені особливості є показниками соціального здоров'я людини.

До показників соціального неблагополуччя належать [10, с. 165]: неадекватне сприйняття (відображення) навколишнього світу; дезадаптивна поведінка; конфліктність, ворожість; егоцентризм (що виливається в жорстокість і безсердечність); прагнення до керівництва (як самоціль) тощо. Ці показники тісно пов'язані з економічним станом у суспільстві. Тому можемо говорити про значний вплив держави на регулювання соціального здоров'я особистості. Коли людина буде почуватися соціально захищеною, перебувати в стані спокою, бачити перспективи свого розвитку, то й соціальне здоров'я буде на високому рівні.

У цьому контексті важливим є дослідження особливостей процесів, які забезпечують інтеграцію дитини в суспільство. Засадничими є твердження чеського психолога Й. Лангмейера, який до таких процесів відносить [2, с. 22.]: 1) розвиток соціальної реактивності – формування диференційованого

емоційного ставлення до людей; 2) розвиток соціального контролю – пристосування поведінки індивіда до норм суспільства; 3) засвоєння соціальних ролей – очікувана поведінка відповідно до віку та статі дитини. Науковець акцентує увагу на емоційних, етико-моральних та індивідуально-вікових особливостях дитини, що безпосередньо відображаються на її реалізації в соціумі.

На необхідності забезпечення всебічного розвитку дитини наголошують науковці Е. Вайнер, В. Войтенко, Ю. Лісичин, Г. Нікіфоров, В. Петленко, які розглядають здоров'я як інтегровану якість повноцінного гармонійного людського буття в усіх його вимірах та аспектах.

Учені В. Котирло, С. Кулачківська, С. Ладивір, Л. Мельник, З. Плохій вивчають сприятливі умови для цілісного розвитку дитини як особистості та формування її соціального здоров'я [11, с. 167].

Серед таких умов особливе місце займає психологічний клімат у сім'ї, рівень педагогічної культури батьків. Оскільки первинним соціумом для дитини є сім'я, то саме в ній і формується соціальне здоров'я. Таке твердження підкріплюється поглядами російських науковців: О. Ковшовою, І. Пахомовою, Д. Печкуровим, Г. Порецьковою [7, с. 435–437], які провели дослідження щодо впливу типу сімейного виховання на шкільну адаптацію молодшого школяра для виявлення факторів, що впливають на соціально-психологічну адаптацію та оздоровлення молодших школярів.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що на початковому етапі навчання діти можуть відчувати труднощі в адаптації, спричинені сімейними обставинами. Серед них основними є: завантаженість батьків на роботі, низький рівень матеріального забезпечення, умови проживання, взаємини в сім'ї.

Ці дослідження також доводять, що стиль сімейного виховання, характер дитини, рівень педагогічної культури батьків (медико-біологічних та здоров'язбережувальних знань) безпосередньо впливають на перебіг адаптаційного періоду навчання молодших школярів та їх подальшу соціалізацію. З огляду на це, дослідження підтверджує важливість активної роботи вчителя з батьками, спрямоване на підвищення їх педагогічної культури.

Серед несприятливих факторів соціально психологічного ризику зриву шкільної адаптації зазначені науковці виокремлюють: 1) функціональні та органічні порушення стану здоров'я; 2) розвиток психосоматичних скарг (головні, абдомінальні болі, болі в ногах, в ділянці серця), що знижують якість життя і навчання; 3) неблагополучну соціальну ситуацію розвитку дітей молодшого шкільного віку – негармонійний стиль сімейного виховання, що змінює емоційний і психічний стан дитини [7, с. 437]. Зазначене дослідження та його результати демонструють, наскільки тісно взаємопов'язане психічне, фізичне та соціальне здоров'я.

Відповідно до поглядів науковця Т. Бонкало [1, с. 97], сучасній школі необхідний новий методологічний підхід до організації комплексної системи діяльності соціально-психологічної служби сім'ї для надання своєчасної

допомоги родині кожного учня, виявлення факторів ризику щодо розвитку психосоматичних захворювань, корекції дисфункційних відносин у родині.

Сучасні науковці одностайні в думці, що основою соціального здоров'я суспільства є насамперед здорова родина. Такою вона стає тоді, коли реалізуються всі функції сім'ї, до яких належать: репродуктивна – відтворення свого роду, підтримка та збереження репродуктивного здоров'я; виховна – забезпечення спадковості у розвитку культури, участь у збереженні й передачі молодому поколінню духовних цінностей і трудових навичок, надання навичок первинної соціалізації дитини, формування поглядів, моральних установок, цінностей; економічна, матеріально-виробнича, господарсько-побутова функції – накопичення матеріальних благ і їх передача наступним поколінням; рекреативна (відновлююча) – надання навичок проведення спільного дозвілля з метою відпочинку та релаксації; емоційної стабілізації і психологічної терапії – отримання психологічного захисту, емоційної підтримки в сім'ї, задоволення потреби в особистому щасті, любові; комунікативна – задоволення потреб людини в спілкуванні на основі взаєморозуміння і взаємної підтримки; регулятивна функція – здійснення моральної регламентації поведінки членів сім'ї в спілкуванні один з одним та людьми, що їх оточують.

Зазначені функції є загальносоціальними у тому розумінні, що дають можливість реалізуватися особистості не лише в родині, а й у соціумі [11, с. 268]. Вони розкривають вагоме значення сім'ї як первинного осередку, що забезпечує соціалізацію дитини, її самореалізацію, захищає та вчить долати проблеми, що можуть виникати під час взаємодії з соціумом.

Формування соціального здоров'я дитини – це важливий момент у житті кожної людини і суспільства. Власне тому формування у дитини готовності бути здоровою належить до її пріоритетних напрямів.

До складових такої готовності науковці В. Бузунова і В. Петленко зараховують: потребу (хочу) бути здоровим; здатність (можу) будувати свої відносини із самим собою та навколишнім світом; рішучість (буду) жити за природовідповідними законами.

Реалізація зазначених складових [15, с. 302] дозволяє сформувати у дитини ціннісне ставлення до себе, свого образу «Я», одним із компонентів якого є «Я – здоровий».

В основі соціального здоров'я дітей є нестресовий стиль життя. До домінантних показників соціального здоров'я належать: достатнє й зрівноважене спілкування з однолітками та молодшими дітьми, з іншими людьми, старшими за віком і з різним соціальним статусом; швидка адаптація до фізичного й суспільного середовища; спрямованість на суспільно корисну справу, культура користування матеріальними благами.

На формування соціального здоров'я впливають такі зовнішні чинники, як: готовність батьків передати здоров'я своїй дитині у внутрішньоутробний період її розвитку, а потім формувати здоров'я малюка після народження; соціально-економічні, соціально-педагогічні, психологічні та побутові умови у суспільстві, сім'ї, в навчальному закладі, де перебуває дитина; екологічне

середовище; здоров'язбережувальний простір, в якому зрівноважуються вроджені адаптивні здатності дитини та змінне середовище; рівень компетенції дорослих щодо формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я дітей [3, с. 28].

До внутрішніх чинників належить розуміння того, що являє собою здоров'я і здоровий спосіб життя.

Таким чином, серед головних завдань, які постають сьогодні перед учителями та батьками, виокремлюється виховання в дитини відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я людей, що її оточують, як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності. Реалізація цього завдання здійснюється за рахунок валеологічного виховання в навчальних закладах, створення екологічно спрямованого життєвого простору, оптимізації режиму освітнього процесу, впливу на свідомість дитини під час навчання, інтеграції змісту навчальних дисциплін, формування вмінь приймати оздоровчі рішення, надаючи кожній дитині психологічну підтримку, просвітницько-виховної роботи, формування навичок здорового способу життя з орієнтацією на власний приклад тощо.

Список використаних джерел

1. Бонкало Т. И. Комплексная социально-психологическая помощь семье в рамках психологической службы образования // Изв. Самарского научн. центра РАН. – 2010. – Т. 12. – № 3. – С. 95–100.
2. Брызгунов И. П., Касатикова Е. И. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. – М.: Психотерапия, 2008. – 208 с.
3. Витоки здоров'я дитини: темат. зб. пр. / упоряд. А. А. Волосюк; за заг. ред. Л. А. Шишолік. – Рівне: РОІППО, 2014. – 91 с.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
5. Закон України «Про дошкільну освіту» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2628-14>.
6. Закон України «Про освіту» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1060-12>.
7. Ковшова О.С. и др. Роль семьи в сохранении здоровья и социально-психологической адаптации младших школьников // Изв. Самарского научн. центра РАН. – 2010. – Т. 12. – № 5 (2). – С. 435–437.
8. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
9. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110706_1.html.
10. Коцан І. Я. та ін. Психологія здоров'я людини.– Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
11. Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я: навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. – К.: Київськ. ун-т ім. Бориса Грінченка, 2016. – 331 с.
12. Постанова від 3 листопада 1993 р. № 896 «Про Державну національну програму «Освіта» («Україна ХХІ століття»)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/896-93-п>.
13. Психология здоровья человека / Г. В. Ложкин, О. В. Носкова, И. В. Толкунова; под ред. В. И. Носкова.– Севастополь: Вебер, 2003. – 257 с.
14. Указ Президента України «Про Національну доктрину розвитку освіти» [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/347/2002>.

15. Черевещенко Т. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вихователів // Sustainable development – scientific debut 2013. – Warszawa : Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie im. prof. Leszka J. Krzyżanowskiego, 2014. – С. 299–309.

СТАН ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОЛІПШЕННЯ

(Христова Т.Є., Пюрко В.Є., Казакова С.М.)

Різні аспекти здоров'я молодого покоління є однією з глобальних проблем сучасності. Вона виникає разом з людиною і видозмінюється відповідно до руху людської культури. Здоров'я - це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб і фізичних вад. Таке визначення міститься в преамбулі уставу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Одним з найважливіших показників стану здоров'я є рівень функціонального розвитку адаптивних систем організму людини [3, с. 16]. Здоров'я є процесом збереження та розвитку фізіологічних, біологічних і психічних функцій, оптимальної трудової та соціальної діяльності за максимальної тривалості активного творчого життя [5, с. 12; 16, с. 21].

Максимальний рівень здоров'я людини – це мета, досягнення якої повинна забезпечити кожному члену суспільства сучасна держава. Однак не секрет, що існуюча система охорони здоров'я, медицина зосереджені в основному на розробці новітніх технологій лікування [12, с. 17]. Але хворих не стає менше, а навпаки, в світі розповсюджується епідемія хронічних неінфекційних захворювань серед населення самого активного віку. Ці захворювання є основною причиною смерті. Така ситуація спостерігається й в Україні, вона складає загрозу національній безпеці держави [1, с. 13]. Саме медико-соціальний статус студентської молоді в майбутньому визначить якість трудового, економічного, репродуктивного та оборонного потенціалу нашої країни.

Здоров'я молоді України характеризується високим рівнем захворюваності, інвалідності та смертності. Сучасні дослідники [10, с. 2386; 11, с. 54] відзначають, що навчальні навантаження збільшилися, наявні форми фізичного виховання не застосовуються або в даний час використовуються не ефективно, спостерігається повсюдне згортання профілактичного напрямку через відсутність фінансування.

Різні аспекти здоров'я студентів навчальних закладів були і залишаються предметом пильної уваги дослідників [2, с. 7]. Але на сьогоднішній день дуже мало порівняльних та узагальнюючих робіт про стан здоров'я та здоров'язбережувальну поведінку студентів різних країн. Дослідження стану здоров'я студентів північно-західного Приазов'я практично не проводилися.

Дані положення обумовлюють актуальність теми дослідження, яка пов'язана з необхідністю вирішення проблеми з оздоровлення молоді України, яка має важливе теоретичне і практичне значення.

Мета даної роботи - проаналізувати загальний рівень здоров'я студентської молоді різних країн та сучасні підходи до його поліпшення.

У відповідності до мети дослідження були поставлені наступні завдання: проаналізувати літературу та узагальнити дані про рівень захворюваності студентів вищих навчальних закладів України, Молдови та Білорусі; систематизувати загальні тенденції стану здоров'я студентів північно-західного Приазов'я (на прикладі Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького); науково обґрунтувати та довести ефективність комплексної оздоровчої програми, яка базується на індивідуальному підході до процесу фізичного виховання з урахуванням рівня фізичного здоров'я студентів.

На сучасному етапі дослідження цієї проблеми треба користуватися уявленням про здоров'я як про інтегральну систему, що покликана виконувати основну функцію життєздатності організму і життя людини в суспільстві в цілому [9, с. 137]. При цьому, якщо йдеться про рівень інтегрального здоров'я, то високий його ступінь має характеризуватися функціональною врівноваженістю організму з довкіллям за наявності стану фізичної, психічної та соціальної комфортності.

Спираючись на сучасну парадигму здоров'я та системно-логічний узагальнений аналіз наукової літератури [2, с. 24-25], можна констатувати, що здоров'я є цілісною багатовимірною динамічною системою певної структури. Здоров'я нації показує рівень якості життя, який визначається за багатьма параметрами: матеріальними, соціальними, психо-емоційними, розвитком фізичної культури та спорту.

Аналіз наукових публікацій за останній час переконливо показує, що проблема здоров'я молодих людей знаходиться в полі зору багатьох вчених. Так, молдавські дослідники [2, с. 16] відмічають, що рівень розповсюдженості захворювань за даними звертання у 2015 р. у студентів середніх освітніх закладів віком 15-18 років складає 1445,2%. На четвертому курсі в порівнянні з першим, відбувається достовірний ріст захворювань: системи кровообігу в 2,4, нервової системи в 2,0, органів травлення в 1,8, дихальної системи в 1,5 рази. Досліджуючи стан серцево-судинної системи студентів коледжу, автори [26, с. 9] встановили, що впродовж трьох років навчання у підлітків спостерігається тенденція до тахікардії, розвитку гіпотензивних реакцій, зниження м'язової працездатності.

Це пояснюється недостатнім матеріальним забезпеченням, низьким рівнем знань і навичок з організації свого побуту, чергування роботи і відпочинку, організації раціонального режиму дня та харчування.

Аналогічні тенденції в стані здоров'я та захворюваності спостерігаються серед студентів Республіки Білорусь [6, с. 62]. Незважаючи на високий рівень загального показника якості життя за основними компонентами (соціальне та емоційне функціонування, задоволення життям, здоров'я), близько 30% студентів вузів Білорусі наприкінці навчання перебувають на диспансерному обліку, причому переважають такі захворювання, як хронічний гастрит, бронхіальна астма, язва

дванадцятипалої кишки. Вивчення захворюваності студентів Білоруського державного медичного університету показало, що перше місце займають захворювання органів дихання (33,4%), друге - нервової системи і органи чуття (27,4%), третє - сечостатевої системи (10,3%). Відсоток захворювань органів травлення, опорно-рухового апарату (ОРА) та сполучної тканини складає приблизно по 5,0%.

Такі ж закономірності спостерігаються й серед студентів вишів України [4, с. 10]. Головними чинниками, які сприяють розвитку серцево-судинних захворювань у вітчизняної молоді є: нераціональне харчування, низька рухова активність, нервово-емоційні стреси, шкідливі звички.

Отже, на основі узагальнюючого системно-логічного підходу встановлено, що вплив несприятливих соціально-гігієнічних чинників під час навчання призводить до негативних тенденцій у стані здоров'я студентів різних країн.

Узагальнений аналіз результатів досліджень способу життя і стану здоров'я свідчить, що одним з основних чинників ризику розвитку функціональних розладів у обстеженого контингенту Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького є гіподинамія (33% юнаків і 74,6% дівчат), що в поєднанні з нераціональним харчуванням (43,8% і у 55,2% осіб відповідно) призводить до надлишкової маси тіла (31,3% юнаків і 62,7% дівчат). У 50% обстежених юнаків і у 17,9% дівчат виявлена така шкідлива звичка, як тютюнопаління.

Задовільно оцінили стан свого організму в даний час 88,9% юнаків і 61,6% дівчат. Значно менша кількість студентів була не задоволена станом свого організму: 11,1% юнаків і 31,4% дівчат. В даний час регулярно займаються фізичною культурою 16,7% юнаків і 8,1% дівчат, епізодично – переважна кількість студентів: 83,3% юнаків і 66,3% дівчат. Не займаються фізичною культурою 25,6% дівчат, юнаків з такою оцінкою не виявлено.

У МДПУ імені Б. Хмельницького за останні роки простежується чітка тенденція до збільшення кількості студентів, які мають відхилення у стані здоров'я. За період 2010-2015 рр. кількість студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, збільшилась з 16,2% до 36,2%. Із загальної кількості обстежених студентів, які належать до спеціальної медичної групи, юнаків було 19,3%, дівчат – 80,7%. У даний час процес фізичного виховання з традиційним підходом до навчання не вирішує проблеми корекції фізичного стану [8, с. 29].

Результати дослідження дозволяють констатувати, що рівень розповсюдженості захворювань у студентів МДПУ імені Б. Хмельницького у 2010-2015 рр. складає 585,9%. Вивчення структури захворюваності в залежності від курсу навчання показало, що у першокурсників найбільший відсоток складають захворювання органів дихання, на другому місці – порушення опорно-рухового апарату, далі – хвороби органів травлення, нервової системи. У студентів четвертого курсу спостерігається інша закономірність: на першому місці – патології серцево-судинної системи, на другому – порушення ОРА, далі – захворювання сечостатевої системи.

Узагальнений аналіз характеру захворювань студентів північно-західного Приазов'я за 6 років (2010-2015 рр.) свідчить, що перше місце займають патології серцево-судинної системи – 35–45% (від загальної кількості захворювань); друге – зміни ОРА (20–26%). Майже на одному рівні за ці роки знаходяться захворювання сечостатевої системи (8–12%), органів зору (6–10%). Інші захворювання коливаються в межах 5–15%. Показники захворюваності зростають в процесі навчання, і на четвертому курсі в 1,4 рази вище, ніж в групах першокурсників. За період навчання у вишах спостерігається негативна динаміка стану здоров'я студентів: на першому курсі до групи здорових віднесено 32,5% студентів, на четвертому – тільки 22,6%.

Отже, нами показано, що стан здоров'я молоді північно-західного Приазов'я погіршується, зокрема до 45% (від загальної кількості захворювань) складають патології серцево-судинної системи, до 26% – порушення ОРА. Наприкінці навчання у вузі кожний другий студент має хронічне захворювання.

Основні елементи відпочинку студентів університету у вільний час характеризуються переважанням пасивних форм, лише 12,5% молодих людей займаються спортом. Разом з тим, 72,5% студентів відмічають, що практично не мають вільного часу, а 88,2% – не задоволені способами його проведення. Переважна більшість студентів (74,9%) займаються спортом лише на заняттях фізкультури. Серед перешкод для частіших занять фізкультурою 77,6% студентів зазначають нестачу вільного часу, 18,4% – неорганізованість.

У результаті структурного аналізу анкет студентів встановлено, що основними причинами погіршення здоров'я респонденти називають нераціональний режим дня (особливо під час атестації та сесії), велике навчальне навантаження, а також такі чинники, як нераціональне харчування, низька рухова активність, шкідливі звички.

Не вважають своє харчування раціональним і збалансованим 51,8% першокурсників і 68,3% четвертокурсників, не дивлячись на те, що недостатнє матеріальне забезпечення як основну перешкоду регулярному харчуванню назвали лише чверть всіх респондентів.

Основні елементи відпочинку студентів університету у вільний час характеризуються переважанням пасивних форм, тільки 12,5% молодих людей займаються спортом. Разом з тим, 72,5% студентів відмічають, що майже не мають вільного часу, а 88,2% - не задоволені формами його проведення. Слід визнати, що студенти майже порівну своє невдоволення пояснюють фінансовими проблемами (40,3%) та власною лінію і неорганізованістю (33,5%).

Серед перешкод для більш частих занять фізичною культурою 77,6% студентів вказали на недостатність вільного часу, 18,4% - на лінь та неорганізованість. При вивченні фізичної активності студентів, нами встановлено, що займаються фізичними вправами щоденно 9,5% першокурсників і 7,5% четвертокурсників.

Однією з найбільш важливих ознак, яка характеризує ставлення до здоров'я, є шкідливі звички. Результати систематизації анкет студентів показують, що регулярно курять 24,5% молодих людей. Аналіз мотивів куріння дозволяє зробити висновок про значний внесок психологічних факторів у формуванні шкідливих звичок. Більшість респондентів усвідомлюють негативний вплив куріння на здоров'я (74,8%). Приблизно 4/5 від усіх студентів (від 75,5% до 82,0%) збираються кинути палити в майбутньому. Визначені статистично значущі відмінності у поширеності паління за курсами навчання: на старших курсах зростає кількість осіб, які не палять.

Зареєстрована висока частота вживання алкоголю студентами. Серед першокурсників алкогольні напої вживають 87,1%, четвертокурсників - 86,7%. У структурі видів алкоголю, які споживають молоді люди, перше місце займає пиво, на перевагу якого вказали близько половини студентів, потім йдуть сухі вина, шампанське, слабоалкогольні коктейлі (їх споживають 47,1% студентів), близько третини всіх респондентів віддають перевагу міцним напоям - горілці, коньяку тощо.

Узагальнення результатів дослідження показало, що в сучасних соціально-економічних умовах стан здоров'я студентської молоді залишається однією з найбільш гострих медико-соціальних проблем. Негативні тенденції в стані здоров'я значною мірою обумовлені поведінкою, яка не сприяє його збереженню і укріпленню. Системні дослідження доводять, що тільки 4,5% українських студентів знаходяться у зоні безпечного рівня здоров'я [6, с. 63; 10, с. 2390].

Аналіз наукової літератури показує, що на початку на сучасному етапі розвитку суспільства головною загрозою для здоров'я представляють хронічні неінфекційні захворювання, які є основними причинами інвалідизації та смертності дорослого населення України [1, с. 17].

Адекватний вихід з ситуації, яка склалася, розробили, теоретично обґрунтували та експериментально перевірили на практиці група вчених [3, с. 88-89; 7, с. 297], які вперше показали функціональну залежність фізичних навантажень населення від стану здоров'я. Це порочне замкнене коло найпростіше та достовірніше всього розімкнути шляхом застосування фізичних вправ з урахуванням віку, статі, тренуваності, фізичного розвитку та стану здоров'я людей.

Використання цілісного підходу до проблеми збереження здоров'я молоді сприяло розробці нами комплексної оздоровчої програми, яка включала такі компоненти: блок організаційно-діагностичних заходів (лабораторна, функціональна діагностика захворювань різних нозологічних форм), блок інформаційно-профілактичних заходів (розробка та впровадження системи заходів інформаційного забезпечення студентів з питань здорового способу життя), блок оздоровчо-корекційних заходів (диференційовані фізичні навантаження відповідно до функціональних характеристик організму студентів, гідрокінезотерапія, працетерапія; режим труда та відпочинку; загартовування; гігієна харчування, сну), блок оцінки

ефективності проведених заходів. Реалізація цієї програми дозволить підвищити рівень здоров'я молоді, сформувати стійку мотивацію здорового способу життя.

Профілактичну роль в цьому напрямку відіграє скринінг населення з визначенням «груп ризику» серед практично здорових людей, формування та впровадження здорового способу життя, поліпшення екологічної ситуації, умов праці та життя людей. Однак більшість з цих заходів вимагають вагомих матеріальних витрат і спеціального навчання персоналу. Разом з тим, достатня рухова активність, спрямована на боротьбу з гіподинамією та гіпокінезією, широке впровадження фізичної культури в життя населення, як показують численні медико-біологічні дослідження [14, с. 493; 15, с. 1669], сприяє укріпленню здоров'ю людини, підвищенню стійкості її організму до впливу несприятливих чинників довкілля (температура, тиск, забрудненість повітря та води, інфекції тощо), а також збереженню та відновленню працездатності, запобігає розвитку ранньої втоми та перевтоми, сприяє корекції психоемоційних перевантажень під час професійної діяльності людини.

Таким чином, вплив несприятливих соціально-гігієнічних чинників під час навчання призводить до негативних тенденцій у стані здоров'я студентської молоді різних країн (України, Білорусі, Молдови). Основними факторами захворюваності студентів неінфекційними хворобами є надмірне харчування, низька рухова активність, нервово-емоційна перенапруга, шкідливі звички.

Стан здоров'я молоді північно-західного Приазов'я погіршується, зокрема у студентів Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького до 45% (від загальної кількості захворювань) складають патології серцево-судинної системи, до 26% – порушення опорно-рухового апарату. До кінця навчання у виші кожний другий студент має хронічне захворювання.

Для підвищення рівня здоров'я нації необхідний сучасний підхід, який базується на сучасній інформаційній парадигмі здоров'я. Він передбачає розробку, прийняття та впровадження комплексних державних оздоровчих програм, які вимагають створення умов для реалізації здорового способу життя кожною людиною: заняття фітнесом, раціональне харчування, загартовування, відмова від шкідливих звичок, охорона довкілля від забруднення.

Список використаних джерел

1. Айстраханов Д.Д., Курчатова Г.В., Гаврилюк М.Ф. Узагальнені тенденції змін стану здоров'я дорослого населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 1 (5). – С. 12–19.
2. Антонова Е.В. Здоровье молдавских подростков 15–17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.33. – Кишинев, 2011. – 42 с.
3. Апанасенко Г.Л., Попопова Л.А. Индивидуальное здоровье: теория и практика. Введение в теорию индивидуального здоровья. – К.: Медкнига, 2011. – 107 с.

4. Благій О., Захаріна Є. Аналіз захворюваності студентів гуманітарних ВНЗ // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 4. – С. 8–12.
5. Гримблат С.О., Зайцев В.П., Крамской С.И. Здоровьесберегающие технологии в подготовке специалистов. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 184 с.
6. Радзевич-Грун И. Двигательная активность и здоровье молодежи, проживающей в Беларуси, Польше и Украине // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2005. – № 2/3. – С. 60–64.
7. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. – М.: Олимпия Пресс, 2005. – 528 с.
8. Футорный С.М. Современные инновационные подходы к организации физкультурно-оздоровительной работы по формированию здорового образа жизни студентов // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 2. – С. 28–33.
9. Biddle S. Physical Activity, Health and Well-Being // International Scientific Consensus Conference (Quebec City, 19th-21st May, 1995). – Quebec City, 1995. – P. 135-151.
10. Cockerham W.C., Hinote B.P., Abbott P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia and Ukraine // Social Science & Medicine. - 2006. - Vol. 63. - № 11. - P. 2381-2394.
11. Gomez-Pinilla F. The influences of diet and exercise on mental health through hormesis // Ageing Research Reviews. - 2008. - Vol. 7. - № 1. - P.49-62.
12. Jensen B. Two paradigms in health education. – Denmark, 1996. – 88 p.
13. Messiah S.E., Arheart K.L., Lipshultz S.E., Miller T.L. Body Mass Index, Waist Circumference, and Cardiovascular Risk Factors in Adolescents // The Journal of Pediatrics. - 2008. - № 8. - P. 320-324.
14. Miller K.E. Energy Drinks, Race, and Problem Behaviors Among College Students // Journal of Adolescent Health. - 2008. - Vol. 43. - № 11. - P. 490-497.
15. Olsen K.M., Dahl S. Health differences between European countries // Social Science & Medicine. - 2007. - Vol. 64. - № 4. - P. 1665-1678.
16. Yuori J., Fentem P. Health, position paper // The Significance of Sport for Society. – Strasbourg: Council of Europe Press, 1995. – P. 11-90.

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

(Ковальчук Г.Я., Лупак О.М.)

Несприятливі політичні, економічні та соціальні фактори, наслідки екологічних катастроф, а також забруднення навколишнього середовища ксенобіотиками загострили проблему раціонального харчування як одного з найважливіших чинників здоров'я людства. Економічна недоступність населенню натуральних продуктів харчування та прагнення виробників здешевити свою продукцію за рахунок нехарчових інгредієнтів (харчових добавок) спричинюють істотні зміни у якості харчування всіх верств населення [6; 12; 19]. Порушення основних принципів раціонального харчування призводять до низки хворіб – від неспецифічних проявів зниження імунного статусу організму до аліментарних захворювань [8; 14].

В результаті неповноцінного харчування в Україні впродовж останніх двох десятиріч вдвічі зросла захворюваність населення на ендокринні хвороби, розлади травлення та порушення обміну речовин, спостерігається чітка тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння,

поширення хворіб системи кровообігу, онкологічних захворювань [12]. В. Смоляр [18] вважає, що більше, ніж половина випадків передчасної смерті (до 65 років) чоловіків і жінок в Україні обумовлена захворюваннями, у виникненні яких харчування відіграє значну роль.

Відзначається також помітне погіршення стану здоров'я молоді, зокрема студентів. Так, за останні 10 років захворюваність серед студентів збільшилася на 35%. До основних чинників, які негативно впливають на стан здоров'я студентів, варто віднести шкідливі звички, гіподинамію та нерациональне харчування [15].

Правильне харчування забезпечує нормальний ріст і розвиток організму, визначає розумовий та фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму [4; 5; 6].

Розумове напруження й активність студентів під час навчання супроводжуються підвищеними енерговитратами, які відновлюються за рахунок достатнього за обсягом і збалансованого за якістю харчування.

Проблеми «харчування і здоров'я» та «харчування і хвороби» тісно взаємопов'язані. Науково обґрунтований та доведений взаємозв'язок між харчуванням та найважливішими хронічними неінфекційними хворобами [3; 4; 10; 11].

Виділяють п'ять груп захворювань, які прямо або опосередковано пов'язані з харчуванням [8]: 1) аліментарні хвороби, які зумовлені дефіцитом чи надлишком компонентів їжі; 2) вторинні захворювання недостатнього чи надмірного харчування, які виникають як ускладнення на фоні виснажливих хворіб (хірургічних, інфекційних, онкологічних тощо); 3) захворювання багатofакторної природи, які, в основному, розвиваються на фоні генетичної схильності, наприклад, атеросклероз, подагра, гіпертонічна хвороба, онкозахворювання і т.п.; 4) захворювання, які передаються аліментарним шляхом (деякі інфекції і гельмінтози, харчові отруєння); 5) харчова незносність – атипові реакції на їжу, наприклад, харчова алергія.

Студенти дедалі частіше вживають висококалорійні, але малопоживні продукти та напої, що одержали назву «їжа-сміття» («джанк-фуд») [6]. Це негативно впливає на харчовий статус і здоров'я молодих людей, призводить до дефіциту нутрієнтів, в першу чергу мінеральних речовин і вітамінів [7; 19]. Продукти швидкого приготування з хімічними добавками, консервантами, барвниками, цукор та його штучні замінники, рафіновані продукти, чіпси, алкоголь, кофеїн, тютюн є шкідливими стимуляторами, які через високий підйом рівня інсуліну призводять до значного викиду серотоніну (гормону настрою). У людини виникає залежність від стимуляторів, які мають кумулятивну дію стосовно порушення обміну речовин і завдають величезної шкоди організмові, викликаючи серйозні захворювання [20]. Також слід відзначити шкідливий вплив на здоров'я студентів рафінованого цукру, який у вигляді добавок є у багатьох продуктах (цукерках, тістечках, печиві, тортах, солодких напоях та ін.). На його засвоєння витрачається велика кількість кальцію, що призводить до

виникнення остеопорозу. Крім того, для засвоєння білого цукру витрачаються вітаміни групи В, нестача яких зумовлює нервову збудливість, розлади травлення, втому, погіршення зору, анемії, серцеві напади, м'язові і шкірні захворювання [17].

Дівчата часто свідомо обмежують себе у споживанні повноцінних продуктів, намагаючись схуднути, не думаючи про наслідки [1]. За даними медичних досліджень, при низькокалорійних і незбалансованих дієтах, а також при нестачі їжі організм автоматично перемикається на голодний метаболізм. Це призводить до порушення гормональної рівноваги і уповільнення витрат калорій і поживних речовин, що стимулює утворення жирових запасів. І чим екстремальнішою була дієта, тим швидше вага повертається, часто з добавкою. Причому накопичення жиру в організмі стимулюється як в результаті недоїдання, так і при переїданні [7].

В організмі молодих людей не завершене формування багатьох фізіологічних систем, в першу чергу нейрогуморальної, тому вони дуже чутливі до порушення збалансованості харчових раціонів. У зв'язку з порушенням режиму харчування за час навчання у багатьох студентів розвиваються хвороби органів травлення, які отримали назву «хвороби молодих», а також гіпертонічна хвороба, неврози та ін. [3].

Нервові клітини дуже чутливі до нестачі харчових речовин, необхідних для їх нормальної працездатності. Зниження рівня глюкози в крові, яка виникає при нерегулярних прийомах їжі, гальмує діяльність кори головного мозку – виникають головні болі, різко знижуються працездатність та увага. Нестача вітамінів призводить до появи дратівливості, порушення сну, погіршення пам'яті та настрою.

Особливо важливим є дотримання принципів збалансованого харчування в період екзаменаційної сесії, яка потребує мобілізації багатьох фізіологічних систем організму. У цей період необхідним є збільшення в раціоні частки продуктів, які містять білки та вітаміни, що підвищують емоційну стійкість організму та його працездатність.

З метою оцінки стану фактичного харчування студентів ми провели анкетування, аналіз індивідуальних добових раціонів та визначили індекс маси тіла. В дослідженнях брали участь 60 студентів жіночої статі віком 19-20 років біолого-природничого факультету і факультету початкової та мистецької освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Нами були розроблені питання анкети для з'ясування режиму та якості харчування, а також умов споживання їжі студентами.

За даними добових раціонів обчислювали вміст поживних речовин і калорійність [2; 9]. Отримані дані співвідносили з фізіологічними потребами в енергії та харчових речовинах відповідно до віку і статі студентів [13]. Статистичну обробку результатів проводили з використанням програми *Microsoft Office Excel*.

Дослідження режиму харчування студентів показало, що 50% респондентів намагаються дотримуватися трьохразового харчування, 4-5 разів впродовж доби харчується 25% студентів, двічі – 20%, один раз –

5%. Відповідно, інтервал прийому їжі не рідше, ніж через 4-5 годин зафіксовано у більшості опитуваних (75%), тоді як у 25% цей інтервал становить 6–7 годин і більше. Ніколи не снідають перед заняттями 15% студентів, ще 25% снідають дуже рідко.

31,7% респондентів зазначили, що час їх останнього прийому їжі не пізніше 21.00 год., 45% опитаних вечеряють не пізніше 23.00 год., тоді як після 23.00 вечеряють 23,3% студентів.

Найбільшу кількість їжі студенти споживають в обід (63,3%), на вечерю – 26,7%. Є й студенти, які найбільше їдять перед сном, але таких лише 10%.

Щоденно вживають перші страви лише 10% респондентів, 90% студентів не вживають перших страв частіше трьох разів на тиждень, з них 16,7% – лише 1 раз на тиждень, що безперечно не може не позначитися на стані травної системи.

Свіжі овочі і фрукти є кожного дня в раціоні 33,3% опитаних студентів, 3-4 рази на тиждень споживають овочі і фрукти 46,7%, 1-2 рази на тиждень – 20%. Щоденна кількість овочів та фруктів складає у 45% випадків 100-200 г на добу, така ж кількість студентів їх споживає у кількості 200-300 г, ще 10% – менше 100 г, тоді як за рекомендаціями ВООЗ норма споживання овочів та фруктів становить не менше 400 г на добу.

У перервах між парами студенти харчуються, в основному, печивом та здобними булочками (70%), фаст-фудами – 15%, шоколадом чи цукерками – 10%, йогуртами чи фруктами – 5%.

Для визначення проблем щодо якості та організації харчування студентів було задано запитання «Чи задовільняють вас умови гуртожитку (квартири) для приготування їжі?» Виявилось, що повністю задовольняють ці умови лише 18,3% студентів, задовольняють частково – 50% і не задовольняють зовсім – 31,7%.

Послугами університетської їдальні для повноцінного харчування користуються не частіше 2-3 разів на тиждень 35% респондентів, тоді як переважна більшість (65%) не користуються їдальнею зовсім. Позитивним є те, що ніхто зі студентів не вважає високою вартість страв, приготованих у їдальні.

За результатами аналізу добового раціону студентів ми виявили невідповідність енергетичної цінності раціону енерговитратам у 48,3% студентів, причому у 38,3% спостерігалася недостатність добової енергетичної цінності, а у 10% – надлишок. Середнє значення енергетичної цінності добового раціону дівчат складало $1789,5 \pm 45,2$ ккал (норма — 2000 ккал [13]). На думку Л. Івашківа [10], недостатня енергоцінність раціонів може спричинити зменшення маси тіла, схуднення, швидку втомлюваність, зниження працездатності та захисних сил організму.

Також для оцінки енергетичної адекватності харчування нами було визначено індекс маси тіла студентів (індекс Кетле), який обчислюється співвідношенням маси тіла (кг) до зросту (м) у квадраті.

Середнє значення індексу маси тіла досліджуваних студентів склало $20,8 \pm 0,6 \text{ кг/м}^2$.

Більше половини студентів (58,3%) мали індекс маси тіла у межах норми, рекомендованої ВООЗ (від 18,5 до 25,0 кг/м^2). Надлишкову масу тіла (від 25,0 до 30,0 кг/м^2) мали 6,7% студентів. Низька маса тіла (до 18,5 кг/м^2) спостерігалася у 35 % досліджуваних.

Встановлено, що харчовий раціон досліджуваних студентів має дисбаланс основних нутрієнтів. Співвідношення білків, жирів та вуглеводів у раціонах 68,3% студентів не відповідало гігієнічним нормам.

Як з'ясувалося, 65% студентів недоотримує білки в тій чи іншій мірі, 15% студентів споживає їх надлишкову кількість, а 20% – нормальну. Дефіцит жирів визначено у раціонах 43,3% студентів, натомість, надлишок – у 25%. Недостатнє вживання вуглеводів зафіксовано у 23% обстежуваних, надлишкове – у 15%.

У 80% студентів зафіксовано недостатню кількість певних мінеральних речовин та вітамінів. Так, недостатність вітаміну А спостерігалася 66,7% студентів, вітаміну В₁ – у 41,6 %, вітаміну В₂ – у 38,3%, вітаміну С – у 45% студентів. Нестачу вітаміну С пояснює низький вміст у раціонах харчування студентів свіжих овочів та фруктів, а вітамінів В₁ та В₂ – збільшення споживання рафінованих продуктів (цукру, виробів з борошна вищого ґатунку, очищення рису тощо) та зменшення споживання злакових, бобових, печінки, яєць, молока, масла [10].

Серед мінеральних речовин встановлено дефіцит споживання кальцію у 65% обстежуваних, феруму – у 36,7%, магнію і фосфору – у 30%, калію – у 45%.

На основі отриманих даних можна дійти висновку, що фактичне харчування більшості досліджуваних студентів не відповідає критеріям раціонального харчування, є полідефіцитним та розбалансованим за багатьма нутрієнтами. У добових раціонах студентів виявлено дефіцит макро- та мікронутрієнтів, зокрема вітамінів А, В₁, В₂ та С, мінералів – кальцію, магнію, калію, фосфору та феруму.

Результати опитування свідчать про недостатній рівень дотримання студентами правильного режиму та якості харчування. Це стосується кратності та інтервалу прийому їжі, вживання перших страв, овочів та фруктів, сніданків перед навчальними заняттями, харчування на перервах тощо.

Споживання високорафінованих продуктів, продуктів тривалого зберігання; порушення режиму харчування; малорухомих спосіб життя може призвести до захворювань органів травлення, нервових стресів та неврозів, швидкої втомлюваності та зниження успішності у навчанні, а відтак, і якості підготовки майбутнього фахівця.

З метою усунення недоліків у харчуванні студентів доцільно вживати більше продуктів, багатих на складні вуглеводи, надавати перевагу хлібу з борошна грубого помелу, з висівками, продуктам із цільного зерна, збільшити у раціоні кількість свіжих фруктів та овочів, молочних продуктів,

пісних сортів м'яса, риби, надавати перевагу нерафінованим оліям, що містять поліненасичені жирні кислоти та зменшити споживання тваринних жирів, кондитерських виробів, замінюючи їх на сухофрукти чи мед.

Якісне та кількісне корегування фактичного харчування студентів сприятиме збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній і розумовій працездатності та успішному навчанню в університеті.

Список використаних джерел

1. Банковська Н.В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.01. - К.: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, 2008, 24 с.
2. Бардов В.Г., Сергета І.В. Загальна гігієна та екологія людини: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів. - Вінниця: НОВА КНИГА, 2002. - С. 80 – 91.
3. Бурлаку Н. І. Проблеми раціонального харчування українських студентів // Всеукр. конф. з питань безпеки харчування: тези доп. – К., НТУУ «КПІ», 2010. - С. 150 – 151.
4. Горобей М.П. Проблеми збалансованого харчування студентів // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - 2011. - № 11. - С. 20 – 22.
5. Грибан Г.П., Пуздимір М.І., Гусак О.Д. та ін. Безпечне харчування – основа здорового способу життя студентів // *Europejska nauka XXI rowieka*. - 2014. - Vol. 10 (23). - P. 63 – 64.
6. Гуліч М.П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення // *Проблеми старения и долголетия*. – 2011. - Т. 20. - № 2. - С. 128 – 132.
7. Жалпанова Л. Диеты, которые нас убивают. - М.: Мульти Медиа, 2008. – 108 с.
8. Зубар Н.М. Основи фізіології та гігієни харчування: підручник. - К.: Центр учбової літератури, 2010. - 36 с.
9. Зубар Н.М., Руль Ю.В., Булгакова М.К. Фізіологія харчування: практикум: навч. посіб. - К.: Центр учбової літератури, 2013. - 208 с.
10. Івашків Л.Я. Оцінка фактичного харчування студентів Львівського інституту економіки і туризму // *ENVIRONMENT&HEALTH*. – 2010. - № 3. - С. 74 – 77.
11. Корзун В.Н. Гігієна харчування. - К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т., 2003. - 236 с.
12. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. Особливості харчування населення України та їх вплив на здоров'я // *Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту імені О.О. Богомольця*. – К., НМУ, 2009. - № 3. - С. 64 – 73.
13. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії: Наказ МОЗ України від 18.11.1999 р. № 272. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19991118_272.html.
14. Основи харчування. Теорія та практичні застосування / За ред. Г.П. Грибана. - Житомир: Рута, 2010. - 882 с.
15. Пересічний М.І., Карпенко П.О., Пересічна С.М. Концепція організації харчування студентів // *Проблеми старения и долголетия*. – 2011. - Т. 20. - № 2. - С. 177 – 188.
16. Пересічний М., Завадинська О., Зубар Н. Оцінка якості харчування студентів у вищих навчальних закладах України // *Товари і ринок*. – 2008. - № 2. - С. 35 – 39.
17. Скальний А.В., Рудаков І.А., Нотова С.В. и др. Основи здорового питания: пособ. по общей нутрициологии. - Оренбург: ГОУ ОГУ, 2005. - 117 с.
18. Смоляр В.І. Фізіологія та гігієна харчування. - К.: Здоров'я, 2000. - 336 с.
19. Цимбаліста Н.В., Давиденко Н.В. Стан фактичного харчування населення та аліментарно обумовлена захворюваність // *Проблеми харчування*. – 2008. - № 1/2. - С. 32 – 35.
20. Шварцбейн Д. Программа по снижению веса без вреда для здоровья. – М., АСТ Астрель, 2007. - 287 с.

ВПЛИВ ПРОСЛУХОВУВАННЯ МУЗИКИ В НАВУШНИКАХ НА СЛУХ ЛЮДИНИ

(Малоштан Л.М., Кононенко А.Г.)

У даний час все більше людей намагаються вести здоровий спосіб життя, правильно харчуватися, суспільство веде боротьбу з наркоманією, алкоголізмом і іншими проблемами, актуальними на сьогоднішній день. Але мало хто приділяє належну увагу проблемам, пов'язаним зі слухом. Сучасні ж технології невблаганно рухаються вперед, роблячи наше життя все більш цікавим і зручним. У 80-і та 90-і роки мати плеєр уважалося престижним, і не всякий міг дозволити собі його придбати, сьогодні мобільні телефони, ігрові приставки, плеєри є у всіх. Вони стали компактнішими, економічнішими (час неперервної роботи збільшився в багато разів), їх пам'ять дозволяє зберігати десятки годин музики.

У сучасному мегаполісі, коли шумове забруднення перевищує всі норми, людина інстинктивно прагне захиститися від шуму, що переслідує її, в тому числі і за допомогою музики. Багато хто використовує для цього плеєри, які дозволяють замість нав'язливих, дратівливих вібрацій слухати обрані мелодії і ритми, які відповідають вашому смаку і настрою. Однак лікарі почали бити тривогу. У більшості вітчизняних і зарубіжних джерел літератури зазначено, що за умови, коли музика прослуховується в навушниках більше однієї години і щодня, з часом настають незворотні зміни слуху [1, с. 32; 6, с. 56; 10, с. 27; 11, с. 201; 12, с. 210].

Слухаючи музику на вулиці міста, в громадському транспорті або метро, ми збільшуємо гучність її звучання, щоб заглушити неприємні навколишні шуми. Але тривалий вплив гучного звуку призводить до стомлення м'язів, що регулюють рух барабанної перетинки. Вони перестають виконувати свої функції: скорочуватися при впливі низьких і високочастотних гучних звуків. У результаті звукова хвиля, що не перетворилася в середньому вусі, вривається у внутрішнє вухо, починається процес незворотного пошкодження і загибелі волоскових нервових клітин равлика. І, як наслідок, неминуче розвивається приглухуватість різного ступеня або глухота.

Багато людей використовують портативні плеєри при заняттях спортом (біг, аеробіка тощо). Але, як показали дослідження в області людського слуху, використання навушників при заняттях спортом також може бути небезпечно. При інтенсивному фізичному навантаженні кров відливає від голови до кінцівок, і вуха стають набагато більш уразливими для гучного звуку. Фахівці стверджують, що при заняттях спортом ризик отримання акустичної травми збільшується вдвічі [3; 8].

Люди в силу своїх професійних обов'язків користуються навушниками не одне десятиліття: це і радисти, і звукорежисери, і диспетчери. Однак, незважаючи на те, що вони проводять в навушниках багато годин поспіль,

слух у них погіршується не так радикально, як у шанувальників плеєрів. Справа в тому, що портативні звуковідтворюючі пристрої породили цілий новий клас головних телефонів – так звані «затички», що вставляються всередину вушної раковини. Звичайно, MP3-плеєр розміром із сірникову коробку виглядає більш ніж безглуздо з повноцінними закритими навушниками, та й бродити по вулицях з такою громіздкою конструкцією просто незручно. В результаті спочатку були придумані полегшені відкриті навушники, скріплені тонкої вузької металевої смугою, потім допитливі вирішили відмовитися від цієї смуги і розробили навушники, взагалі не з'єднані ободом, а кріпляться кліпсою за вушною раковиною, як слухові апарати. Але апофеозом мініатюризації стали навушники-вкладиші, що «затикають» вушну раковину як «беруші».

Як і інші типи «портативних» навушників, вкладиші формально відносяться до відкритого типу, оскільки вважається, що вони не перешкоджають проникненню у вуха звуків з навколишнього світу. Втім, у деяких моделях набагато більше спільного з закритими навушниками, оскільки вони майже герметично ізолюють органи слуху від зовнішнього середовища. Принципова ж відмінність вкладишів від інших типів навушників полягає в тому, що вони максимально наближають джерело звуку до внутрішнього вуха.

Якщо такий тиск на барабанні перетинки чиниться щодня, людина ризикує оглухнути. За останні п'ять років на прийом до отоларинголога стали частіше приходити молоді хлопці і дівчата. Всі вони хочуть бути модними, постійно слухати музику. Однак тривалий вплив голосної музики просто вбиває слух. Якщо після рок-концерту організму потрібно кілька днів, щоб відновитися, то при щоденній атаці на вуха часу на приведення слуху в порядок вже не залишається. Слухова система перестає сприймати високі частоти.

Будь-який шум інтенсивністю понад 80 децибел (дБ) негативно впливає на внутрішнє вуха. Гучна музика вражає клітини, що відповідають за сприйняття звуку, особливо якщо атака йде прямо з навушників. Ситуацію погіршує ще й вібрація в метро, яка також негативно впливає на структуру вуха. У поєднанні ці два фактори провокують гостру туговухість. Основна її небезпека в тому, що вона настає буквально відразу, проте вилікувати її дуже проблематично.

Найбільш небезпечні для вуха гучні високі частоти, на "почесному" другому місці – низькі. Медики вважають, що найтихішими звуками, які здатне вловити здорове вуха, це 10-15 дБ. Шепіт оцінюється вже в 20 дБ, звичайна розмова – в 30-35 дБ. Крик з рівнем звукового тиску в 60 дБ вже призводить до дискомфорту, а по-справжньому небезпечні для слуху звуки силою від 90 дБ (табл. 1). Іншими словами, будь-який поп-чи рок-концерт з рівнем 100-120 дБ – це серйозне випробування для вух. Такого ж звукового тиску з легкістю можна досягти в будь-яких сучасних навушниках [1; 3; 5; 8].

Рівні звукового тиску, що відповідають деяким ситуаціям

Рівень звуку	Джерело звуку
60 дБ	Телефонний дзвінок
70 дБ	Шум у ресторані
80 дБ	Міський транспорт, дзвінок будильнику на відстані метра, шум на фабриці, шум пирососа
90 дБ	Потяг в метро, мотоцикл, газонокосарка
100 дБ	Бензопила, відбійний молоток
110 дБ	Нічний клуб
120 дБ	Рок-концерт, гуркіт грому
130 дБ	Зліт ракети, постріл з артилерійського знаряддя

У людському вусі природою передбачений захист тільки від короткочасних гучних звуків, тривалий ж вплив неминуче призводить до зниження слуху. Як відзначають фахівці компанії *Siemens*, яка, крім іншого, займається випуском слухових апаратів, після короткочасного впливу високих рівнів шуму волоскові клітини внутрішнього вуха регенеруються, а гострота слуху знижується лише тимчасово і незначно. При повторному і тривалому впливі шуму ці слухові сенсорні клітини пошкоджуються більш серйозно, і відновлення їх стає неможливим. На думку медиків, вікові зміни слуху починаються приблизно з тридцяти років, але тривала дія гучного звуку здатне привести до набагато більш трагічних наслідків ще в зовсім ніжному віці [5].

Однією з поширених реакцій на тривалий і сильний вплив шуму є суб'єктивний тиннітус – дзвін або настирливий шум у вухах, який чує тільки сам пацієнт. Медики відзначають, що велика частина пацієнтів з цим захворюванням – люди 30-40 років, безліч яких були одними з перших користувачів плеєрів *Walkman*. Тиннітус – це дуже небезпечний симптом, який може перерости в прогресуюче зниження слуху. "Каталізаторами" процесу є ослаблений організм, стреси, куріння і алкоголь.

Британські фахівці з товариства глухих та слабочуючих «*Action on Hearing Loss*» опитали більше тисячі людей з нормальним слухом, які слухають музику в громадському транспорті, під час піших прогулянок або як звуковий фон під час роботи. Тридцять відсотків опитаних повідомили, що слухають улюблені композиції досить голосно і не особливо переживають через це. Разом з тим дослідники встановили, що кожен десятий британець страждає на постійний дзвін у вухах. Нерідко цей стан супроводжується почуттям страху і тривоги, безпорадності, що значно погіршує якість життя [3; 5; 8].

Доктор Брайан Флайгор з Гарвардської медичної школи провів дослідження впливу різних типів навушників на здоров'я споживачів. За результатами дослідження вчений дійшов висновку, що, як правило,

чим менше головні телефони, тим вище рівень звукового тиску незалежно від заданих значень гучності. Порівняно з великими навушниками, в яких вухо повністю закрито корпусом, вкладиші такого типу, як, наприклад, що поставляються в комплекті з плеєрами *Apple iPod*, підвищують рівень звукового тиску на значну величину, що досягає 9 дБ [9, с. 517].

Цифра може здатися незначною, якщо не знати, що децибелі – це логарифмічна одиниця вимірювання відносного рівня сигналу. Іншими словами, збільшення рівня звукового тиску на 9 дБ означає його без малого двократне збільшення. Для порівняння, максимальний рівень звучання дуже гучного чоловічого співу складає близько 90 дБ, а поп-ансамбль з усіма його численними підсилювальними установками видає звуковий тиск всього на 10 дБ більше.

У ході іншого дослідження, проведеного австралійською Національною акустичною лабораторією з Сіднея в цьому році, з'ясувалося, що відкритого типу масові навушники-вкладишів дозволяють чути те, що відбувається навколо, а це служить стимулом підвищення гучності на галасливих міських вулицях або у транспорті. Результати дослідження, в якому брали участь австралійські власники плеєрів *iPod* у віці від 18 до 54 років, показали, що близько чверті з них виставляють такий рівень гучності, який здатний викликати довготривалі пошкодження слуху. Як говориться в прес-релізі Національної акустичної лабораторії, у деяких шанувальників *iPod* були зафіксовані такі перевищення допустимого рівня гучності, які вже мали викликати пошкодження слуху [5].

Існують цікаві результати досліджень, в ході яких встановлено, що рівень звукового тиску, створений портативної апаратурою, в області, що безпосередньо примикає до барабанної перетинки, становить від 70 до 128 дБ. При цьому, як показали дослідження, любителям рок-музики властиво збільшувати необхідний для комфортного прослуховування рівень сигналу на 35-45 дБ (в сто разів). Після плеєрів з таким рівнем гучності у більшості спостерігалось тимчасове зниження слуху на 5-10 дБ (в 2-3 рази) на одній або декількох частотах, причому після 24 годин відпочинку показники слуху прийшли в норму. В іншій групі після годинного прослуховування музики з рівнем звуку від 90 до 106 дБ зниження слуху досягало 30 дБ [4, с. 81].

Крім впливу на орган слуху, близьке розташування джерела звуку не може не позначитися на зміні функціонального стану головного мозку, що грає безпосередню роль в сприйнятті і переробці інформації, що надходить. Одним з найбільш визнаних методів дослідження функціональної активності головного мозку є електроенцефалографія (ЕЕГ). Однак аналіз літературних даних показує значну захопленість сучасних дослідників проблемою пошуку ЕЕГ-корелятив емоцій при сприйнятті музики, впливу на стан головного мозку музики різних напрямків, розробки і впровадження музикотерапії. У зв'язку з вищевикладеним мета однієї роботи полягала у вивченні впливу

прослуховування музики в навушниках і без них на функціональний стан головного мозку у студентів медичного факультету.

У цьому дослідженні взяли участь 140 студентів (97 дівчат і 43 юнака). Шляхом анкетування встановлено, що 53,5% юнаків і 43,6% дівчат часто або час від часу використовують навушники для прослуховування музики. При формуванні контингенту для подальшого ЕЕГ-дослідження враховувався можливий вплив різних чинників на стан центральної нервової системи. Тому в групу обстежених не ввійшли особи, які займалися видами спорту, пов'язаними з частою травматизацією голови, а також з енцефалопатією посттравматичного та іншого генезу. З обстеження виключалися студенти, які мають музичну освіту, а також регулярно приймають лікарські препарати. Результатом подібного відбору стала група з 50 студенток.

ЕЕГ-дослідження проводилося за наступним протоколу: 1) реєстрація фонові ЕЕГ протягом 60 сек; 2) Реєстрація ЕЕГ з прослуховуванням музики без навушників протягом 90 сек; 3) перерва протягом 90 сек, що використовувався для накладення навушників; 4) реєстрація ЕЕГ з прослуховуванням музики в навушниках протягом 90 сек; 5) реєстрація фонові ЕЕГ протягом 60 сек. В якості музичного тесту використовувався уривок однієї з пісень сучасної російської рок-групи, обраної відповідно до музичним перевагам випробовуваних за результатами анкетування. Структура ЕЕГ досліджувалася на основі періодметричного аналізу, що дозволяє виявити представленість в складі ЕЕГ основних фізіологічних ритмів (альфа-, бета-, тета-, дельта-діапазони). Підрахунок індексів вівся автоматично на основі аналізу перетинів ЕЕГ нульової лінії. Весь аналізований відрізок ЕЕГ приймався за 100% і частка кожного з ритмів, що складають цей відрізок, виражалася в %. Достовірність відмінностей визначалася методом дисперсійного аналізу повторних вимірів.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що відбувається статистично значиме зменшення ($p=0,04$) вираженості альфа-ритму (з 38,95% в фонові ЕЕГ до 37,36% при прослуховування музики в навушниках) і статистично значуще збільшення ($p=0,001$) вкладу дельта-ритму в структуру ЕЕГ (з 17,7% до 18,98% відповідно). Отримані дані вказують на зниження функціональної активності головного мозку і говорять про превалювання гальмівних процесів при використанні навушників для прослуховування музики.

Отже, результати описаного дослідження доводять небезшкідливе захоплення навушниками більшістю молоді та дозволяють настійно рекомендувати відмову від їх частого і тривалого використання [2, с. 39; 7].

В авторитетному музичному журналі *Rolling Stone* відкрито обговорюється проблема глухоти від прослуховування музики. Більш того, там наводяться конкретні рекомендації фахівця-сурдолога: в середньому, при використанні звичайних навушників можна без шкоди для здоров'я слухати музику з гучністю трохи вище половини від максимальної протягом години в

день. Для більшої частини навушників-вкладишів час безпечного прослуховування знижується рівно вдвічі. З цієї ж статті можна почерпнути безліч історій-«страшилок» про дзвін у вухах після рок-концертів і про оглухлих музикантів. Нарешті, там даються п'ять корисних порад, як запобігти втраті слуху: по-перше, в шумному місці слід користуватися копійчаними «беруші»; по-друге, не робити голосно музику в навушниках, намагаючись заглушити зовнішній шум, адже рівень шуму в метро досягає 105 дБ, а трохи додавши гучності, можна отримати небезпечний для здоров'я рівень в 110 дБ; по-третє, користуватися закритими навушниками, що дозволяють не досягати небезпечної гучності; по-четверте, давайте своїм вухам відпочивати; і по-п'яте, киньте курити: куріння вдвічі підвищує ризик зниження слуху після тривалої шумової дії [5].

Тому, якщо ви не хочете до сорока років змінити навушники на слуховий апарат, то намагайтеся дотримуватися наступних порад: рівень гучності не повинен бути більше 60% від максимально можливого; гучність нормальна, якщо ви можете чути, що говорять оточуючі; люди навколо не повинні чути вашу музику; якщо, спілкуючись з людьми, ви переходите на крик, значить, гучність занадто велика.

Список використаних джерел

1. Богомольский М.Р. Воздействие звуковых сигналов высокой интенсивности на слуховой анализатор // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 3. – С. 31–33.
2. Гольдберг Е.М., Кривцунов А.Н., Пустовгар А.А. Влияние прослушивания музыки в наушниках на изменение частотного спектра ЭЭГ // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 4. – С. 39-40.
3. Гучна музика в навушниках може привести до глухоти. URL: <https://www.centrimed.com/news/detail.php?ID=31955> (дата звернення: 24.06.2017).
4. Евтушенко А. Чтобы слышать разницу // Stereo and Video. – 1997. – № 6. – С. 81.
5. О вреде наушников. URL: <http://www.nvtc.ee/e-oppe/Sidorova/helilaine/headphones.html> (дата обращения: 24.06.2017).
6. Сальников И. А., Овчинникова Н. А. Влияние прослушивания музыки в наушниках на слух человека // Юный ученый. – 2016. – № 11. – С. 55-57.
7. Тхабисимова И.К., Чочаева М.Ж., Тлакадугова М.Х., Шомахова А.М., Вологиров А.С. Распространенность наушников в студенческой среде и их влияние на слух. URL: <https://www.science-education.ru/pdf/2015/5/297.pdf> (дата обращения: 24.06.2017).
8. Як слухання музики в навушниках впливає на слух? URL: <http://teenbloog.org.ua/yak-sluhannya-muzyky-v-navushnykah-vplyvaje-na-sluh/> (дата звернення: 24.06.2017).
9. Fligor B.J., Cox L.C. Output levels of commercially available portable compact disc players and the potential risk to hearing // Ear and Hearing. – 2004. – Vol. 25, Is. 6. – P. 513-527.
10. Wahbeh H., Calabrese C., Zwickey H. Binaural beat technology in humans: a pilot study to assess psychologic and physiologic effects // J. Altern. Complement Med. – 2007. – № 13 (1). – P. 25-32.
11. Wahbeh H., Calabrese C., Zwickey H., Zajdel D. Binaural beat technology in humans: a pilot study to assess neuropsychologic, physiologic, and electroencephalographic effects // J. Altern. Complement Med. – 2007. – № 13 (2). – P. 199-206.
12. Yi-Tzu Sun, Huei-Chuan Sung. The effects of binaural beat technology on physiological and psychological outcomes in adults: a systematic review protocol // JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. – 2013. – № 11 (6). – P. 207 – 215.

ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛЯ

(*Мешко Г. М.*)

Здоров'я вчителя є необхідною умовою успішної професійної діяльності, його самореалізації, творчого кар'єрного зростання. Стан професійного здоров'я педагога позначається на результатах всієї навчально-виховної роботи, впливає на стабільність результатів праці, забезпечує високий рівень професіоналізму, визначає самоефективність його особистості. Крім того, від здоров'я вчителя значною мірою залежить стан здоров'я учнів, їхнє соціально-психологічне благополуччя, рівень «життєстійкості».

Професійне здоров'я вчителя – це інтегральна характеристика функціонального стану організму, глобальний психічний стан його особистості, для якого характерна динамічна гармонійність внутрішніх переживань і пов'язані з цим ефективність та успішність педагогічної діяльності, здатність протистояти негативним чинникам, що супроводжують цю діяльність. Цілісність професійного здоров'я зумовлюється взаємодією фізичного, психічного, соціального і духовного аспектів здоров'я.

Стан здоров'я вчителя визначається багатьма чинниками. Одні з них позитивно впливають на стан професійного здоров'я фахівця, інші – навпаки сприяють розвитку передхвороби і хвороби.

Дослідженню чинників здоров'я педагога присвячені роботи валеологів, фізіологів, психологів, педагогів. Окремо вивчаються чинники працездатності фахівців; детермінанти психічної, емоційної стійкості; чинники стресостійкості, психологічного благополуччя вчителів тощо. У психолого-педагогічній науці є низка досліджень, присвячених виявленню й аналізу професіогенних чинників ризику психічного і фізичного здоров'я вчителя (Ю. Бойчук, О. Васильєв, О. Дубнова, О. Кочерга, С. Кривцова, Г. Мітін, А. Найн, Г. Серіков, М. Смірнов, Л. Шевельова, М. Федорцева та ін.). Останнім часом з'являються дослідження, присвячені аналізу окремих чинників, що впливають на професійне здоров'я педагога (О. Анісімова, М. Доброрадних, Р. Хусанінова), психолого-педагогічних умов збереження здоров'я вчителя (Є. Белолоубська, З. Дудченко, Т. Глухова, А. Гордєєва, Г. Мітін, О. Панченко), чинників виникнення професійного стресу, професійних деформацій, деструкцій, дисгармоній (О. Баранов, Н. Водоп'янова, Е. Симанюк та ін.)

У науковій літературі чинники професійного здоров'я у найбільш загальному вигляді групують так: об'єктивні (зниження рівня життя, погіршення екологічної ситуації, спосіб життя, престиж професії та ін.); суб'єктивні (мотивація діяльності, особистісні риси, компетентність та ін.). Виділяють зовнішні (особливості педагогічної діяльності) і внутрішні (особливості особистості педагога) чинники. Можна виокремити загальні чинники професійного здоров'я, що властиві представникам усіх професій, і специфічні, характерні для педагогічної діяльності. Варто зазначити, що є

чинники, які впливають на загальний стан здоров'я вчителя, а є чинники, що визначають суто стан його професійного здоров'я

Динамічний стан професійного здоров'я педагога зумовлює вплив на нього низки чинників ризику і чинників благополуччя. Науковці Н. Блінова, Е. Козін, Н. Литвинова [8] виокремлюють кілька груп факторів ризику для здоров'я вчителя. Перша охоплює всі реальні умови навчального процесу: освітлення, вентиляцію навчальних приміщень, поліграфічні параметри, посібників і підручників, все, що потребує гігієнічного нормування. Друга група відображає інформаційний аспект навчального процесу, організацію навчання, навчальне навантаження. Третя – узагальнює стиль взаємин учителя з учнями, колегами по роботі. Погіршення здоров'я педагога спричиняють соціальна незахищеність, непрестижність вчительської професії, труднощі професійної міжособистісної взаємодії з сучасними «крутими» дітьми, їх амбіційно-претензійними батьками, не завжди доброзичливими колегами по роботі. інформаційні перевантаження, багатофункціональність соціально відповідальної діяльності. Чинниками ризику для професійного здоров'я вчителя є висока емоційна затратність і стресовість педагогічної діяльності, відсутність в школах умов для зняття психоемоційної втоми, недостатня компетентність у питаннях збереження і зміцнення здоров'я.

Чинниками, що сприяють збереженню професійного здоров'я, є: позитивна оцінка результатів навчально-пізнавальних результатів учнів (високі показники на іспиті, зовнішньому незалежному тестуванні, контрольній роботі, перемога на олімпіадах конкурсах, змаганнях); сприятливий психологічний клімат у педагогічному колективі, підтримка колег по роботі, заслужений авторитет і повага; кар'єрне зростання; моральні і матеріальні стимули; вдячність учнів, батьків та ін.

На основі аналізу великого масиву джерел з педагогіки, психології, психоенергетики, психосоматики, ортобіотики, психології праці, психології і педагогіки здоров'я, а також результатів проведеного емпіричного дослідження [10] нами виокремлено такі групи чинників професійного здоров'я вчителів: *індивідуально-психологічні* (спосіб життя, генетичні чинники, вік, стать, сімейний стан, освіта, стаж роботи, задоволення базових потреб); *особистісні* (особистісні диспозиції, рівень домагань, нейротизм, тривожність, особливості характеру, мислення, рівень самооцінки і самоповаги, навички соціальної взаємодії з людьми, смислові установки, цінності, спрямованість особистості, стиль життя, рівень професіоналізму, духовно-творчий потенціал, сформованість продуктивного стилю педагогічної діяльності і спілкування); *емоційні* (стан емоційної сфери, особливості психоемоційних переживань); *соціально-психологічні* (коло спілкування, психологічний клімат у педагогічному колективі, рівень соціальної підтримки); *організаційно-педагогічні* (навчальне навантаження, умови праці, режим праці і відпочинку, тривалість робочого дня, наявність здоров'язбережувального освітнього простору у навчальному закладі).

Науковці С. Балакірева, О. Вакуленко, О. Яременко до основних передумов здоров'я зараховують такі чинники: мир; дах над головою; соціальна справедливість, рівність, неупередженість; освіта; харчування; прибуток; стабільна екосистема; сталі ресурси [16, с. 3]. М. Смірнов зазначає, що умовами здоров'я фізичного є здоровий спосіб життя і стан екології; душевного – любов, творчість, коло спілкування, почуття гумору; духовно-морального – правильне виховання і самовиховання [15, с. 300].

Заслуговує на увагу підхід В. Гетман і Ю. Новицького, які виокремлюють такі системотвірні фактори здоров'я: адаптаційний ресурс, функціональні резерви, біоенергетичний та інформаційний обмін. Виходячи з цього, вони виокремлюють наступний ланцюг факторів впливу на здоров'я: філософія та концепція життя → формат впливу на формування та збереження здоров'я → накопичення резервів та ресурсу існування → формування рівня можливості людини в якісних показниках здоров'я → рівень інтелекту та освіченості, ступінь саморегуляції [5, с. 79].

У психолого-педагогічних дослідженнях зазначається, що психофізіологічний компонент професійної діяльності здоров'я детермінує стан здоров'я вчителя. Дослідження Н. Кузьміної, А. Маркової, Л. Мітіної та інших свідчать про те, що ефективна робота педагога, самопочуття і здоров'я залежать від оптимального рівня інтелектуального розвитку, синтетичного, цілісного, когнітивного стилю з високими показниками диференціації, гнучкості і конвергентності мислення, активності, швидкості реакції, мобільності, емоційної стійкості, рівня саморегуляції. Індивідуальні психофізіологічні властивості людини впливають на стан здоров'я. Учителі зі слабкою нервовою системою, слабкою професійною підготовкою більше піддаються емоційному перевантаженню.

Один із чинників професійного здоров'я, успішної професійної адаптації вчителів – розвинуті адаптаційні здібності. Високий рівень нервово-психічної стійкості і саморегуляції поведінки перешкоджає розвитку емоційного виснаження, а значний комунікативний потенціал знижує ймовірність виникнення деперсоналізації [4, с. 157]. Тому розвинуті адаптаційні здібності зумовлюють стійкість учителів до професійних стресів і сприяють зміцненню професійного здоров'я.

Показники стану професійного здоров'я залежать від віку, стажу роботи вчителя, статевих особливостей фахівців (Л. Августова, В. Белов, О. Васильєва, Т. Максимова, В. Марков, Ф. Філатов, Е. Фомін та ін.). Чим більший педагогічний стаж, тим гірші показники професійного здоров'я. Із збільшенням педагогічного стажу в учителів відбувається наростання дезадаптаційних процесів і хворобливих станів. У результаті значна частина учителів (більше 80%) мають хронічні захворювання як психічного, так і соматичного характеру. Основна причина в тому, що професійна діяльність виступає для вчителя стресогенним, відповідно, і патогенним чинником. Науковцями встановлено, що чим молодші вчителі та чим менше в них педагогічного досвіду, тим частіше складні ситуації сприймаються як сприятливо-корисні, тим менше фрустраційних реакцій у професійній

діяльності. У цьому випадку педагоги пояснюють свої помилки чи невдачі відсутністю досвіду, займають позицію «на помилках вчаться». Молоді вчителі з невеликим стажем роботи більш оптимістичні у поглядах щодо вирішення ускладнень. У діяльності вони схильні до пошуку продуктивних стратегій поведінки та спілкування [12, с. 7].

Крім педагогічного стажу, на рівень невротизації вчителів суттєвий вплив має і специфіка предмета, що викладається. Дисертаційні дослідження А. Ковальова (1975), С. Кручіної (1977) засвідчили, що більш високий рівень захворюваності мають учителі математичного профілю. Результати дослідження А. Калеченко (2006) показують дещо іншу картину. Найбільш виражені невротичні зміни в учителів літератури і мови, найменше – у вчителів фізичної культури і трудового навчання.

Вітчизняними і зарубіжними дослідниками доволі неоднозначно трактується вплив професіографічної належності вчителя на виникнення професійного вигорання. У дисертаційному дослідженні Н. Назарук (2007) не було виявлено статистично значущого впливу спеціальності вчителів на рівень професійного вигорання. Середні значення «незадоволеності собою», «тривоги та депресії», «емоційного відчуження» статистично достовірно відрізняються в залежності від спеціальності вчителя (на рівні статистичної значущості $p < 0,05$). Найвищий рівень професійного вигорання було виявлено серед категорії вчителів обслуговуючої праці та фізичної культури, а найнижчий — у виховників. Ці дані суперечать наведеним вище. Найвищі показники тривожності виявлено у вчителів естетичного циклу. Найвищий показник розширення сфери економії емоцій – у вчителів початкових класів на фоні найвищих показників психосоматичних розладів, найвищі показники незадоволеності собою – у вчителів фізико-математичного циклу. Найнижчі прояви тривоги та депресії зафіксовано у вчителів природничого циклу, найнижчі прояви розширення сфери економії емоцій у вчителів фізичного виховання та обслуговуючої праці при максимальних показниках емоційної відстороненості і мінімальних – психосоматичних розладів [11, с. 111-112].

У науковій літературі доведено, що рівень психосоматичних захворювань зростає з підвищенням професійної кваліфікації вчителя. Найрідше психосоматичні порушення турбують вчителів-спеціалістів, а найчастіше – вчителів-методистів. Та й найвищий рівень професійного вигорання виявлено у вчителів вищої категорії, а найнижчий — у спеціалістів [11, с. 115-116].

Учені виокремлюють чинники, які провокують невротичні реакції вчителів: низький рівень психологічної культури, недостатній розвиток комунікативних здібностей і навичок самоорганізації. Г. Зайцев [6] відзначає, що однією з причин невротизації вчителя виступає неспівпадання його смислових установок з ціннісними орієнтаціями учнів. Для збереження професійного здоров'я вчителю необхідно постійно переглядати власну ціннісно-смыслову позицію стосовно учнів.

Велике значення для збереження професійного здоров'я вчителів мають моделі поведінки подолання. Конструктивними є просоціальні дії

(поширення соціальної підтримки, вступ у соціальний контакт) і асертивні (впевнені) дії. Неконструктивні моделі поведінки – уникнення, маніпулятивні, асоціальні та агресивні дії – пов'язані з високим рівнем вигорання і професійної дезадаптації вчителів. Конструктивні копінг-стратегії, до яких належать впевнена поведінка і навички соціальної взаємодії, є чинниками збереження професійного здоров'я.

Комфортний психологічний стан характерний для учителів, у яких склалися доброзичливі офіційні стосунки з учнями й адміністрацією школи, а також хороші неофіційні стосунки з колегами по роботі. У дослідженні Н. Абаскалової [1] прослідковується залежність здоров'я суб'єктів освітнього процесу від соціально-психологічного клімату педагогічного колективу. Відзначено, що в несприятливій психологічній атмосфері (конфліктність, байдужість, заздрість, мстивість і т. п.) відхилення в стані здоров'я вчителів виникають у 2 рази частіше, а учні більше пропускають уроки через хворобу. Вони у 10 разів частіше вступають у конфлікти з учителями. Учитель, що знаходиться в стані постійного стресу, не здатний адекватно реагувати на конфліктні ситуації з колегами, адміністрацією, батьками і особливо з учнями.

Здоров'я вчителя, його емоційне благополуччя багато в чому залежить від стилю керівництва в педагогічному колективі, соціально-психологічної компетентності адміністрації. Конфлікти, що нерідко виникають між вчителями й адміністрацією, впливають на стан здоров'я. Негативне ставлення з боку адміністрації, непродумані нововведення, перекладання своїх обов'язків на вчителів, нерівномірне педагогічне навантаження, консерватизм адміністрації є не тільки причинами конфліктів між педагогами і адміністрацією [7], а й причиною погіршення самопочуття вчителів.

Вдало вибрана професія – запорука успіху у педагогічній діяльності, запорука професійного здоров'я. Ще І. Мечніков помітив у свій час, що професія впливає на тривалість життя і стан здоров'я суб'єкта професійної діяльності. Якщо вибір професії виявився невдалим, то у педагога пропадає задоволення від роботи, бажання вдосконалюватися в ній, знижується продуктивність праці, «якість» професійного життя. Згідно даних зарубіжних досліджень, правильний вибір професії у 2-2,5 рази зменшує плінність кадрів і на 10-15% збільшує продуктивність праці. Низька задоволеність працею і низький соціальний статус – найбільш значущі чинники серцево-судинних захворювань [13, с. 485-486]. Невдалий вибір професії «тягне» за собою зростання професійних захворювань, деформації особистості фахівця, виникнення емоційного вигорання. Ученими доведено, що задоволеність вибраною професією суттєво корелює з оптимальністю мотиваційного комплексу вчителя і рівнем емоційної нестабільності. Чим оптимальніший мотиваційний комплекс, чим більша активність педагога, мотивована самим змістом педагогічної діяльності, прагненням досягнути в ній певних позитивних результатів, тим нижчою є емоційна нестабільність [14, с. 235].

Професія вчителя містить здоров'язберезувальний компонент – можливість творчості і розвитку творчого потенціалу. Мотивація творчості і

професійного розвитку не тільки сприяє особистісно-професійному зростанню, але й збереженню і зміцненню професійного здоров'я вчителя. Наявність елементів творчості в роботі розглядають як джерело, що додає здоров'я: «чим більше в трудовій діяльності виражене творче начало, ініціатива, застосовуються особисті здібності і знання, тим сильніше приносить вона задоволення, тим помітніший її оздоровчий вплив» [2, с. 11]. Чим більші можливості для творчості у педагогічній діяльності, тим більше ця діяльність приносить задоволення, тим самим підвищуючи стійкість вчителя до захворювань.

Існують деякі відмінності у показниках професійного здоров'я чоловіків і жінок. Зокрема, чоловіки і жінки по-різному ставляться до власного здоров'я. Жінки оцінюють власне здоров'я як добре майже у 2 рази рідше, ніж чоловіки. Відповідно жінки частіше звертаються до лікарів з профілактичною метою. У випадку хвороби жінки в 1,7 рази частіше звертаються до лікаря, ніж чоловіки. Тому хронічні захворювання у жінок виявлено в 44 випадках зі 100, а у чоловіків в 29 випадках [9]. Чинниками, що найбільшою мірою впливають на здоров'я чоловіків, на думку соціальних психологів, є соціальний статус, посада, наявність близького партнера, у жінок – статус заміжньої жінки і матері та умови ведення домашнього господарства.

Потрібно відзначити ще один важливий момент – специфіка професійного здоров'я вчителя сільської і міської школи. Основні негативні ознаки життєдіяльності в місті – велике скупчення людей, відсутність контакту з природою, малорухливий спосіб життя, незбалансоване харчування, забруднене навколишнє середовище. У результаті цього pojawiaються серцево-судинні захворювання, захворювання, пов'язані з обміном речовин, синдром хронічної втоми – стан, що характеризується почуттям спустошеності і виснаженості, і не проходить навіть після відпочинку і тривалого сну [3, с. 34-35]. Також у вчителя міської школи може виникнути синдром «хворої споруди», коли він тривалий час знаходиться в закритому приміщенні чи приміщенні з несприятливим мікрокліматом. Симптоми такого синдрому: загальне недомагання, розбитість, нездатність сконцентруватися, також такі соматичні прояви, як пересихання в горлі, почуття закладеного носа, втома очей, слезотеча. Взимку, в умовах короткого дня, на фоні авітамінозу може розвинути зимова депресія. Вона проявляється у пригніченому настрої, підвищеній втомі, сонливості. Не додає здоров'я вчителю сільської школи перевтома при веденні домашнього господарства (робота на присадибній ділянці, догляд за домашніми тваринами тощо).

Аналіз чинників професійного здоров'я може слугувати основою для визначення напрямів профілактичної і психокорекційної роботи з учителями, для розроблення і втілення в життя на державному рівні комплексної програми збереження і зміцнення їх професійного здоров'я. Цілісне вирішення проблеми, яке б гарантувало вчителям продуктивне професійне довголіття, вимагає об'єднання зусиль психологів, лікарів, психотерапевтів і самих педагогів.

Список використаних джерел

1. Абаскалова Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа–вуз»: монография. – Новосибирск: НГПУ, 2001. – 316 с.
2. Артюнина Г.П., Игнатъева С.А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни: учебное пособие для высш шк. – 2-е изд., перераб. – М.: Акад. проект, 2004. – 560 с.
3. Белолобская Е.И. Педагогические основы обеспечения здоровья учителя: автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Якутский гос. ун-т им. М.К. Амосова. – Якутск, 2006. – 21 с.
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
5. Гетман В., Новицький Ю. Системоутворюючі фактори здоров'я людини // Вища освіта України. – 2010. – № 2. – С. 76-80.
6. Зайцев Г.К. Здоровье школьников и учителей. Опыт валеологического исследования. – СПб.: Балт. пед. академия, институт психологии человека, 1996. – 159 с.
7. Ключева Н.В. Технологии работы психолога с учителями. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 192 с.
8. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: учеб. пособ. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
9. Максимова Т.М., Белов В.Б., Гаврилова Н.Н. и др. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 2. – С. 4-9.
10. Мешко Г.М., Мешко О.І. Детермінанти професійного здоров'я вчителя // Педагогіка здоров'я: збірник наукових праць V Всеукр. наук.-практ. конф., присв. 170-річчю з дня народження І.І. Мечникова / за заг. ред. акад. І.Ф. Прокопенка. – Х.: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2015. – С. 357–362.
11. Назарук Н.В. Психологічні засоби профілактики «професійного вигорання» вчителя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. – Івано-Франківськ, 2007. – 320 с.
12. Пальчикова О. Фрустраційні реакції в педагогічній діяльності // Психолог. – 2004. – № 5 (101). – С. 6-7.
13. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 609 с.
14. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социально-педагогическая психология. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
15. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: АРКТИ, 2005. – 320 с.
16. Що таке здоровий спосіб життя? // Шкільний світ. ІнфОсвіт. – 2003. – № 45 (221). – С. 2-8.

РОЗДІЛ III. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ПОРУШЕНЬ

ГОМЕОСТАЗ І АДАПТАЦІЯ ЯК КРИТЕРІЙ СТАНУ ЗДОРОВ'Я

(Солошенко Е.М., Бойчук Ю.Д.)

Останнім часом рівень здоров'я населення падає щорічно навіть в найрозвиненіших країнах [3; 22; 24; 26]. Це пов'язано з тим, в організмі порушується імунітет, фізіологічний баланс, які дозволяють живій системі підтримувати відносну динамічну сталість, незважаючи на зміни у внутрішньому і навколишньому середовищі [3; 14]. Оскільки завдяки темпам науково-технічного прогресу в останні роки суттєво змінилися соціальне, виробниче та гігієнічне середовища, у якому живе сучасна людина, то змінився й рівень її здоров'я (показники захворюваності, смертності й тривалості життя). Відомі різні підходи до визначення поняття «здоров'я» [1; 20; 21; 22; 24; 26]. Загальним для різних визначень і підходів є те, що поняття «здоров'я» протиставляється як протилежне поняттю «нездоров'я». Відправною точкою для медико-соціальної інтерпретації поняття «здоров'я» є визначення, прийняте ВООЗ, як стан «повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних недоліків» [22]. Перехід від здоров'я до хвороби можна розглядати як процес поступового зниження здатності організму пристосовуватися до змін соціального й виробничого середовища, що в підсумку веде до зниження суспільних, соціальних і трудових функцій. За даними ВООЗ оцінювати спосіб життя людини треба не тільки з біологічних, але й з медико-соціальних позицій. Соціальні чинники обумовлені соціально-економічною структурою суспільства, рівнем культури, виробничими відносинами між людьми, традиціями, звичаями, соціальними настановами в родині й особистісними характеристиками. Більша частина цих чинників разом із гігієнічними характеристиками життєдіяльності входить в узагальнене поняття «спосіб життя», частка впливу якого на здоров'я становить більше 50% серед усіх факторів, у той час як частка впливу соціальних чинників становить від 18 до 22% [26]. Біологічні характеристики людини (вік, спадковість, конституція, темперамент, адаптаційні можливості та ін.) становлять у загальній частці впливу факторів на здоров'я не більше 20%. Тільки незначна частина (8–10%) показників здоров'я визначається рівнем надання медичних послуг [26]. Тому здоров'я людини – це гармонійна єдність біосоціальних якостей, зумовлених уродженими й набутими біосоціальними властивостями, а хвороба – порушення цієї гармонії. З поняттям здоров'я тісно пов'язано поняття про фактори ризику (ФР), що сприяють виникненню й розвитку хвороб. ФР – зовнішній вплив або особливість організму, які приводять до збільшення ризику розвитку захворювання або до іншого несприятливого результату [31]. До головних

факторів, що визначають здоров'я, відносять [3; 24; 26]: 1) фактори природного середовища – клімат даної території, рельєф, флора й фауна місцевості, сонячна радіація, середньорічна температура, комплекс космічних факторів; 2) біологічні й психологічні фактори, які характеризують індивідуальність людини: спадковість, адаптаційні властивості організму, темперамент, конституція, поведінка, тобто те, що характеризує індивідуальність людини; 3) соціально-економічні фактори – соціально-економічний і політичний розвиток суспільства, умови життя, праця, побут тощо; 4) медичні фактори – стан охорони здоров'я, розвиток медико-санітарних служб, дефекти й недоліки в організації медичної допомоги, медична активність населення.

Функціональний стан організму в інтервалі між нормою й патологією визначає ризик виникнення хвороби. Під ризиком розуміють ймовірність якої-небудь несприятливої події [31]. У зв'язку з цим рівень здоров'я можна визначити як здатність організму протистояти хворобі. Отже, чим вищим є рівень здоров'я, тим нижчим є ризик розвитку захворювань. Рівень ризику розвитку захворювання залежить від ФР і сили їх впливу на організм конкретної людини. За визначенням ВООЗ, під професійним ризиком розуміється прогностична ймовірність частоти несприятливих реакцій на вплив шкідливих факторів виробничого середовища й трудового процесу, оскільки люди постійно знаходяться під поєднаним впливом взаємозалежних і взаємозумовлюючих факторів [31]. Тому комплексне медико-соціальне дослідження стану здоров'я населення проводиться з урахуванням впливу великої кількості факторів, їх взаємозв'язками й рангової оцінки кожного з них.

Розрізняють первинні ФР, які залежать від соціально-економічних, політичних, природних умов, і вторинні ФР, що сприяють виникненню патологічних станів і розвитку хвороб. Тому, поряд із загальноприйнятими для характеристики здоров'я показниками, велике значення набувають показники, що дозволяють оцінити функціональний стан організму за різними фізіологічними і біохімічними зрушеннями, які ще не викликають захворювання, але знижують адаптаційні можливості організму й поєднуються в поняття преморбідних станів.

Відповідно до сучасних уявлень про ФР виникнення й розвитку різних захворювань все різноманіття факторів, що впливають на здоров'я, можна розділити на дві основні групи: внутрішні (біологічні) та зовнішні (природні й соціальні) [26]. До першої групи належать стать, вік, конституціональні особливості, спадковість, тип вищої нервової діяльності. Друга група факторів, що стосуються навколишнього середовища проживання й способу життя, більш велика й включає природні (географічні, метеорологічні, кліматичні, екологічні та ін.) і соціальні (виробничо-трудова, суспільно-політичні, соціально-культурні, пов'язані з побутом і медичною активністю) фактори. Відомо, що фактори навколишнього середовища, у тому числі виробничі й соціально-гігієнічні, можуть виступати не тільки в якості безпосередніх причин розвитку тих або інших захворювань, але й умов, що

викликають в організмі неспецифічні передпатологічні зміни. Оцінка таких змін досить складна або практично неможлива при використанні нозологічного підходу, в той час як використання донозологічної діагностики дозволяє виділити на межі норми й патології низку перехідних станів, що характеризуються різним ступенем адаптації організму до умов навколишнього середовища [4; 5; 6; 7-12, 13-16; 18].

Етіологічними факторами патогенезу будь-якого захворювання людини найчастіше виступають спадковість і середовище [26]. Частка їхньої участі при кожній хворобі своя, причому чим більшою є частка одного фактора, тим меншою - іншого. З цього погляду всі форми патології підрозділяються на чотири групи, між якими немає різких меж. *Першу групу* складають власне спадкові хвороби, в яких етіологічну роль виконує патологічний ген, а роль середовища полягає в модифікації лише проявів захворювання. До цієї групи входять генетично обумовлені хвороби (наприклад, фенілкетонурія, гемофілія), а також хромосомні хвороби. Генетичний аналіз хвороб першої групи будується, насамперед, на аналізі родоводів, на вивченні типу спадкової передачі патологічного стану, а роль середовища в цьому випадку рідко піддається вивченню на практиці. *Друга група* – це теж спадкові хвороби, обумовлені патологічною мутацією, однак для їхнього прояву необхідний специфічний вплив середовища. У деяких випадках така дія середовища, «що виявляє» хвороби, є дуже наочною й зі зникненням дії середовищного фактора клінічні прояви стають менш вираженими. Такими є прояви недостатності гемоглобіну Hb5 в його гетерозиготних носіїв при зниженому парціальному тиску кисню, виникнення гострої гемолітичної анемії при недостатності Г-6-ФДГ під впливом сульфаніламідів і деяких інших речовин. В інших випадках (наприклад, при подагрі) для прояву патологічного гена необхідний тривалий несприятливий вплив середовища (наприклад, особливості харчування). *Третю групу* складає більшість розповсюджених хвороб, особливо хвороб зрілого й похилого віку (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки, більшість злоякісних новоутворень та ін.). Основним етіологічним фактором у їх виникненні є несприятливий вплив середовища, однак реалізація дії фактора залежить від індивідуальної генетично детермінованої схильності організму. Тому ці хвороби називають мультифакторіальними, або хворобами зі спадковою схильністю. У цьому випадку внутрішні фактори патогенезу є генетично детермінованими факторами гомеостазу, незважаючи на те, чи йде мова про гуморальні або клітинні фактори, про гормональну регуляцію гомеостазу, чи про фактори імунологічної реактивності. Необхідно відзначити, що різні хвороби зі спадковою схильністю неоднакові за відносною роллю спадковості й середовища. Серед них можна було б виділити хвороби зі слабким, помірним і високим ступенем спадкової схильності. *Четверта група* – це порівняно небагато форм патології, у виникненні яких виняткову роль відіграє лише фактор середовища. Звичайно, це екстремальний середовищний фактор,

відносно дії якого організм не має механізмів захисту (травми, опіки чи обмороження, особливо небезпечні інфекції) [26]. Генетичні фактори в цьому випадку відіграють роль лише в перебігу хвороби, впливають на її результат.

На спадковість людини і розвиток патології впливають мутагени. *Мутагенами* називають фактори, що викликають мутації в організмах [26]. Мутагени бувають трьох видів: 1) фізичні - радіоактивні випромінювання, рентгенівські промені, температура тощо; 2) хімічні – важкі метали, пестициди, пероксиди, ряд азотистих та інших хімічних сполук; 3) біохімічні – проникнення у клітину чужорідних ДНК вірусу тощо. За характером походження мутації поділяються на *спонтанні*, які виникають природним шляхом, та *індуковані*, які викликаються штучно людиною дією різних факторів. Причинами виникнення *природних (спонтанних) мутацій* можуть бути умови середовища, особливості хімічних процесів обміну речовин. При самовідтворенні ДНК можуть відбуватися «помилки», при яких порушується вихідна специфічність послідовності нуклеотидів. Заміна одного чи декількох нуклеотидів усередині гена (генні мутації) приводить до перекручування копійованої з них генетичної інформації та до зміни властивості організму. Спонтанні мутації обумовлюються впливом природної радіації, різних хімічних мутагенів, температури та інших факторів. Причиною спонтанних мутацій стають хімічні речовини, що надходять в організм із їжею, водою і повітрям, а також деякі продукти, що утворюються в ході внутрішнього клітинного метаболізму. Мутації як спонтанні, так й індуковані виникають у соматичних клітинах (соматичні мутації), чи у статевих клітинах – гаметах. Соматична мутація зникає зі смертю даного індивідуума, тобто не передається у спадок нащадкам. Мутації, що виникають у гаметах батьків, виявляються в їхніх нащадках. Щодо *індукованого мутагенезу*, то виділяють два його виду: *радіаційний і хімічний*. Дослідженнями в галузі радіаційного мутагенезу була встановлена прямо пропорційна залежність між дозою енергії опромінення (для визначеного діапазону) і частотою генних мутацій, тобто чим вище доза енергії опромінення, тим більша кількість генних мутацій вона викликає. Велике значення має підсумовуючий (кумуляюючий) *ефект радіації*, коли дія будь-якими малими дозами опромінення в різний час приводить зрештою до підсумовування їх і прояву у виді сумарного мутаційного ефекту. Багато фактів свідчать про те, що мутації з'являються у вигляді потенційних змін. Поряд з іонізуючою радіацією *відомі сотні хімічних речовин, що володіють мутагенною активністю*. Відповідно до принципів їх дії виділяють 9 класів хімічних мутагенів: 1) алкілюючі сполуки, 2) пероксиди, 3) альдегіди, 4) гідроксиламіни, 5) азотиста кислота, 6) антиметаболіти, 7) солі важких металів, 8) барвники з лужними властивостями, 9) група речовин ароматичного ряду (канцерогени, алкалоїди, деякі лікарські речовини, гербіциди, інсектициди та ін.). Найбільш велику групу хімічних мутагенів представляють алкілюючі речовини - епоксиди, етиленамін, іприт, уретан та ін. У людини існують переважно спонтанні мутації, що виникли природним

шляхом. Разом з тим низка людей піддається штучному опроміненню, бо контактує з високими дозами хімічних мутагенів. Основними факторами опроміненнь є: 1) медичні; 2) професійні; 3) військові. Медичне опромінення проводиться з лікувально-діагностичними цілями, тому що при деяких захворюваннях (злоякісні пухлини) призначаються локальні опромінення. Джерела професійних хімічних впливів пов'язані з роботою на шкідливих виробництвах. Професійному опроміненню піддаються люди деяких спеціальностей (лікарі-радіологи, лікарі-рентгенологи, вчені, що працюють з радіоактивними ізотопами, шахтарі уранових рудників, обслуговуючий персонал атомних станцій). Колосальні кількості глибоко проникаючого випромінювання утворюються від ядерних вибухів під час випробування атомної зброї. Навіть у випадку ядерних випробувань під землею, під водою й у космічному просторі продукти радіоактивного розпаду підвищують природний фон радіації на Землі і, відповідно, збільшують радіаційну небезпеку для людини.

Сучасний етап характеризується зростанням забруднення середовища, що оточує людину, різними шкідливими речовинами не тільки мутагенами. Бурхливий прогрес науки і техніки забезпечує появу величезних кількостей раніше невідомих хімічних сполук. Щорічно арсенал хімічних сполук поповнюється новими назвами в геометричній пропорції на додаток до вже зареєстрованих. Багато хімічних сполук надходить у навколишнє середовище, а потім (прямо чи побічно) у продукти харчування й в організм людини. Якщо ще кілька десятиліть назад на земній кулі були місця, де населення не стикалося зі штучно створеними джерелами радіації й синтетичними хімічними сполуками, то в даний час таких населених місць уже практично немає. Колосальний розвиток сучасного хімічного виробництва обумовлює влучення в організм людини цих й інших мутагенів через повітря, воду, продукти харчування, лікарські препарати, харчові добавки тощо. Джерелом мутагенів навколишнього середовища є також хімізація сільського й лісового господарства. Особливе місце серед мутагенів навколишнього середовища належить пестицидам, що широко застосовуються в народному господарстві. Дослідження свідчать, що ці речовини вже присутні в продуктах харчування [2; 25]. Мутагенними властивостями володіють нітросполуки, у величезній кількості внесені в ґрунт у складі мінеральних добрив. Через ґрунт ці нітросполуки забруднюють джерела водопостачання і через воду попадають в організм людини. Джерелами мутагенів служать також відходи хімічної промисловості. Могутніми мутагенними властивостями володіють алкілюючі сполуки, що використовуються як проміжні продукти для різних технологічних процесів. Крім алкілюючих сполук, відходи хімічного виробництва можуть містити солі важких металів й інші речовини – хлор, йод, бензофурони, триметилфосфати тощо.

Високим мутагенним ефектом володіють (особливо при великих концентраціях) і багато звичайних лікарських препаратів. Існує низка

організмів, які проникаючи в клітини людини, стають джерелами ураження ДНК хазяїна. Так, установлена як мутагенна, так і канцерогенна роль вірусів в організмі людини. Мутагенними властивостями володіють деякі живі вакцини. Мутагенний ефект викликають токсичні речовини біологічного походження - речовини, що виділяються різними паразитичними організмами людини (наприклад, гельмінтами).

Рівень здоров'я, загальний стан організму, або, навпаки, міра зниження неспецифічної резистентності визначаються, як станом гомеостазу, так і розвитком загальних неспецифічних адаптаційних реакцій. Саме здатність живої системи перебувати в стаціонарному стані в мінливих умовах середовища дозволяє функціонувати їй як здоровому організму [17; 19].

Для забезпечення стаціонарного стану організму існують різноманітні анатомічні, фізіологічні й поведінкові пристосування, що слугують одній меті - збереженню сталості внутрішнього середовища, постійність якого забезпечує оптимальні умови для життя. Незважаючи на відмінність між зовнішнім середовищем, в якому живе організм, і внутрішнім середовищем, в якому знаходяться його окремі клітини, дуже важливо, щоб внутрішнє середовище залишалось незмінним. Для цього організм має саморегульовальну систему. Її внутрішня організація підтримується активними процесами, спрямованими на обмеження, попередження або усунення зрушень, що викликаються різними впливами з навколишнього й внутрішнього середовища. Здатність повертатися до вихідного стану після відхилення від деякого середнього рівня, викликаного тим чи іншим фактором, є основною властивістю організму.

Механізми саморегуляції діють не тільки на рівні організму, але й на рівні клітин, оскільки організм є сумою складових його клітин, а оптимальне функціонування організму як цілого залежить від оптимального функціонування частин, що його утворюють [26; 29]. Взаємодія всередині організму здійснюється складними регулюючими, координуючими і кореляційними механізмами за участю нервових, гуморальних, обмінних й інших факторів. Явище, коли система сама організується, підтримує сталість свого складу як якісного, так і кількісного, називається гомеостазом (грецьк. *homoios* - подібний, той же самий; *stais* - стан, нерухомість), який розглядається як відносна динамічна сталість внутрішнього середовища (крові, лімфи, тканинної рідини) і стійкість основних фізіологічних функцій (кровообігу, дихання, терморегуляції, обміну речовин тощо) організму людини.

З точки зору хімічної біофізики гомеостаз - це стан, при якому всі процеси, що відповідають за енергетичні перетворення в організмі, знаходяться у динамічній рівновазі. Цей стан має найбільшу стійкість й відповідає фізіологічному оптимуму. Основна роль у встановленні гомеостазу належить в першу чергу клітинним мембранним системам, які відповідальні за біоенергетичні процеси й регулюють швидкість надходження і виділення речовин клітинами. З цих позицій основними причинами порушення є незвичайні для нормальної життєдіяльності

неферментативні реакції, що протікають у мембранах. У більшості випадків це ланцюгові реакції окиснення з участю вільних радикалів, що виникають у фосфоліпідах клітин. Ці реакції ведуть до пошкодження структурних елементів клітин й порушення функції регулювання.

До факторів, що є причиною порушення гомеостазу, належать також агенти, що викликають утворення радикалів - іонізуючі випромінювання, інфекційні токсини, деякі продукти харчування, нікотин, а також нестача вітамінів тощо.

Одним з основних факторів, стабілізуючих гомеостатичний стан і функції мембран, є біоантиокиснювачі, які стримують розвиток окиснювальних радикальних реакцій. Регуляторні механізми, що підтримують фізіологічний стан або властивості клітин, органів і систем цілісного організму на оптимальному рівні, називаються гомеостатичними.

У широкому розумінні гомеостаз охоплює питання циклічного й фазового перебігу реакцій, компенсації, регулювання і саморегулювання фізіологічних функцій. Межі гомеостазу можуть бути жорсткими й пластичними, змінюватися залежно від індивідуальних вікових, статевих, соціальних, професійних та інших умов.

Особливе значення для життєдіяльності організму має сталість складу крові - рідкої основи організму [26; 29]. Відома стійкість активної реакції (рН) крові, осмотичного тиску, співвідношення електролітів (натрію, кальцію, хлору, магнію, фосфору), вмісту глюкози, числа формених елементів тощо [6]. Незважаючи на те, що осмотичний тиск крові й тканинної рідини піддається неперервним коливанням унаслідок постійного надходження осмотично активних продуктів проміжного обміну, воно зберігається на певному рівні й змінюється тільки при деяких виражених патологічних станах. Збереження постійного осмотичного тиску має першорядне значення для водного обміну й підтримки іонної рівноваги в організмі.

Найбільшою постійністю відрізняється концентрація іонів натрію у внутрішньому середовищі організму людини. Вміст інших електролітів коливається також у вузьких межах. Наявність великої кількості осморцепторів у тканинах й органах, у тому числі в центральних нервових утвореннях (гіпоталамусі, гіпокампі), та координованої системи регуляторів водного обміну й іонного складу, дозволяє організму швидко усувати порушення осмотичного тиску крові.

Незважаючи на те, що кров становить загальне внутрішнє середовище організму, клітини органів й тканин безпосередньо не стикаються з нею. У багатоклітинних організмах кожен орган має своє власне внутрішнє середовище (мікросередовище), що відповідає його структурним й функціональним особливостям, а нормальний стан органів залежить від хімічного складу, фізико-хімічних, біологічних та інших властивостей цього мікросередовища. Його гомеостаз обумовлений функціональним станом гістогематичних бар'єрів та їх проникністю у напрямках «кров→тканинна рідина», або «тканинна рідина→кров».

Особливо важливе значення має постійність внутрішнього середовища для діяльності центральної нервової системи: навіть незначні хімічні й фізико-хімічні зрушення, що виникають в цереброспинальній рідині, глії й навколклітинних просторах, можуть викликати різке порушення перебігу життєвих процесів в окремих нейронах. Складною гомеостатичною системою, що включає різні нейрогуморальні, біохімічні, гемодинамічні та інші механізми регуляції, є система забезпечення оптимального рівня артеріального тиску. При цьому верхня межа рівня артеріального тиску визначається функціональними можливостями барорецепторів судинної системи тіла, а нижня межа - потребами організму в кровопостачанні. До найбільш досконалих гомеостатичних механізмів в організмі людини належать процеси терморегуляції.

Існують вікові особливості гомеостазу. Так, у дитячому віці сталість внутрішнього середовища організму й відносна стійкість фізико-хімічних показників забезпечуються при вираженому переважанні анаболічних процесів обміну над катаболічними. Це є неодмінною умовою росту й відрізняє дитячий організм від організму дорослих, у яких інтенсивність метаболічних процесів перебуває у стані динамічної рівноваги. У зв'язку з цим нейроендокринна регуляція гомеостазу дитячого організму виявляється більш напруженою, ніж у дорослих.

Кожний віковий період характеризується специфічними особливостями механізмів гомеостазу та їх регулювання. Тому у дітей значно частіше, ніж у дорослих, зустрічаються важкі порушення гомеостазу, що нерідко загрожують життю. Ці порушення найчастіше пов'язані з незрілістю гомеостатичних функцій нирок, із розладами функцій шлунково-кишкового тракту або дихальної функції легень. Зростання дитини, що виражається в збільшенні маси її клітин, супроводжується виразними змінами розподілу рідини в організмі. Абсолютне збільшення обсягу позаклітинної рідини відстає від темпів загального наростання ваги, тому відносний обсяг внутрішнього середовища, виражений у відсотках від ваги тіла, з віком зменшується.

Система регуляції сталості об'єму рідини (волюморегуляція) забезпечує компенсацію відхилень у водному балансі в досить вузьких межах. Високий ступінь гідратації тканин у новонароджених і дітей раннього віку визначає значно вищу, ніж у дорослих, потребу дитини у воді (у розрахунку на одиницю маси тіла). Втрати води або її обмеження швидко ведуть до розвитку дегідратації за рахунок позаклітинного сектору, тобто внутрішнього середовища. При цьому нирки - головні виконавчі органи в системі волюморегуляції - не забезпечують економії води. Лімітуючим фактором регуляції є незрілість каналцевої системи нирок. Найважливіша особливість нейроендокринного контролю гомеостазу у новонароджених і дітей раннього віку полягає у відносно високій секреції й ниркової екскреції альдостерону, що чинить прямий вплив на стан гідратації тканин і функцію ниркових каналців.

Регуляція осмотичного тиску плазми крові й позаклітинної рідини у дітей також обмежена, що пов'язано з незрілістю ниркових механізмів концентрації сечі у дітей. Порушення гомеостазу, які проявляються гіперосмосом, особливо часто зустрічаються у дітей періоду новонародженості й перших місяців життя. В більш старшому віці починає переважати гіпоосмос, пов'язаний головним чином з шлунково-кишковими захворюваннями або хворобами нирок.

Менш вивчена іонна регуляція гомеостазу, що пов'язана з діяльністю нирок і характером харчування. Велике значення в підтримці загального осмотичного тиску у внутрішньому середовищі має концентрація цукру та сечовини. Вміст цих осмотично активних речовин та їх вплив на водно-сольовий обмін при багатьох патологічних станах можуть різко зростати. Тому при будь-яких порушеннях гомеостазу необхідно визначати концентрацію цукру та сечовини.

Ураховуючи вищевикладене, у дітей раннього віку при порушенні водно-сольового й білкового режимів може розвиватися стан прихованого гіпер- або гіпоосмосу, гіперазотемії. Важливим показником, що характеризує гомеостаз у дітей, є концентрація водневих іонів у крові й позаклітинної рідини. В антенатальному та ранньому постнатальному періодах регуляція кислотно-лужної рівноваги тісно пов'язана зі ступенем насичення крові киснем, що пояснюється відносним переважанням анаеробного гліколізу в біоенергетичних процесах. При цьому навіть помірна гіпоксія у плода супроводжується накопиченням в його тканинах молочної кислоти. Крім того, незрілість ацидогенетичної функції нирок створює передумови для розвитку «фізіологічного» ацидозу (зсув кислотно-лужної рівноваги в організмі у бік відносного збільшення кількості аніонів кислот).

У зв'язку з особливостями гомеостазу у новонароджених нерідко виникають розлади, що стоять на межі між фізіологічними й патологічними. Перебудова нейроендокринної системи в пубертатному періоді також пов'язана зі змінами гомеостазу. Однак функції виконавчих органів (нирки, легені) досягають у цьому віці максимального ступеню зрілості, тому важкі синдроми або хвороби гомеостазу зустрічаються рідко. Частіше розвиваються компенсовані порушення в обміні речовин, які можна виявити лише при біохімічному дослідженні крові. Тому для характеристики гомеостазу у дітей при клінічних обстеженнях дослідженню підлягають гематокрит, загальний осмотичний тиск, уміст натрію, калію, цукру, бікарбонатів і сечовини в крові, а також рН крові, pO_2 і pCO_2 .

У різні вікові періоди один і той же рівень гомеостатичних величин підтримується за рахунок різних порушень у системах їх регулювання. Наприклад, сталість рівня артеріального тиску у молодому віці підтримується за рахунок більш високого хвилиного серцевого викиду й низького загального периферичного опору судин, а в літньому й старечому - за рахунок більш високого загального периферичного опору й зменшення величини хвилиного серцевого викиду. При старінні організму сталість

найважливіших фізіологічних функцій підтримується в умовах зменшення надійності й скорочення можливого діапазону фізіологічних змін гомеостазу.

Збереження відносного гомеостазу при структурних, обмінних та функціональних змінах досягається тим, що одночасно відбувається не тільки згасання, порушення і деградація, але й розвиток специфічних пристосувальних механізмів. За рахунок цього підтримується постійний рівень вмісту цукру в крові, рН крові, осмотичного тиску, мембранного потенціалу клітин тощо.

Істотне значення у збереженні гомеостазу в процесі старіння організму мають зміни механізмів нейрогуморальної регуляції, збільшення чутливості тканин до дії гормонів і медіаторів на тлі ослаблення нервових впливів. При старінні організму суттєво змінюється робота серця, легенева вентиляція, газообмін, ниркові функції, секреція травних залоз, функція залоз внутрішньої секреції, обмін речовин. Зміни ці можуть бути схарактеризовані як гомеорезіс - закономірна траєкторія (динаміка) зміни інтенсивності обміну й фізіологічних функцій з віком у часі. Значення ходу вікових змін дуже важливо для характеристики процесу старіння людини, визначення її біологічного віку. У похилому віці знижуються загальні потенційні можливості пристосувальних механізмів. Тому в старості при підвищених навантаженнях, стресах й інших ситуаціях ймовірність зриву адаптаційних механізмів і порушення гомеостазу збільшуються. Таке зменшення надійності механізмів гомеостазу - одна з найважливіших передумов розвитку патологічних порушень в старості.

Отже, гомеостаз - це інтегральне поняття, яке функціонально й морфологічно об'єднує серцево-судинну систему, систему дихання, ниркову систему, водно-електролітний обмін, кислотно-лужну рівновагу [27; 28]. В основі уявлень про сутність принципів гомеостазу лежить організуюча роль нервового апарату. Деякі стани вегетативної нестійкості, зумовлені недостатністю, надлишком або неадекватністю регуляторних механізмів, розглядаються як «хвороби гомеостазу». З певною умовністю до них можуть бути віднесені функціональні порушення нормальної діяльності організму, пов'язані з його старінням, вимушена перебудова біологічних ритмів, деякі явища вегетативної дистонії гіпер- і гіпокомпенсаторна реактивність при стресових й екстремальних впливах тощо.

Проте ні теорія бар'єрних функцій, ні загальний адаптаційний синдром, ні теорія функціональних систем, ні гіпоталамічне регулювання гомеостазу та багато інших теорій не дозволяють повністю зрозуміти проблему гомеостазу. До того ж у наукових працях з вивчення гомеостазу не зовсім правомірно використовуються поняття про ізольовані фізіологічні стани («імунологічний», «електролітний», «системний», «молекулярний», «фізико-хімічний», «генетичний» гомеостаз).

Рівень здоров'я залежить не тільки від стану гомеостазу, але й від стану адаптації. Всього відомо 4 типи загальних неспецифічних станів: тренування, спокійна активація, підвищена активація й стрес [8; 12; 29; 30]. Тому поняття

«здоров'я» часто визначають через поняття «норма», яке є дуже збірним і фактично включає різні стадії реакцій тренування й активації різних рівнів реактивності. При надмірно сильних або ушкоджуючих діях розвиваються несприятливі стани: або стрес, або напружені реакції тренування, спокійної або підвищеної активації. При цих станах різною мірою знижується неспецифічна резистентність організму та його адаптивність до будь-яких ушкоджуючих факторів (кліматичних, екологічних, фізичних, психічних), посилюються патологічні процеси. Найбільш висока неспецифічна резистентність й адаптивність, при високій функціональній активності регулюючих і захисних систем. Слабкі дії викликають розвиток антистресових реакцій: тренування, спокійної активації або підвищеної активації, при яких підвищується неспецифічна резистентність й адаптивність організму. Одні й ті ж навантаження переносяться людиною абсолютно по-різному залежно від того, в якому функціональному стані (адаптаційній реакції) на даний момент знаходиться її організм [1; 11; 18].

Згідно існуючих поглядів хороша адаптація, висока резистентність організму, відсутність елементів пошкодження, гармонійна робота різних підсистем організму, великі резервні можливості – це норма, здоров'я. Навпаки погана адаптація, низька резистентність, наявність елементів ушкодження, дисгармонія в роботі різних підсистем організму, низькі резервні можливості, великі й неекономні енерговитрати - передпатологія, передхвороба, патологія, хвороба. Остання розвивається при дії надзвичайних за силою подразників, небезпечних (стресорних) для життя зовнішніх чинників. При цьому стрес, як й інші адаптаційні реакції, має абсолютно характерний комплекс показників на всіх ієрархічних рівнях - від молекулярного до вищих психічних, по наявності якого його можна відрізнити від інших станів.

Знаючи, в якому стані знаходиться організм, можна описати основні характеристики його вищої нервової діяльності, активності імунної й гормональної систем, мембран, мітохондрій. Між тим, на сучасному рівні знань хворобу не може розцінюватися тільки в параметрах стресу, як і здоров'я, яке існує в досить багатьох різних станах. Так, найбільш високий рівень здоров'я, близький до норми молодого, здорового організму, є *спокійна активація високих рівнів реактивності*. Цей стан досить стійкий. Спокійна активація нижніх поверхів – це єдина група станів, при яких постійно відбувається підвищення рівня здоров'я, еволюція систем і ліквідація відхилень як на будь-яких ієрархічних рівнях, так і в організмі в цілому. При розвитку *підвищеної активації* характер змін знаходиться в межах верхньої половини зони норми й вище, функціональна активність захисних і регулювальних систем навіть на низьких поверхах (високих рівнях) декілька напружена, оскільки організм жертвує гармонією заради однієї мети. В умовах *реакції підвищеної активації високих рівнів реактивності*, коли швидко потрібно відреагувати на пошкоджуючу дію, організм продовжує реагувати надійно. При розвитку *реакції тренування високих і середніх рівнів*

реактивності характер змін лежить в межах нижньої половини зони норми, стійкість цього стану менша, реєструється понижений катаболізм. Але цей стан також є станом здоров'я для різних зовнішніх умов. Кожен організм у кожен момент знаходиться в одному з описаних станів. Вони можуть змінюватися не частіше, ніж раз на добу: спільні адаптаційні реакції організму мають добовий ритм, який в природі є основним.

Тип адаптаційної реакції найчастіше визначається по аналізу крові, а саме *по відсотковому вмісту лімфоцитів в лейкоцитарній формулі, тобто* тип адаптаційної реакції визначається відносним, а не абсолютним вмістом лімфоцитів. Що стосується адаптаційних реакцій, то стани організму при різних адаптаційних реакціях якісно відрізняються. При зміні типа реакції стан міняється принципово, а разом з ним змінюється й відсотковий вміст лімфоцитів. *Відсотковий вміст лімфоцитів - фактично сигнальний показник адаптаційної реакції.* Решта формених елементів білої крові, спільного числа лейкоцитів й швидкості осідання еритроцитів, будучи лише додатковими ознаками реакції, свідчать про ступінь повноцінності, фізіологічності реакції, ступені її напруженості й відношення до загальноприйнятої межі норми. Фактично лейкоцитарна формула є «параметром, що характеризує стан здоров'я» організму, за яким можна оцінити «поверх» або рівень реактивності.

Адаптаційні реакції на різних рівнях реактивності умовно поділяють на високі, середні, низькі й дуже низькі. Із пониженням рівня реактивності (зі зростанням «поверху») - тобто, із збільшенням абсолютної величини чинника, що діє, – всередині симптомокомплексу, характерного для кожної реакції, з'являються й зростають ознаки напруженості, десинхронізації роботи підсистем організму, зменшується анаболізм, збільшується – катаболізм (у межах, характерних для кожної реакції), знижується енергетичний обмін і різні інші процеси - біохімічні, біофізичні й фізіологічні (у межах для кожної даної реакції).

Так, якщо реакціям активації й тренування властива висока синхронізація між підсистемами, то з падінням рівня реактивності поступово з'являються ознаки десинхронізації [21; 22; 23; 24; 26]. Для стресу й переактивації десинхронізація характерна з самого початку, проте з падінням рівня реактивності вона досягає такого ступеня, що є причиною безлічі патологічних процесів, соматичних і психічних. Із падінням рівня реактивності зростає вміст глюкокортикоїдів у межах, відомих для кожної адаптаційної реакції. На низьких рівнях реактивності навіть при антистресових реакціях починають з'являтися порушення психоемоційного статусу: поява тривожності (при переактивації – агресивність), зниження працездатності, порушення сну й апетиту. Із пониженням рівня реактивності у лейкоцитарній формулі з'являються, окрім лімфоцитів, відхилення від норми інших показників формули, такі як ознаки напруженості адаптаційної реакції, порушення гармонійності у функціонуванні підсистем організму. Чим нижче рівень реактивності, тим більші ці відхилення за кількістю показників.

Симптомокомплекс при стресі якісно відрізняється від такого при реакції тренування, а тренування – від активації. При реакції тренування

спільна кількість лейкоцитів у нормі вища, ніж при реакції активації, особливо підвищеної. Тому зниження числа лейкоцитів при переході з тренування в активацію слід уважати за норму. І навпаки: відсутність збільшення числа лейкоцитів (або, тим більше, їх падіння) при переході з реакції активації в реакцію тренування слід уважати за погіршення рівня реактивності. У разі розвитку реакції тренування, спокійній й підвищеній активації на низьких рівнях реактивності, а реакції переактивації – на середніх, то це відповідає безлічі станів, проміжних між здоров'ям і хворобою (донозологічний стан або стан передхвороби). До цієї ж групи станів входить м'який стрес - стрес високих рівнів реактивності.

Стрес середніх, низьких і дуже низьких рівнів реактивності, а також підвищена активація низьких рівнів (вона ж – переактивація) лежать в основі хвороби. Реакція переактивації при тривалій її підтримці приводить до хвороб, в основі яких лежить гіперфункція: аутоімунні процеси, алергії, колагенози, гепатити, деякі форми пневмоній і бронхітів. Основу хвороби складають не лише такі патологічні адаптаційні реакції, як стрес і переактивація, але також й антистресові реакції низьких рівнів реактивності. Різниця в тому, що при антистресових реакціях низьких рівнів, рівень здоров'я не так швидко падає, як при стресі.

Реакція тренування нижніх рівнів реактивності також може бути основою патології. Рівень здоров'я підвищується, якщо змінюється рівень реактивності вбік вищих рівнів реактивності.

Отже, негативна тенденція до збільшення кількості хворих й осіб, які зазнають впливу факторів ризику на тлі невеликої питомої ваги здорових осіб, робить особливо актуальним вивчення стану здоров'я населення й вирішення проблем первинної профілактики різних захворювань.

Список використаних джерел

1. Аршавский И.А. Некоторые методологические аспекты анализа закономерностей индивидуального развития организма // Вопросы философии. - 1986. - № 11. - С. 95-104.
2. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Смоляр В.І., Циганенко О.І. Екологічні проблеми харчування людини. - К.: Око-плюс, 2002. - 92 с.
3. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М. Бугай О.В. Екологія і охорона навколишнього середовища: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. - 4-те вид., випр. і доп. - Суми: ВТД «Університетська книга», 2007. - 316 с.
4. Бутов М.А., Соколова Г.Б. Общие неспецифические адаптационные реакции как критерий эффективности лечения // Актуальные вопросы курортной терапии. - Тула-Краинка, 1994. - С. 17-18.
5. Быков А.Т., Диженина И.И., Левин Ю.М., Свиридкина Л.П. Эндоекология и аппаратная физиотерапия. - М.-Сочи, 1996. - 166 с.
6. Васильев Н.В., Захаров Ю.М., Коляда Т.И. Система крови и неспецифическая резистентность в экстремальных условиях. – Новосибирск: ВО «Наука», 1992. – 257 с.
7. Гаркави Л.Х. Активационная терапия. Антистрессорные реакции активации и тренировки и их использование для оздоровления и лечения. – Ростов н/Д.: Изд-во Ростовского университета, 2006. - 88 с.
8. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов н/Д., 1990. - 223 с.
9. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. Диапазоны адаптационных реакций организма // Математическое моделирование биол. процессов. - М., 1979. - С. 27-33.

10. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. Принципы и методы оздоровления с позиции теории неспецифических адаптационных реакций организма // Валеология. – Ростов н/Д., 1996. - С. 23-27.
11. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов н/Д., 1990. - 223 с.
12. Гаркави Л.Х., Уколова М.А., Квакина Е.Б. Закономерность развития качественно отличающихся общих неспецифических адаптационных реакций организма/ Диплом на открытие № 158 Комитета Совета Министров СССР по делам изобретений и открытий // Открытия в СССР. - М., 1975. - № 3. - С. 56-61.
14. Імунна система та адаптаційні механізми в захисті організму людини від агресогенних екологічних факторів навколишнього середовища / Солошенко Е. М., Бойчук Ю. Д., Ключкова І. О., Потапова Л. М. // Проблеми медичної науки та освіти. - Х.: ХМАПО, 2004. - № 3. - С. 60-62.
15. Казначеев В.П. Современные аспекта адаптации. - Новосибирск: Наука, 1980. - 198 с.
16. Квакина Е.Б., Уколова М.А. О различных адаптационных реакциях в зависимости от силы воздействия // Матер. 2-го Всесоюзн. совещ. по влиянию магнитных полей. – М., 1969. – С. 107-110.
17. Коган А.Б. Экологическая физиология человека. – Ростов н/Д.: изд-во РГУ, 1990. – 264 с.
18. Коломиевский М.Л. Адаптационные реакции у больных ИБС // Клиническая медицина. – 1982. - № 7. – С. 32-35.
19. Кондрашова М.Н., Григоренко Е.В. Гомеостазирование физиологических функций на уровне митохондрий // Молекулярные механизмы клеточного гомеостаза. – Новосибирск: Наука, 1987. - С. 40-66.
20. Кузьменко Т.С. Некоторые иммунологические показатели при развитии адаптационных реакций у крыс на разных уровнях реактивности // Способы и механизмы повышения защиты в онкологии. – М.: Медицина, 1983. – С. 21-25.
21. Кузьменко Т.С. Значение алгоритмов воздействия для развития адаптационных реакций организма и повышения его неспецифической резистентности: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Ростов н/Д., 1994. – 19 с.
22. Кузьменко Т.С. Повышение эффективности лечения с помощью алгоритмов, разработанных на основе теории адаптационных реакций. – М.: Медицина, 2003. – 41 с.
23. Малов Ю.С. Адаптация и здоровье // Клиническая медицина. – 2001. – № 12. – С. 61–63.
24. Медичні проблеми екології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А.Я. Циганенко, Ю.Д. Бойчук, Е.М. Солошенко та ін.; за заг. ред. проф. А.Я. Циганенка. – Белгород-Харків: ХДМУ, 2004. - 239 с.
25. Микитюк О.М., Бойчук Ю.Д., Іонов І.А. Екологічна безпека харчування людини: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. - Х.: ХНУ ім. Г.С. Сковороди, 2007. - 183 с.
26. Основи екології людини: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М.; за заг. ред. проф. Е.М. Солошенко. — Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. - 546 с.
27. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск: Наука, 1981. – С. 191-197.
28. Сапов И.А., Новиков В.С. Неспецифические механизмы адаптации человека. - Л.: Наука, 1984. - 146 с.
29. Селье Г. На уровне целого организма. - М.: Мир, 1972. - 118 с.
30. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. The Story of The Adaptation Syndrome. - М.: Медгиз, 1960. - 254 с.
31. Солошенко Э.Н., Чикина Н.А. Определение факторов риска развития аллергодерматозов у рабочих предприятий химико-фармацевтической промышленности с помощью математических методов // «Метагигиена-93»: тез. докл. научн.-практ. конф. - М., 1993. - С. 137-138.

**НО-ЗАЛЕЖНА РЕГУЛЯЦІЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ЕРИТРОЦИТІВ ТА ДИХАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ КРОВІ ЗА УМОВ
АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ**
(Єфіменко Н.В., Дудок К.П., Сибірна Н.О.)

Алкоголізація українського суспільства набуває загрозливих масштабів. За останніми даними МОЗ та ВООЗ, Україна перебуває у п'ятірці «лідерів» за кількістю спожитого алкоголю на одну особу. Надмірне споживання алкоголю є важливою медичною проблемою, яка стосується всіх прошарків суспільства різних країн незалежно від національності. У світі частка летальних випадків від етанольного ураження органів становить 2,5 млн смертей щорічно, тобто 4% від усієї смертності [1; 2; 6; 9].

Алкоголізм – це захворювання, яке виражається в систематичному зловживанні алкоголем внаслідок виникнення патологічної залежності від нього [6; 9]. Розвиток пристрасті до алкоголю залежить від соціальних, психологічних, біологічних, генетичних факторів. При регулярному вживанні алкоголю в кількостях, що перевищують можливості дегідрогеназних систем індивідуума окиснити алкоголь і його метаболіти, формується стан хронічної алкогольної інтоксикації, який може проявлятися у вигляді як психічних розладів, так і у вигляді соматичної патології з одночасним ступінчастим ураженням «органів-мішеней» [9; 10].

Складність цього захворювання полягає в тому, що алкогользалежні пацієнти не бажають покидати споживати етанолвмісні напої, з часом лише посилюючи деструктивні зміни органів і тканин. Шлях протікання хвороби один – від пошкодження клітини до поглибленого ушкодження усіх життєвоважливих систем організму з летальним наслідком або довічною інвалідизацією [1; 10].

Ключові етапи прогресування алкогольної хвороби є взаємозалежними й відповідають співвідношенню не «доза-реакція», а «доза-пороговий ефект». Таким чином, тяжкість ушкодження органів залежить від тривалості вживання і від дози спиртних напоїв [2; 10; 12].

Алкоголь – це найбільш соціально загальнодоступна людуству сполука з вираженою наркотичною дією [2; 6; 9]. Етанол (EtOH) – речовина, що поєднує в собі властивості природнього метаболіту організму людини у малих концентраціях і токсичного ксенобіотика – у надмірних. Алкоголь (етилловий спирт, етанол, винний спирт) має просту хімічну структуру (C₂H₅OH). Проникнення алкоголю в усі тканини пояснюється відсутністю тканинної специфічності. Крім того, EtOH може безпосередньо взаємодіяти з мембранними білками, ензимами [2; 10]. Завдяки хімічній структурі EtOH може проникати в клітини шляхом простої дифузії за градієнтом концентрації через іон-транспортні канали клітинних мембран [2; 14].

Дію EtOH на організм можна назвати універсальною. Вплив алкоголю відбувається за трьома напрямками. Перший напрям це вплив на окремі структури мозку, що зумовлює розвиток синдрому залежності. Другий – коли алкоголь токсично впливає, практично, на всі внутрішні органи та системи

організму: серце, печінку, шлунок тощо. Патологічні зміни в цих органах, зазвичай, не пов'язані з синдромом залежності, але зловживання алкоголем спричиняє різні форми токсичного ураження, що є причиною летальних випадків серед хворих. Третій напрям – вплив алкоголю на потомство. Залежно від дози, шляхів потрапляння в організм, індивідуальних генетично-обумовлених характеристик, а також від толерантності організму до токсичних доз EtOH, прояв різних психофізіологічних ефектів та ступінь їхньої вираженості є досить різноманітними. Доведено, що у дітей, народжених від батьків з алкогольною залежністю, підвищений біологічний ризик виникнення залежності від алкоголю та наркотиків. У більшості з них виявляються різні зміни поведінки: агресивність, підвищена збудливість, психопатії, депресії тощо. Споживання алкоголю під час вагітності призводить до розвитку алкогольного синдрому плода з розумовою та фізичною недорозвиненістю [6; 9; 15].

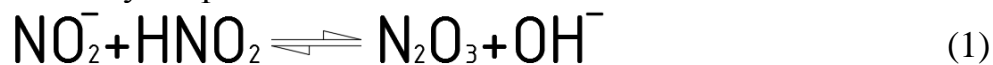
Перед дослідниками постає «гостра» проблема розробки терапевтичних засобів для дієвого індивідуального лікування алкогольної інтоксикації (АІ) і оцінювання результатів їхньої дії на органи й системи. Варто зазначити, що складність досліджень за умов АІ полягає в одночасному пошкодженні клітин різних органів, тому фармакологічну складову терапевтичних заходів необхідно обирати з особливою увагою, оскільки за умов АІ найбільше страждають органи, які володіють детоксикаційною властивістю [1; 9].

В останні роки з'явилося чимало наукових праць про цитотоксичні та протекторні властивості оксиду азоту (NO) за умов патології різного характеру [3; 7; 11]. За АІ основні пошкоджуючі ефекти є наслідками безпосередньої дії EtOH та токсичних метаболітів, що утворюються у процесі біотрансформації алкоголю [2; 10], тоді як NO не належить до істинних інтермедіатів його окиснення. Однак, використання його донаторів в медицині як гепато- і кардіопротектори вказує на те, що NO-залежна система регуляції морфофункціонального стану різних клітин організму є особливою ланкою розробки терапевтичних засобів лікування алкоголізму та наслідків хронічної АІ.

В організмі існують два основні механізми утворення NO *in vivo*: ферментативний і неферментативний. Ферментативний синтез NO в клітинах здійснюється ферментом NO-синтазою (NOS). Утворення NO здійснюється шляхом перетворення субстрату цього ферменту - L-аргініну на L-цитрулін та оксид азоту (NO). Є кілька ізоформ ферменту, які поділяють на конститутивну нейрональну (nNOS), конститутивну ендотеліальну (eNOS) та індукцибельну (iNOS). Для функціонування nNOS і eNOS необхідна присутність іонів Ca^{2+} і кальмодуліну, вони забезпечують відносно сталий рівень NO у відповідних тканинах. iNOS є Ca^{2+} -незалежною, її синтез часто пов'язують зі стресовими ситуаціями. За розвитку патологій різного генезу iNOS може продукувати на три порядки більше NO, ніж конститутивні NOS [3; 8].

Під неферментативним шляхом утворення NO розуміють відновлення нітритів або нітратів до NO. Виділяють два основних механізми: реакція диспропорціонування нітриту і відновлення нітриту в присутності

гемопротейнів (гемовмісних білків), які мають нітритредуктазну активність. Реакція диспропорціонування може відбуватися при закисленні середовища (наприклад, при ішемії або запаленні) і стає істотною при $\text{pH} < 6$. За таких умов відбуваються наступні реакції:



Серед гемвмісних білків, які мають нітритредуктазну активність, виділяють гемоглобін (Hb), міоглобін, цитохром *c* оксидазу, цитохром P₄₅₀, ксантин оксидоредуктазу.

Синтезований у клітині NO дуже швидко зв'язується з основними субклітинними мішенями, якими є залізовмісні протеїни: гуанілатциклаза, власне NO-синтаза, гемоглобін, цитохромоксидаза, цитохром P₄₅₀, ксантиноксидаза, пероксидаза, міелопероксидаза, каталаза. Виявлення нових біологічних властивостей NO як одного із біологічних медіаторів, залученого у численні фізіологічні та патофізіологічні процеси, призвело до формування гіпотези про генерування NO як стрес-лімітуючої системи. Вважають, що механізми захисної дії депо NO пов'язані з зниженням активності і/або експресії NOS за механізмом негативного зворотного зв'язку або вилученням надлишку активного NO [3; 8].

Цей огляд присвячений аналізу літературних і власних експериментальних даних, що узагальнюють сучасні уявлення про вплив NO на функціональний стан системи крові, а саме на її дихальну функцію, реологічні властивості й систему кровотворення.

Кров є тканиною, у якій спостерігається чітка залежність між будовою і функцією. Заслуговує особливої уваги напрямок досліджень морфофункціонального статусу клітин крові, оскільки вони можуть змінювати свою структуру і форму за патологій різного генезу та відображають стан організму в цілому, а еритроцити – клітини, які відображають порушення метаболізму та зміни в клітинних мембранах інших органів та тканин. Кількісний й якісний склад еритроцитів є важливим чинником у загальній в'язкості крові, у системі транспорту газів.

Дослідженнями було показано, що за умов АІ знижується кількість еритроцитів у периферичній крові. Водночас спостерігається збільшення кількості «фізіологічно старих» еритроцитів вдвічі, тоді як кількість «фізіологічно юних» еритроцитів зменшується відносно контролю [4].

Зловживання алкоголем призводить до порушення гематологічних показників вже на рівні кісткового мозку. За умов АІ виявлено зниження проліферативної активності еритроїдного ростка кісткового мозку, що в свою чергу пояснюється виснаженням його компенсаторної можливості продукції еритроцитів після їхнього гемолізу в периферичній крові або ж унаслідок фізіологічного процесу руйнування старих і дефектних еритроцитів. Низький вміст ретикулоцитів відображає неспроможність кісткового мозку компенсувати набутий анемічний стан.

Підтримання кровотоку у судинах визначається також і здатністю еритроцитів до зміни форми. Ступінь деформації еритроцитів залежить від зовнішніх факторів, які впливають на клітину і від деформованості самої клітини. За умов АІ в крові відмічено підвищення вмісту зворотно- і незворотно змінених форм еритроцитів на фоні зниження дискоцитів і зростання їхньої здатності до агрегатоутворення. Такі зміни сприяють, в значній мірі, втраті еритроцитами своєї двовігнутої форми, найбільш вигідної для руху по судинах і капілярах. Структурні зміни мембран є підґрунтям пришвидшеного старіння еритроцитів. Порушення метаболізму еритроцитів, зниження рівня АТФ й відновленого глутатіону, активація процесів ПОЛ, які виникають внаслідок АІ, призводять до утворення білок-білкових зшивок у мембрані, що в свою чергу підвищує її жорсткість і не здатність до деформації [2; 10]. В роботі Korbut et al. було показано, що на деформування і агрегацію еритроцитів NO може здійснювати регуляторний ефект. Зокрема, було показано, що активація Na^+/K^+ -АТФ-ази і Ca^{2+} -АТФ-ази еритроцитів стимулюється сполуками-донорами NO [13].

Нами було показано, що при введенні L-аргініну за АІ на фоні збільшення загальної кількості еритроцитів, відбувається збільшення і кількості ретикулоцитів відносно показників у групі тварин з АІ. Це свідчить про відновлення рівня функціонально-повноцінних дискоцитів до значень норми. У такому випадку, посилення еритропоезу слід розглядати як компенсаторну реакцію, спрямовану на збільшення кисневої ємності крові у відповідь на генералізовану тканинну гіпоксію [5].

Показано, що за АІ є характерним розвиток гіпоксичного стану, який характеризується недостатністю кисню в тканинах. Такий ефект може бути наслідком сповільнення насичення гемоглобіну (Hb) киснем і прискореної віддачі останнього тканинам. Критичний стан організму і його загибель настає в результаті незворотніх гіпоксичних явищ в тканинах за умов досліджуваної патології. У відповідь на гіпоксію в системі транспорту кисню першими включаються локальні фактори кровотоку – капіляри, які транспортують кров в ділянку, де виникає дефіцит кисню, різко розширюються. Таке розширення супроводжується втратою кисню з клітин гладеньких м'язів судинної стінки, оскільки тканини «відбирають» його. Запаси АТФ в клітинах гладеньких м'язів виснажуються, що лімітує їхнє скорочення. За фізіологічних умов клітинний рівень «боротьби» за кисень характеризується загальною тенденцією підвищення потужності систем енергозабезпечення. Це в свою чергу потребує збільшення інтенсивності постачання кисню тканинам і залучається резерв еритрона. У відповідь на розвиток гіпоксії за умов зниження еритропоетичної функції кісткового мозку може відбуватися переключення синтезу глобінових ланцюгів Hb (найчастіше β -родина), і в кровообіг потрапляють еритроцити зі змінами у гетерогенному наборі видів гемоглобіну та його лігандних форм, які здатні попереджувати стан дефіциту кисню.

Залежно від типу ліганду (O_2 , CO, NO, H_2S), відповідно, утворюються оксигемоглобін (HbO_2), карбоксигемоглобін (HbCO), нітрозилгемоглобін

(*NOHb*) та сульфгемоглобін (*SHb*) [3, 8]. У випадку утворення метгемоглобіну (*MetHb*) місце ліганда займає молекула води. Особливо цікавою є взаємодія оксиду азоту з Hb в еритроцитах, оскільки в цих клітинах наявний власний синтез NO. Відомо, що NO володіє вищою спорідненістю до гемової групи дезоксигемоглобіну, ніж O₂ та CO. Це дає змогу припускати його конкурування з киснем за відповідні ділянки на молекулах частково окисненого гемоглобіну [8]. Взаємодія NO з Hb в еритроцитах важлива для регуляції цих обох молекул *in vivo*.

Проникність еритроцитарної мембрани для NO порівняно невисока, що впливає на його біодоступність і взаємодію оксиду азоту з гемоглобіном. NO проникає крізь клітинну мембрану за допомогою спеціального переносника білка AE1 або аніон-обмінника.

В артеріальній крові NO в реакції з *HbO₂* утворює нітрат та *MetHb*, а у венозній – нітрозилгемоглобін (*NOHb*), який здатний при високих значеннях парціального тиску O₂ розпадатися з вивільненням молекули NO, яка окиснюється у присутності кисню до NO₃⁻.

Нітрит-аніон, як і NO, взаємодіє з оксигемоглобіном еритроцитів, формуючи нітрат-аніон і *MetHb*. Проте нітрат взаємодіє також із *RHb* з утворенням NO і *MetHb*.



Ця реакція є важливою в еритроцит-залежній гіпоксичній вазодилатації. На думку деяких авторів, еритроцит може бути додатковим резервуаром для нітрит-аніонів [3; 8].

Нами було підтверджено те, що за умов АІ зростає частка *MetHb* у крові тварин, щодо контролю. Це відбувається за рахунок зниження частки *HbO₂*, що призводить до порушення кисневої ємності Hb, посилюючи таким чином гіпоксичний стан організму за умов АІ.

Відомо, що NO зв'язується з гемовою частиною Hb, утворюючи нітрозилгемоглобін (*HbFe²⁺NO*), або із цистеїном у 93 положенні β-ланцюга глобіну – нітрозогемоглобін (*SNOHb*), який забезпечує транспорт і вивільнення NO [8]. Взаємодія NO з Hb важлива для регуляції функціонування обох цих молекул *in vivo*. Відомо, що метгемоглобін і *SNOHb* знижує показник насичення гемоглобіну киснем P₅₀, а *HbFe²⁺NO* її підвищує (рис. 1).

Існує O₂-залежна рівновага між *SNOHb* і *NOHb* (при відсутності низькомолекулярних тіолів типу цистеїну мішенню NO виступає гем з Fe²⁺, а при їхній присутності відбувається перенесення NO-групи на цистеїновий залишок β-глобіну). Стан редокс-рівноваги між *SNOHb* і *NOHb* пов'язаний із алостеричним станом гемоглобіну.

За умов АІ спостерігається зниження спорідненості Hb до кисню порівняно з контролем. Зниження спорідненості Hb до кисню за АІ може відбуватися внаслідок утворення АцА-модифікованого гемоглобіну. Ці сполуки є стабільними і характеризуються зниженою спорідненістю до кисню.

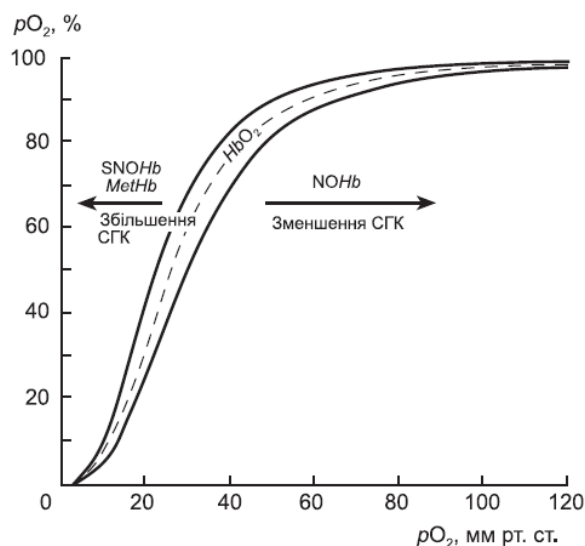


Рис. 1 Положення кривої дисоціації оксигемоглобіну залежно від вмісту NO-похідних сполук:

MetHb – метгемоглобін; SNOHb – нітрозогемоглобін; NOHb – нітрозилгемоглобін [8]

У свою чергу, оксид азоту, взаємодіючи з гемоглобіном, теж модифікує кисеньзв'язувальні властивості цього основного білка еритроцитів.

При дослідженні процесів нітрузування на фізико-хімічні властивості різних форм гемоглобіну у системі *in vitro*, було встановлено факт зв'язування NO в більшій мірі з гемовою частиною гемоглобіну за умов AI. Узагальнюючи результати досліджень функціонального стану гемоглобіну, можна припустити, що зафіксовані зміни в електронному спектрі Hb у діапазоні хвиль видимої ділянки є наслідком перерозподілу електронної густини в системі спряжених зв'язків порфіринового макроциклу та атома Феруму, і зміни конфорації субодиниць гемопротеїну.

Список використаних джерел

1. Гапонов К.Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // Укр. вісн. психоневр. – 2016. – Т. 24, Вип. 4. – С. 54–60.
2. Дереча Л. М. Алкоголь та його дія на організм: огляд літератури // Вісн. Харків. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Серія : Біологія. – 2007. – Вип. 6. - № 788. – С. 7–16.
3. Дрель В.Р. Основні механізми виникнення та розвитку діабетичних ускладнень: роль нітративного стресу // Біологічні студії. – 2010. – Т 4. - № 2. – С.141–158.
4. Єфіменко Н.В., Дудок К.П., Климишин Н.І., Сибірна Н.О. Структурно-функціональний стан еритроцитарних мембран периферичної крові щурів за алкогольної інтоксикації на фоні введення L-аргініну та L-NAME // Наук.-техн. бюл. ін-ту біол. тварин і держ. наук.-досл. контр. ін-ту ветпрепаратів та кормових добавок. – 2014. – Вип. 15. - № 4. – С. 21–28.
5. Єфіменко Н.В., Дудок К.П., Климишин Н.І., Сибірна Н.О. Вплив L-аргініну та L-NAME на морфологію еритроцитів периферійної крові щурів за умов алкогольної інтоксикації // Н. В. Єфіменко, // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – Т. 14. - № 3 (53). – С. 58–61.
6. Єщенко А.В. Алкоголь у підлітковому віці – медична й соціальна проблема // Мед.-соц. пробл. сім'ї. – 2013. – Т. 18. - № 1. – С. 122–126.
7. Садляк О. В. Оксид азоту: деякі аспекти прояву біохімічних ефектів на органно-системному рівні // Мед. та клініч. хім. – 2015. –

Т. 17. - № 4. – С. 107–112.

8. Сибірна Н.О., Люта М.Я., Климишин Н.І. Молекулярні механізми депонування оксиду азоту в еритроцитах // Біол. Студ. – 2010. – Том 4. - № 1 – С. 143–160.

9. Сосін І.К., Сквіра І.М., Міцура В.М. та ін. Рання діагностика алкогольної залежності в практиці сімейного лікаря // Здобут. клініч. і експ. мед. – 2016. – № 1. – С. 69–72.

10. Харченко О., Гавриш Л., Остапченко Л. Токсична дія етанолу та його продуктів на організм // Вісн. НАН України. – 2006. – № 3. – С. 57–64.

11. Babor T., Caetano R., Casswell S. et al. Alcohol: NO ordinary commodity // Addiction. – 2010. – Vol. 105 (5). – P. 769–779.

12. Kamper-Jorgensen M., Grønbaek M., Tolstrup J., Becker U. Alcohol and cirrhosis: dose–response or threshold effect? // J. of Hepatology. – 2004. – № 41. – P. 25–30.

13. Korbut R., Gryglewski R.J. The effect of prostacyclin and nitric oxide on deformability of red-blood-cell deformability in vitro // J. of Physiol. and Pharm. – 1996. – Vol. 47. - № 4. – P. 591–599.

14. Snyder P. M. Intoxicated Na⁺ channels. Focus on «Ethanol stimulates epithelial sodium channels by elevating reactive oxygen species» // Am. J. Physiol. Cell. Physiol. – 2012. – Vol. 303. - № 11. – P. C1125–C1126.

15. Solis J.M., Shadur J.M., Burns A.R., Hussong A.M. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances // Curr. Drug Abuse Rev. – 2012. – Vol. 5. - № 2. – P. 135–147.

ДЕФІЦИТ ЦИНКУ: АКЦЕНТ НА ПИТАННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

(Терів П. С., Шкуруній Д. А.)

За даними міжнародних організацій розповсюдженість дефіциту цинку серед населення різних країн коливається від 4,2 до 66,8%. В Україні цей показник складає 15,8% [1, с. 18]. Будучи есенціальним мікроелементом, цинк є одним з основних біорегуляторів. Разом з тим, щорічно в світі реєструється близько 7 млн випадків гострих порушень мозкового кровообігу та 1,4 млн випадків черепно-мозкової травми, які є основними причинами гострої церебральної недостатності. В Україні щороку близько 200 тис. населення отримують черепно-мозкову травму і від 100 до 120 тис. мешканців переносять мозкові інсульти. Смертність тільки від цереброваскулярних захворювань вийшла на друге місце після ішемічної хвороби серця, випередивши при цьому онкологічні захворювання. При цьому частота тяжких уражень головного мозку з кожним роком прогресивно росте, що потребує тривалого лікування даних хворих в умовах відділення інтенсивної терапії [2, с. 65; 3, с. 85].

Ці статистичні дані свідчать про високу актуальність питання оптимізації всіх напрямків лікування і реабілітації даної категорії хворих, в тому числі – і в аспекті корекції обміну цинку.

За поширенням в організмі людини цинк посідає друге місце після заліза. Його загальний вміст складає 1,3–3,0 г, а середній вміст у плазмі крові коливається в межах 13–20 мкмоль/л. Цинк входить до складу понад 200 ферментів, зокрема - оксидоредуктаз (алкогольдегідрогенази,

супероксиддисмутази та ін.), трансфераз (РНК-полімерази, ДНК-полімерази та ін.), гідролаз (лужної фосфатази, нуклеотидпірофосфатази, карбоксипептидази А і В та ін.), ліаз (карбоангідрази, колагенази та ін.), лігаз (піруваткарбоксилази, мітохондріальної РНК-синтетази), ізомераз (ізомерази фосфоманози). Він бере участь у синаптичній передачі імпульсу, синтезі, розпаді вуглеводів, жирів, білків, обміні нуклеїнових кислот, є структурним компонентом біологічних мембран, клітинних рецепторів, протеїнів [4, с. 68-71; 5, с. 3-9].

Цинк входить до складу багатьох регуляторів транскрипції і біосинтезу нуклеїнових кислот і протеїнів. Цей мікроелемент забезпечує контроль експресії генів у процесі проліферації і диференціювання клітин. Він є регулятором чутливості тканин до дії різних гормонів і факторів росту. Цинк-місткі нуклеопротеїди беруть участь в генетичній експресії факторів росту і стероїдних рецепторів. Цинк стабілізує структуру ДНК і РНК, активує РНК-полімерази, а також бере участь в процесах транскрипції і реплікації у складі білків хроматину. Цинк є незамінним для генної експресії і метаболізму нуклеїнових кислот, а відповідно - і всіх процесів росту і диференціації клітин. Він коригує адаптаційні механізми при гіпоксемії, збільшує ємнісно-транспортні здатності гемоглобіну по відношенню до кисню а, отже, є доведеним адаптогеном [6, с. 161; 7, с. 105].

Доведено, що цинк пригнічує ріст *Escherichia coli*, знижує адгезію патогенних кишкових бактерій до епітелію кишечника. Встановлено, що призначення цинку в дозі 5–20 мг на добу під час діареї зменшує її тривалість та тяжкість через інгібіцію цинком натрій-калієвої-АТФ-ази при надмірній її активації [7, с. 105].

Цинк прискорює регенерацію слизового шару кишечника, стимулює активність війок ентероцитів, впливає на мобілізацію вітаміну А, бере участь в синтезі ретинол-зв'язуючого білка в печінці [4, с. 68-71].

Цинк є важливим фактором у підтримці балансу між клітинним і гуморальним імунітетом, посилює клітинну імунну відповідь сприяючи активації Т-лімфоцитів, лейкоцитів, є кофактором тимуліну, необхідним елементом перетворення претимуліну в тимулін, регулює активність зрілих Т-клітин периферичної крові, стимулює їх дозрівання, бере участь у синтезі γ -інтерферону, входить в структуру інтерлейкіну-2 де виявлено цинк-залежну ділянку. Доведено, що *in vitro* низька концентрація цинку індукує розвиток апоптозу тимоцитів, тому одним із перших проявів його дефіциту у людини є зниження рівня лімфоцитів периферійної крові. Зниження вмісту цинку в організмі супроводжується порушенням хемотаксису поліморфноядерних лімфоцитів, натуральних кілерів, уповільненням процесів фагоцитозу, активності механізмів продукції калпротектину. Дефіцит цинку призводить до зниження реактивності імунної системи за рахунок зниження продукції інтерферону- γ , тумор-некротизуючого фактору- α , інтерлейкіну-2 при збереженні синтезу інтерлейкінів 4, 6 та 10 класів мононуклеальними клітинами [8, с. 95-98].

Цинк стабілізує проникність клітинних та внутрішньоклітинних мембран, діє як протектор у вільнорадикальних реакціях, запобігає розвитку

оксидативного стресу, бере участь в процесах мембранного транспорту. Він є компонентом супероксиддисмутази - головного утилізатора вільних радикалів, яка трансформує вільні кисневі радикали до перекису водню, що надалі розкладаються на воду та молекулярний кисень. Роль цинку як антиоксиданта підтверджена його здатністю виступати внутрішньомолекулярним стабілізатором, що попереджує утворення дисульфідних структур. Цинк конкурентно заміщає іони міді та заліза, які є тригерами в утворенні вільних радикалів, що беруть участь в ушкодженні клітин під час запального процесу. На це слід зважити саме у неврологічних хворих, які мають високу частоту транс- та/або ексудації крові в пошкоджену мозкову тканину з накопиченням каталітично активних іонів заліза. Надто чутливі до зміни редокс-потенціалу нейрони головного мозку зазнають критичних змін, пригнічення функція натрій-калієвої-АТФ-ази, внаслідок чого деполаризується нейрональна мембрана, відбувається активація каспаз та запуск апоптичних механізмів руйнації нейронів [9, с. 53; 10, с.44-47; 11, с. 43].

Цинк є інгібітором формування і трансформації еритроцитів у їх гемолізовані форми, а також стабілізатором клітинних плазматичних мембран проти дії вірусної інфекції і токсинів. Його іони, які знаходяться в гранулах базофільних гранулоцитів і тучних клітин, стабілізують клітинні мембрани і попереджують дегрануляцію тучних клітин за рахунок утворення меркаптидів з тіоловими групами протеїнів плазматичних мембран та інгібіції ферментів аденозинтрифосфатази і фосфоліпази А2. Цей самий ефект стабілізації клітинних мембран, а також запобігання вивільненню гідролітичних ферментів і прискорення синтезу колагену в процесі регенерації проявляється в покращенні заживлення ран [4, с. 68-71; 6, с. 162].

Везикулярна фракція нейронального цинку вивільняючись в синаптичну щілину при електростимуляції моделює активність різних рецепторів при синаптичній передачі. Цинк є активним модулятором опіоїдних, нікотинових, холінергічних, дофамінових рецепторів, бере участь в обміні та дії тропних гормонів гіпофіза. Виявлена модулююча дія цинку в когнітивній діяльності головного мозку [5, с. 3-9].

Цинк перешкоджає пошкодженню структур гематоенцефалічного бар'єру індукованого фактором некрозу пухлин та оксидом азоту, є інгібітором апоптозу через безпосередній вплив на ферменти родини каспаз, що може призводити до попередження окисного ураження. При цинк-дефіцитних станах констатується підвищення частоти апоптозу в епітелії шлунково-кишкового тракту, пігментному епітелії сітчастої оболонки ока, шкірі, лімфоцитах тимусу, яечках, ацинарних клітинах підшлункової залози та у нейроепітелії [5, с. 3-9; 6, с. 142-167].

Однією із ранніх ознак дефіциту цинку є зниження сироваткової активності лужної фосфатази та карбоангідрози. Як наслідок в таких хворих розвиваються стресові виразки в шлунково-кишковому тракті, що пов'язано із високим вмістом в його слизовій оболонці цинк-місткого ферменту – карбоангідрози. Це впливає на вироблення бікарбонатів та інтенсивність кислотоутворення шлунку, що має важливу роль в протекції слизової

оболонки. Антиульцеровенна властивість цинку пояснюється також його інгібуючою дією на викид гістаміну тучними клітинами [6 с. 159].

В умовах відсутності надходження нутрієнтів в шлунково-кишковому тракті відбувається дистрофія, атрофія ентероцитів, порушується бактеріальна колонізація, розвивається гастроінтестинальна недостатність. Ультраструктурні зміни епітелію слизової оболонки кишечника за таких обставин характеризуються надмірною проліферацією епітеліоцитів з їх патологічною кератизацією, дистрофією і активацією апоптозу. У хворих з діарейним синдромом в таких умовах розвивається так зване замкнуте коло між діареєю та рівнем цинку: діарея спричиняє зниження всмоктування нутрієнтів в кишечнику, пошкодження слизової, пришвидшує евакуацію хімусу та втрату специфічних транспортерів цинку. При цьому клітинні детрити, масивна проліферація мікрофлори й неперетравлена їжа виступають як адсорбенти, вони поглинають низку субстанцій, у тому числі - й цинк, знижуючи його біодоступність [7, с. 104-106; 12, с. 21-24; 13, с. 3-7].

Розвиток критичного стану у хворих з гострою церебральною недостатністю супроводжується порушенням основних вітальних функцій організму, часто загрожує життю пацієнта, потребує негайного оперативного втручання та лікування в умовах відділення інтенсивної терапії. В даних умовах запускаються стресові компенсаторні механізми нейроендокринної регуляції та підтримання вітальних функцій за рахунок масивного викиду глюкокортикоїдів, мінералокортикоїдів, катехоламінів та інших стресових гормонів в кровоносне русло. Як наслідок, розвивається запальна системна реакція в організмі, розвиток ішемії тканин, гіпоксії головного мозку в результаті травми, посилює споживання та збільшує потреби в цинку як мікроелемента, що входить до складу понад 200 основних ферментів. Розвиток гіпертермічної реакції організму при цьому посилює витрати цинку через його втрати з потом. За умови внутрішньочерепної гематоми гемоліз крові веде до втрати великої кількості цинку, який входить до складу карбоангідази еритроцитів [6, с. 151-153; 15, с.16-35].

Дефіцит цинку у даних хворих в критичних станах також розвивається через тривалі шоківі реакції, порушення перистальтики, неможливість проведення адекватного парентерального харчування, або пізно розпочате ентеральне харчування.

Діагностується дефіцит цинку при його вмісті в крові хворого менше 13 мкмоль/л. Однією із ранніх його ознак є зниження сироваткової активності цинк-вмістних ферментів - лужної фосфатази та карбоангідази. В умовах відсутності надходження нутрієнтів в шлунково-кишковий тракт відбувається атрофія, дистрофія ентероцитів, порушується його бактеріальна колонізація розвивається гастроінтестинальна недостатність, що проявляється порушенням перистальтики, засвоєння їжі, блюванням, закрепамі або діареєю, підвищенням абдомінального тиску [14, с. 384–394].

У результаті гіперкатаболізму та недостатньої нутрітивної підтримки втрачається м'язова тканина (як субстрат для синтезу вуглеводів) в якій наявний високий вміст цинку (близько 240 мг/кг), розвивається

гіпоальбумінемія через яку погіршується транспортування цинку. На цьому фоні дефіцит цинку проявляється поведінковими порушеннями, емоційною нестійкістю, зниженням здатності до навчання, мнемонічними розладами та периферичними нейропатіями. Також цинковий дефіцит проявляється специфічною дефіцитарною енцефалопатією, інтенційним тремором, ністагмом, дизартрією, депресією, емоційною лабільністю, порушення здатності до концентрації уваги, атрофією сосочків язика, глоситом, дерматитами, гіпогевзією, гіпосмією, алопецією, гіперкератозом, ламкістю нігтів та появою в них білих плям, зниженням імунітету, порушення толерантності до глюкози, порушенням загоєння ран [16, с. 130-138].

Таким чином, аналіз літературних джерел щодо біологічної ролі цинку демонструє його дію в якості біологічного регулятора імунно-генетичної відповіді, нейрональної і гастроінтестинальної протекції організму і формує думку про порушення цих регуляторних впливів в разі виникнення цинкової недостатності. Розуміння патобіохімічних процесів пошкодження головного мозку та наслідків вторинних уражень дає теоретичне та практичне обґрунтування застосування препаратів цинку як системного біорегулятора для оптимізації інтенсивної терапії порушених вітальних функцій у хворих з гострою церебральною недостатністю.

Список використаних джерел

1. Региональный обзор по продовольственной безопасности: Европа и Центральная Азия. Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций. - Будапешт, 2017. - 46 с.
2. Крейдич С. А., Дубов А.М. Актуальность клинического питания при острых нарушениях мозгового кровообращения // Медицина неотложных состояний. - 2006. - № 4 (5). - С. 65-67.
3. Крейдич С. А. Особенности клинического питания в интенсивной терапии неврологических больных // Медицина неотложных состояний. - 2008. - № 2 (15). - С. 85-89.
4. Лекманов А. У., Ерпулева Ю. В. Использование иммунного питания у пациентов в критических состояниях (обзор литературы) // Вестник интенсивной терапии. - 2010. - № 3. - С. 68-71.
5. Марушко Ю. В., Асонов А. О. Роль дефіциту цинку у клінічній практиці // Новая медицина тысячелетия. - 2011. - № 3. - С. 3-9.
6. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А. и др. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. - М.: Медицина, 1991. - 496 с.
7. Надрага О. Б., Поцілуйко Н. М. Препарати цинку в комплексному лікуванні гострих діарей у дітей // Здоровье ребёнка. - 2011. - № 4 (31). - С. 104-106.
8. Сміян О. І., Савельєв-Кулик Н. О. Вплив сульфату цинку на показники системного імунітету та психологічний статус при вегетативно-судинних дисфункціях у дітей – нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Современная педиатрия. - 2009. - № 6. - С. 95-98.
9. Нейрореаниматология: нейромониторинг, принципы интенсивной терапии, нейрореабилитации / под. общей ред. Л. В. Усенко, Л. А. Мальцевой. - Днепропетровск: АРТ-ПРЕСС, 2008. - Т. 1. – 296 с.
10. Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., Шелковский В. И. Цинк в нейропедиатрии и нейродиетологии // Лечащий врач. - 2012. - № 1. - С. 44-47.

11. Чекман І. С., Ульберг З. Р., Руденко А. Д. та ін. Цинк і наноцинк: властивості, застосування у клінічній практиці // Український медичний часопис. - 2013. - № 2 (94). – Т. III/IV. - С. 42-47.
12. Шейбак Л. Н. Биологическая роль и перспективы использования цинка в перинатологии // Медицинские новости. - 2003. - № 5. - С. 21-24.
13. Семенов В. Н. Пасечник И. Н. Апоптоз и его роль в патогенезе критических состояний // Вестник интенсивной терапии. - 2004. - № 1. - С. 3 – 7.
14. Blaser A., Malbrain M., Starkopf J. et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems // Intensive Care Medicine. - 2012. - Vol. 38. – Issue 3. - P. 384–394.
15. Айриян Н. Ю., Анисимов Н. В., Буров С. А. и др. Геморрагический инсульт: практическое руководство / под. ред. В. И. Скворцовой, В. В. Крылова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 160 с.
16. Косинец В. А. Синдром энтеральной недостаточности: патогенез, современные принципы диагностики и лечения // Новости хирургии. - 2008. - Т. 16, № 2. - С. 130-138.

МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОДІЇ NO ТА ГЕМОГЛОБІНУ ЗА УМОВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРІВ NO-СИНТАЗИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

(Люта М.Я., Сибірна Н.О.)

Цукровий діабет (ЦД) – одна з найсерйозніших загроз для здоров'я загальносвітового масштабу у 21 столітті. Згідно статистичних даних кількість хворих ЦД у світі за останні 10 років збільшилася приблизно у 2 рази і становить 415 млн. За прогнозами Міжнародної діабетичної федерації до 2040 р. ЦД буде хворіти 642 млн. людей [14]. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 1 січня 2016 року загальна кількість хворих на ЦД в Україні становила 1 млн. 223 тис. 607 осіб, з них майже 8,5 тисяч – це діти. ООН у 2011 році прийняла Політичну декларацію зі зверненням до національних систем охорони здоров'я із закликом створювати багатопрофільні стратегії у галузі профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними, де особлива увага зосереджена на проблемі ЦД, як однієї з головних причин інвалідизації та смертності населення.

ЦД – це група метаболічних (обмінних) захворювань, що характеризуються хронічною гіперглікемією, яка у свою чергу є результатом порушення секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих факторів. Хронічна гіперглікемія за ЦД супроводжується ушкодженням, дисфункцією та недостатністю різних органів та тканин. Найбільш чутливими до ушкоджень за умов цієї патології є серце, судини, нервова система, нирки, тканини ока, що проявляється розвитком кардіо-, ангіо-, нейро-, енцефало-, нефропатій, порушенням зору та іншими патологічними станами.

Зміни у внутрішньоклітинному метаболізмі, інтенсифікація процесів неензиматичного глікозилювання та розвиток оксидативно-нітративного стресу на фоні тривалої гіперглікемії є основними факторами, що індукують

патологічні зміни у структурі компонентів клітин організму та впливають на їхній функціональний стан.

На сьогодні ВООЗ запропонована класифікація цукрового діабету, в основу якої покладений етіологічний принцип. Залежно від причини виникнення захворювання розрізняють 11 різних типів ЦД. Найбільше значення по поширеності та медико-соціальної важливості мають ЦД 1 типу, що розвивається в результаті деструкції β -клітин підшлункової залози (10–12% усіх випадків захворювання) та ЦД 2 типу, що є наслідком втрати чутливості периферичних тканин до дії інсуліну (85–90% випадків) [14]. Актуальною є необхідність пошуку і застосування нових речовин у комплексній терапії ЦД, здатних коригувати основний патологічний стан шляхом виявлення цукрознижувальної дії та нормалізації вуглеводного обміну. Зокрема, застосування інгібіторів ензиму NO-синтази (NOS) – аміногуанідину та агматину для корекції метаболічних порушень, які виникають в умовах оксидативно-нітративного стресу за ЦД.

Цей розділ у монографії присвячений аналізу літературних та власних експериментальних даних, що узагальнюють сучасні уявлення про молекулярні механізми утворення, метаболізму та депонування монооксиду нітрогену (NO), а також можливості використання інгібіторів NOS у профілактиці та лікуванні ЦД.

Молекулярні механізми взаємодії NO та гемоглобіну за умов цукрового діабету. Група вчених на чолі з Р. Фуршготтом у 1998 році отримала Нобелівську премію за вивчення ефектів NO у кровоносних судинах. З того часу перелік функцій, які виконує NO значно розширився. NO має широке коло біологічних властивостей і задіяний у регуляції кровоплину, нейротрансмісії, механізмах антимікробного захисту та імуномодуляції, посттрансляційній модифікації біомолекул. NO також відіграє важливу роль у синаптичній передачі нервового імпульсу, регуляції кровопостачання шлункового тракту, секреції інсуліну, розвитку діабету тощо. Дослідження різноманітних аспектів біологічної дії оксиду азоту не втрачають своєї актуальності і є надзвичайно перспективними.

За одних умов NO має протекторну дію, за інших – сприяє формуванню патологічних процесів. Такі різноспрямовані ефекти цієї молекули визначаються як її хімічними властивостями, так і її концентрацією, характером обмінних процесів у тканинах тощо.

За умов ЦД 1 типу суттєвих функціональних та структурних змін зазнає система крові, її окремі компоненти, зокрема, гемоглобін еритроцитів. За своєю структурою гемоглобін належить до групи складних білків – гемопротейнів. Гемоглобін включає в себе білкову частину – глобін і простетичну групу – гем. Гем тільки у зв'язку з нативним глобіном здатний лабільно приєднувати кисень. При взаємодії гемоглобіну з киснем утворюється оксигемоглобін (HbO_2). Кисень у гемі за певних умов може заміщуватись такими лігандами як CO та NO. Також відомі сполуки гемоглобіну з CN^- , CH_3 , $\text{C}_6\text{H}_5\text{NO}$. NO здатний з високою спорідненістю

взаємодіяти із залізом клітинних металопротеїнів. Так, взаємодіючи з активним центром гуанілатциклази, NO виступає в якості вазодилатора.

Спорідненість NO до гемоглобіну на кілька порядків вища ніж у кисню. Деякі дослідники вважають, що первинною функцією гемоглобіну могло б бути зв'язування не O₂, а саме NO. NO може зв'язуватись із гемовою частиною гемоглобіну, утворюючи нітрозилгемоглобін (NOHb), а також із цистеїном у 93 положенні β-ланцюга – нітрозогемоглобін (SNOHb) [4]. Механізми цих реакцій зображені на рис. 1.

J.S. Stamler та співробітники показали, що SNOHb розширює судини та прискорює кровоплин. Тобто, що SNOHb діє як «алостерично контрольований буфер», який обмінює свою NO-групу з тіолами середовища, у тому числі з глутатіоном, і, тим самим, змінює кровоплин (як вазодилатор), виконуючи роль критичного фактора постачання O₂.

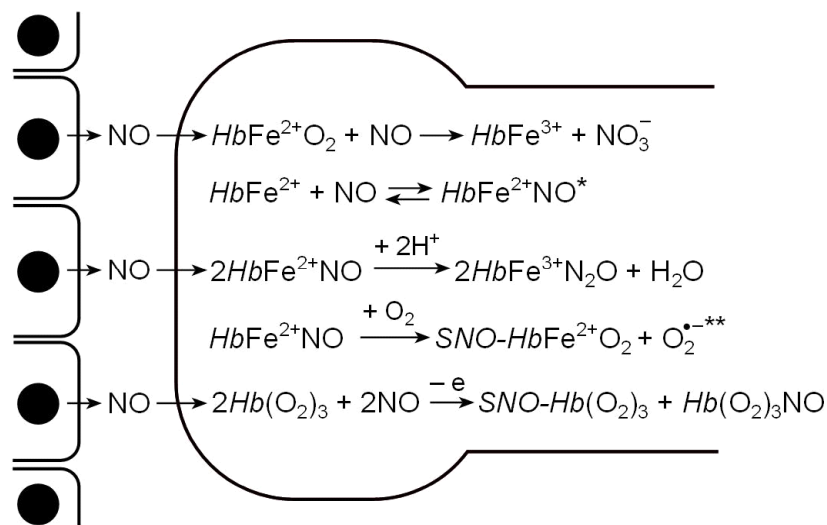


Рис. 1 Взаємодія NO, який утворюється в ендотелії, із внутрішньоеритроцитарним гемоглобіном

* – реакція нітрузування (приєднання NO до Fe²⁺ у гемовій групі); ** – реакція нітрозилування (приєднання NO до цистеїну глобінового ланцюга по місцю SH-групи) [8]

Також було встановлено, що коли SNOHb переходить із окси- в дезоксиформу, то виділяється кисень, розривається зв'язок S-NO та вивільняється NO. Тобто зміна конформації гемоглобіну супроводжується переносом частини пулу NO від SH-групи цистеїну до гему або виділенням його у вільному стані [19]. У цьому випадку гемоглобін виступає в ролі «утилізатора», а SNOHb – в якості своєрідного «депо NO». У будь-якому разі вивчення механізмів взаємодії гемоглобіну з NO є цікавим та актуальним, зокрема за різних патологічних станів.

Приєднання NO до гемоглобіну супроводжується змінами властивостей гему, які зручно реєструвати спектральними методами. У роботах [3; 7] було досліджено процес нітрузування дезоксигемоглобіну (RHb) людей та щурів *in vitro*, а також здійснено спектральний аналіз електронних спектрів утвореного NOHb у діапазоні довжин хвиль 450-750 нм за умов

експериментального ЦД, індукованого стрептозотоцином. В результаті було отримано спектр, який мав два максимуми поглинання 544,8 нм і 572,2 нм, що є властивими для NOHb (рис. 2).

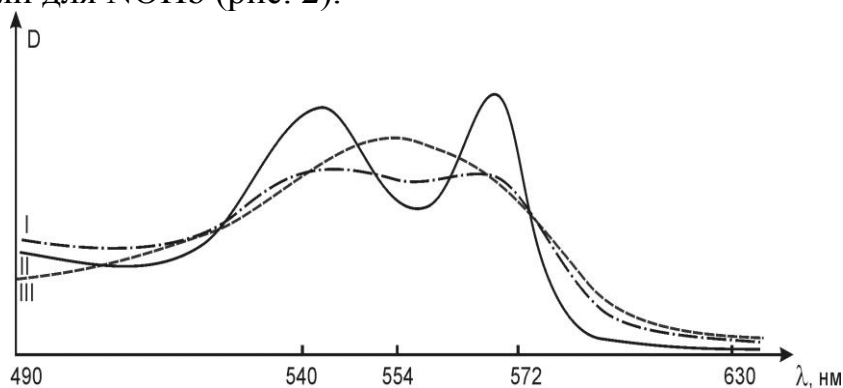


Рис. 2 Типові спектри поглинання окремих лігандних форм гемоглобіну периферичної крові людей:

спектр I – HbNO; спектр II – HbO₂; спектр III – RHb [3]

Нами встановлено, що за ЦД 1 типу зростає час переходу RHb у NOHb порівняно з контролем [7]. Крім того виявлено зміни спектру поглинання NOHb в ультрафіолетовій ділянці у цій же експериментальній моделі, а саме, поява широкої смуги поглинання при 334 нм за ЦД. Це відбувається за рахунок взаємодії NO з білковою частиною молекули Hb з подальшим утворення SNOHb, який є продуктом нітрозилуванням β -93 цистеїну. Згідно даних представлених у роботі [7] відбувається значне зростання рівня SNOHb у тварин з індукованим ЦД.

Перспективи використання інгібіторів NO-синтази у профілактиці та лікуванні ЦД. NOS каталізує утворення NO з L-аргініну, з використанням донора електронів NADPH. Існують три ізоформи ферменту: нейрональна (nNOS), ендотеліальна (eNOS) та індукцйбельна (iNOS). Різні ізоформи виконують різні функції, які відображаються в різних регуляторних механізмах і різній субклітинній локалізації. Регуляція та роль кожної ізоформи NOS у різних тканинах та біологічних процесах є предметом активних досліджень, так само як і розробка селективних та специфічних інгібіторів цього ензиму. У роботах [1; 7] виявлено, що за умов ЦД 1 типу відбувається підвищення активності iNOS у лейкоцитах та еритроцитах периферичної крові щурів. Відомо, що зростання активності цього ензиму при діабеті призводить до надмірного синтезу NO, який прямо або опосередковано через продукти свого метаболізму чинить ушкоджуючу дію на компоненти клітини, індукуючи розвиток оксидативно-нітративного стресу.

Для припинення реакції неферментативного глікозилювання у експериментальних дослідженнях використовують аміногуанідин (AG). AG має протекторну дію при розвитку нефропатії [16], може виступати у ролі фармакологічного інгібітора ретинопатії за умов експериментального ЦД [17], є антиоксидантом [15], а також є селективним інгібітором iNOS [5]. У роботі [1] встановлено, що введення аміногуанідину тваринам з експериментальним ЦД викликало зниження рівня глюкози, глікозилюваного гемоглобіну. Виявлено, що AG має нормалізуючий вплив

на фізико-хімічні властивості молекули Hb, зокрема викликає зменшення часу переходу RНb в NOHb, зміни в електронних спектрах NOHb, зсув кривої дисоціації HbO₂ вправо та збільшення показника P₅₀ за умов експериментального ЦД [7]. Крім того у роботах І. Бродяк та співавторів [1; 2], показано коригуючий вплив АГ на активність ензимів обміну L-аргініну, процес окисної модифікації білків лейкоцитів і плазми крові, морфофункціональний стан і процес апоптозу імунокомпетентних клітин крові у щурів із експериментальним ЦД.

Таким чином, для послаблення токсичної дії NO і корекції патологічного стану, пов'язаного з його гіперпродукцією у організмі за умов ЦД 1 типу, можливим є використання аміногуанідину як селективного інгібітора іNOS, інгібітора неферментативного глікозилювання, антиоксиданта, а також чинника, здатного попереджати посттрансляційні модифікації білків за участю пероксинітриту.

Агматин за хімічною природою є продуктом декарбоксілювання L-аргініну. Він є цікавим для досліджень у зв'язку з тим, що за фізіологічних умов цей поліамін синтезується в організмі та виконує цілий ряд важливих фізіологічних функцій [11; 12; 13; 20]. Механізм цукрознижувальної дії цієї речовини на сьогодні остаточно не з'ясований. Агматин може безпосередньо стимулювати вивільнення інсуліну β-клітинами підшлункової залози шляхом зв'язування з імідазоліновими сайтами на їхній поверхні, або ж опосередковано – через продукти свого метаболізму – поліаміни, які беруть участь у регуляції процесів проліферації β-клітин та синтезу інсуліну [18]. Всупереч цьому, в іншій роботі [13] показана здатність агматину знижувати рівень глюкози в крові шляхом посилення її засвоєння периферичними тканинами та пригніченням глюконеогенезу, не впливаючи при цьому на продукцію інсуліну.

Відмінною особливістю агматину порівняно з іншими цукрознижувальними агентами є те, що однією з його фізіологічних функцій є здатність виконувати роль ендogenousного інгібітора NOS. У роботах І. Ференц та співавторів [10] виявлено, що агматин має позитивний коригуючий вплив на лейкоцитарну формулу, яка змінюється за умов ЦД та нормалізує показники кількості та добової продукції ретикулоцитів у щурів. Згідно наших даних представлених у роботі [5] введення тваринам агматину призводить до відновлення показників функціонального стану гемоглобіну (спорідненості гемоглобіну до кисню та вмісту фетального гемоглобіну), що свідчить про позитивний коригуючий вплив цього поліаміну на кисеньтранспортну систему крові за умов ЦД. Агматин викликає зменшення в лейкоцитах щурів кількості нітротирозин-модифікованих протеїнів – маркерних молекул, які свідчать про посилення утворення цитотоксичної форми NO – пероксинітриту, надпродукція якого характерна для досліджуваної патології. При аналізі морфологічних, біохімічних та молекулярних маркерів апоптозу лейкоцитів встановлено, що введення тваринам агматину виявляє пригнічуючий вплив на генетично

запрограмовану загибель лейкоцитів, інтенсивність якої значно підвищується за умов ЦД [9].

Таким чином, агматин, який є ендogenousним інгібітором NOS, має гіпоглікемічну дію, позитивно впливає на показники вуглеводного обміну та структурно-функціональний стан клітин крові при ЦД 1 типу. Аналіз літературних даних та результати власних досліджень, які захищені патентом [6] вказують на доцільність застосування агматину у профілактиці, комплексній терапії та корекції ускладнень, що виникають за досліджуваної патології. Потрібно відмітити те, що порівняно з AG, агматин має низку переваг, зокрема, він є ендogenousною речовиною, має чітко виражений гіпоглікемічний ефект та є менш токсичним.

Список використаних джерел

1. Бродяк І.В., Сибірна Н.О. Вплив L-аргініну на активність NO-синтази та процес окисної модифікації білків при стрептозотоциновому діабеті у щурів // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2005. – № 4. – С. 23–28.
2. Бродяк І.В., Барська М.Л., Манаровська Р.Є., Сибірна Н.О. Вплив оксиду азоту на активацію апоптозу в імунокомпетентних клітинах крові при цукровому діабеті 1-го типу // Фізіологічний журнал. – 2005. – Т. 51. - № 4. – С. 79–85.
3. Дудок К., Канюка О., Федорович А., Бурда В., Сибірна Н. NO-залежна зміна співвідношення лігандних форм гемоглобіну у периферичній крові людей // Вісник Львівського ун-ту. Серія біологічна. – 2016. – Вип. 73. – С. 130-136.
4. Зинчук В. В. Участие оксида азота в формировании кислородсвязывающих свойств гемоглобина // Успехи физиол. наук. – 2003. – Т. 34. - № 2. – С. 33–45.
5. Люта М., Ференц І., Бурда В., Федорович А., Дудок К., Сибірна Н. Кисеньтранспортна функція гемоглобіну при введенні агматину за експериментального цукрового діабету // Вісник Львівського університету. Серія біологічна. – 2013. – Вип. 62. – С.46–54.
6. Патент на корисну модель 100403 Україна, МПК C07K 5/06 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01), G01N 33/49 (2006.01). Спосіб профілактики цукрового діабету та його ускладнень / Н.О. Сибірна, В.А. Бурда, М.Я. Люта; заявник і власник Львівський національний університет імені Івана Франка. – № U-2015-00684 від 28.01.2015; опубл. 27.07. 2015, бюл. № 4.
7. Сибірна Н.О., Люта М.Я., Бурда В.А., Федорович А.М. Вплив аміногуанідину на фізико-хімічні властивості гемоглобіну за умов цукрового діабету 1-го типу // Біологія тварин. – 2005. – Т. 7. - № 1/2. – С. 194–199.
8. Сибірна Н.О., Люта М.Я., Климишин Н.І. Молекулярні механізми депонування оксиду азоту в еритроцитах // Біологічні студії. – 2010. – Т. 4, № 1. - С. 143–160.
9. Ференц І.В., Бродяк І.В., Бурда В.А., Сибірна Н.О. Пригнічуюча дія агматину на генетично запрограмовану загибель лейкоцитів за умов експериментального цукрового діабету // Цитология и генетика. – 2016 – Т. 50. - № 4. – С. 50–61.
10. Ференц. І.В., Бродяк І.В., Люта М.Я., Бурда В.А., Гаврилишин Г.С., Сибірна Н.О. Вплив агматину на показники системи крові щурів за умов експериментального цукрового діабету // Біологічні Студії / Studia Biologica. – 2012. – Т. 6. - № 3. – С. 65–72.
11. Arndt M.A., Battaglia V., Parisi E., Lortie M.J. et. all. The arginine metabolite agmatine protects mitochondrial function and confers resistance to cellular apoptosis // Am J Physiol Cell Physiol. – 2009. – 296. – P. C1411–C1419/
12. Gilad G.M. Neurochemical evidence for agmatine modulation of 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine (MPTP) neurotoxicity / G. M. Gilad, V. H. Gilad, J. P. Finberg, J. M. Rabey // Neurochem. Res. – 2005. – Vol. 30, № 67. – P. 713719.

13. Hwang S.L., Liu I.M., Tzeng T.F., Cheng J.T. Activation of imidazoline receptors in adrenal gland to lower plasma glucose in streptozotocin-induced diabetic rats // *Diabetologia*. – 2005. – Vol. 48/ - № 4. – P. 767–775.
14. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas 7th Edition*. 2015.
15. Kedziora-Kornatowska K.Z., Luciak M., Blaszczyk J. et al. Effect of aminoguanidine on erythrocyte lipid peroxidation and activities of antioxidant enzymes in experimental diabetes // *Clin. Chem. Lab. Med.* – 1998. – Vol. 36, № 10. – P. 771–775.
16. Kelly D.J., Gilbert R.E., Cox. A.J. et al. Aminoguanidine ameliorates overexpression of prosclerotic growth factors and collagen deposition in experimental diabetic nephropathy // *J. Am. Soc. Nephrol.* – 2001. – Vol. 12, № 10. – P. 2098–2107.
17. Kern T.S., Engerman R.L. Pharmacological inhibition of diabetic retinopathy: aminoguanidine and aspirin // *Diabetes*. – 2001. – Vol. 50. - № 7. – P. 1636–1642.
18. Özyazgan S., Bıçakçı B., Özyaydin A. et al. The effect of agmatine on the vascular reactivity in streptozotocin-diabetic rats // *Pharmacol. Res.* – 2003 – 48 (2). – P. 133–138.
19. Stamler J.S., Jia L., Eu J.P., McMahon T.J. et al. Blood flow regulation by S-nitrosohemoglobin in the physiological oxygen gradient // *Science*. – 1997. – Vol. 276. – P. 2034–2037.
20. Wu N., Su R.B., Li J. Agmatine and imidazoline receptors: their role in opioid analgesia, tolerance and dependence // *Cell Mol. Neurobiol.* – 2008. – Vol. 28, № 5. – P. 629–641.

**НІТРОВАНІ БІЛКИ – МАРКЕРНІ МОЛЕКУЛИ ЗА РАДІАЦІЙНОГО
УРАЖЕННЯ ТА У ПРОЦЕСІ КОНТРОЛЮ КОРЕКЦІЇ
РАДІОІНДУКОВАНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИРОДНИМИ ФЕНОЛЬНИМИ
СПОЛУКАМИ З ВИНОГРАДНОГО ВИНА**
(Сабадашка М.В., Сибірна Н.О.)

Сьогодні у ЗМІ та науковій літературі наголошується, що навіть одноразове опромінення у малих дозах може спричинити непоправне пошкодження макромолекул, зсув рівноваги біохімічних реакцій та призвести до негативних наслідків не лише на клітинному, але й організменному рівнях організації живої матерії. Сьогодні існує дві гіпотези щодо потенційних ушкоджень малими дозами іонізуючого випромінювання. Прихильники першої гіпотези припускають, що ушкодження внаслідок опромінення в діагностичних цілях, тобто в дозах приблизно 10 сГр, не можуть бути виявлені та, ймовірно, не виникають. Згідно з другою гіпотезою, яку підтримують більшість радіобіологів і генетиків, не існує дози опромінення, яку можна вважати повністю безпечною, а вплив випромінювання завжди супроводжується певним рівнем ризику [13].

Цитотоксичність малих доз випромінювання найчастіше пов'язують із порушенням окисно-відновної рівноваги та накопиченням активних форм кисню (АФО) та нітрогену (АФН) унаслідок безпосередньої взаємодії фотонів або електронів з біомолекулами або через радіоліз води, що спричиняє розриви ДНК. Індукція цих пошкоджень призводить до активації процесів репарації, та, в подальшому, ініціює трансдукцію сигналів. Порушення обміну речовин і енергії, накопичення активних агентів, що ушкоджують або ініціюють ушкодження клітин, призводячи до розвитку різноманітних патологічних станів, називають оксидативно-нітративним

стресом. Його причина – модифікація вільними радикалами жирних кислот (перекисне окиснення ліпідів, ПОЛ), білків, нуклеїнових кислот, поряд зі зниженням клітинної антиоксидантної здатності [19; 10; 16]. Зокрема, нами встановлено ураження системи крові, імунної, серцево-судинної та видільної систем за впливу іонізуючого випромінювання у дозах 10 і 30 сГр, що проявляється у різнонапрямлених змінах активності ферментів антиоксидантної системи: супероксиддисмутази, каталази, глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази. Внаслідок таких радіоіндукованих порушень збільшується вміст продуктів перекисного окиснення ліпідів у всіх досліджуваних клітинах та тканинах [1; 3]. У літературі є дані, що через це у клітинах відбуваються посттрансляційні модифікації білків та змінюється експресія генів для ініціювання зміни стадії клітинного циклу (наприклад, радіоіндукований арешт) або загибелі клітин за механізмом апоптозу, автофагії, мітотичної катастрофи, індукується клітинне старіння [8].

У патогенезі ушкодження іонізуючим випромінюванням важливу роль відіграє також монооксид нітрогену (NO) та біологічна система, у яку він залучений – L-аргінін / NO. За радіаційного ураження NO виконує подвійну роль: радіозахисну і радіотоксичну. Радіопротекторна роль NO забезпечується антиоксидантними властивостями цієї молекули, а в основі радіоіндукованого ушкодження є деградація NO до цитотоксичного пероксинітрити в умовах радіоіндукованого оксидативного стресу [17]. Отримані нами результати свідчать, що за дії іонізуючого випромінювання у організмі щурів порушується функціонування системи L-аргінін/NO, що призводить до виникнення та, в подальшому, поглиблення оксидативно-нітративного стресу.

In vivo NO синтезується з амінокислоти L-аргініну та молекулярного кисню в реакції, що каталізується ензимом NO-синтазою (NOS; L-аргінін, NADPH: кисень оксидоредуктаза; EC 1.14.13.39). Синтез NO каталізують три ізоформи NOS: дві конститутивні (cNOS; нейрональна NOS (nNOS, або NOSI) та ендотеліальна NOS (eNOS, або NOSII)) та індукційна NOS (iNOS, або NOSIII) [17]. Ферменти першої групи (nNOS та eNOS) завжди наявні в клітинах. У разі активації ці ензими сприяють вивільненню невеликої кількості NO, що вимірюється пікомолями, у відповідь на рецепторну та фізичну стимуляцію. Конститутивні ізоформи NOS функціонують у Ca^{2+} -залежний спосіб [15]. Після впливу на будь-які клітини низки факторів (бактерійного ліпополісахариду, інтерферону γ , фактору некрозу пухлин α , інтерлейкіну- 1β , ендотоксинів та ін.) активується цитозольна iNOS. Цей ізоформ каталізує утворення NO у Ca^{2+} -незалежний спосіб. Кількість NO, що утворюється за впливу iNOS, може коливатися і досягає наномолей, а продукція NO зберігається впродовж тривалого періоду часу [15].

Існує також незалежний від NO-синтаз шлях синтезу NO: нітрати і нітрити можуть безпосередньо відновлюватися до оксиду нітрогену за

присутності ксантинооксидази або білків, які володіють нітрит- чи нітрат-редуктазною активністю (наприклад, гемововмісні білки) [6].

Під час дослідження стану системи L-аргінін/NO нами встановлено зниження активності NO-синтази у лейкоцитах на першу добу та наступне підвищення на другу та третю доби після радіаційного впливу у дозі 30 сГр [20]. Виявлені зміни, ймовірно, спричинені активацією клітинних сигнальних шляхів, які на транскрипційному та посттранскрипційному рівнях стимулюють як індукцибельну, так і конститутивні ізоформи NO-синтази [9; 15]. Аналогічний характер змін має активність NOS у периферичній крові щурів, опромінених дозою 30 сГр [2]. Зростання активності NOS відмічено й у тканинах аорти, але лише на третю та сьому доби [5]. У менш радіочутливих тканинах нирок за опромінення дозою 30 сГр активувався окисний метаболізм L-аргініну, про що свідчить зростання активності NOS впродовж всього експерименту [20].

Також нами досліджено рівень стабільних метаболітів оксиду нітрогену – нітрит- і нітрат-аніонів, – які вважаються непрямими показниками концентрації NO в клітині. Сумарний вміст стабільних метаболітів NO зростає практично на всі терміни експерименту в периферичній крові, лейкоцитах, аорті та нирках тварин, опромінених малими дозами радіації [2; 5; 20]. Встановлено, що за дії іонізуючого випромінювання у дозі 10 сГр зростає активність NO-синтази й інтенсифікується утворення NO у окремі терміни експерименту у нирках щурів [4], аорті, імунокомпетентних клітинах та периферичній крові.

Ключовим елементом формування контрастної ролі оксиду нітрогену за фізіологічних та патологічних умов є пероксинітрит (OONO^\cdot) [17, 21]. Утворюється пероксинітрит внаслідок взаємодії NO та супероксид-аніону ($\text{O}_2^{\cdot-}$). Зважаючи на короткий період напівжиття OONO^\cdot за фізіологічних значень рН (приблизно 10^{-3} сек) та його здатність перетинати клітинну мембрану шляхом транспорту аніонними каналами вважається, що утворений пероксинітрит одразу ж реагує зі сусідніми молекулами на відстані приблизно 5–20 мкм [21]. При цьому з більшістю біомолекул він реагує з доволі низькою швидкістю та високою селективністю [17] та вважається найпотужнішим прооксидантом та цитотоксином.

Здатність пероксинітриту нітрувати амінокислотні залишки у молекулах білків найбільш часто привертає увагу дослідників. Залишки амінокислот тирозину та цистеїну є високо чутливими до окиснення АФН. Нітрування білків за залишками тирозину – ковалентна модифікація, що виникає в результаті приєднання нітро-групи ($\bullet\text{NO}_2$), до гідроксильної групи ароматичного кільця тирозину. Нітрування тирозину призводить до зміни структури та функцій протеїнів, у результаті цієї модифікації утворюються антигенні епітопи, змінюється каталітична активність ензимів, організація цитоскелету, а також коригується клітинна сигнальна трансдукція. Надмірне нітрування тирозину спричиняє глибокі структурні та функціональні зміни, інактивує білки, що є передумовою порушення клітинного і тканинного гомеостазу. Нітрування тирозину вважається найкращим маркером рівня

продукування ONOO⁻, клітинного, тканинного та системного оксидативно-нітративного стресу. Надмірне нітрування тирозину виявлене за умов запалення, нейродегенеративних і серцево-судинних захворювань, цукрового діабету чи старіння [14; 17]. Після дії радіації у дозах 10 та 30 сГр показано зростання вмісту 3'-нітротирозин-модифікованих протеїнів у лейкоцитах та корковому шарі нирки [2; 20].

На відміну від інших клітин, у лізатах клітин аорти рівень білків, нітрованих за залишками тирозину, достовірно знижувався як за опромінення дозою 10 сГр на третю та сьому доби, так і дозою 30 сГр на першу та третю доби. В інші часові терміни експерименту цей показник мав тенденцію до зростання відносно контролю [5]. Отримані нами результати, разом зі змінами активності NOS лише на дві останні доби експерименту, свідчать, що ефект впливу малих доз радіації на тканини аорти дещо відрізняється від ефекту на інші тканини чи клітини організму. Це можливо пов'язано з експресією генів різних ізоформ NOS у лейкоцитах, нирках та аорті.

Отже, порушення окисно-відновної рівноваги після опромінення, супроводжується множинними патологічними змінами у структурній організації та функціональній активності клітин аорти, нирок, імунної системи. Тому під час розробки нових радіопротекторних препаратів слід зважати не тільки на їхню здатність детоксикувати вільні радикали, але і на можливість позитивно впливати на інші біохімічні процеси, і таким чином коригувати стан всього організму.

Поліфеноли червоних вин можуть впливати на ряд біологічних процесів. Із кровотоком вони надходять до клітинних мембран і завдяки своїй хімічній природі здатні першими взаємодіяти із вільними радикалами, запобігаючи утворенню таких шкідливих похідних як пероксинітрит. Крім того, поліфеноли червоних вин можуть взаємодіяти з білками плазми та клітинними елементами крові, попереджаючи їхнє окиснення, спричинене оксидативним стресом [22; 18]. Особливість хімічної будови фенольних груп обумовлює здатність нейтралізувати електрон вільних радикалів і формувати відносно стабільні фенокисьні радикали, що дозволяє віднести поліфеноли до потужних радіопротекторів, оскільки таким чином ці сполуки припиняють ланцюгові окиснювальні реакції у клітинах. Найпотужнішими антиоксидантами вважаються катехіни, епікатехіни, кверцитин та ресвератрол із виноградного вина [22; 18]. Хоча протизапальна, імуномодулююча, антиоксидантна та детоксикаційна дії поліфенолів червоного вина виявлена як *in vitro*, так і *in vivo*, проте вплив поліфенолів виноградного вина на розвиток оксидативно-нітративного стресу за дії малих доз радіації є вивчений недостатньо.

Нами розроблено спосіб отримання концентрату природного поліфенольного комплексу з червоного виноградного вина (концентрат ПК) на основі методу упарювання виноградного вина, за оптимальних умов для збереження поліфенольних сполук, представлених у сировині [7]. Використаний нами концентрат ПК має значний протекторний ефект, як на рівні окремих тканин та органів так і на рівні цілого організму.

Встановлено, що концентрат ПК здатен знижувати утворення вільних радикалів та продуктів ліпопероксидації. Також поліфенольні сполуки сприяють нормалізації активності антиоксидантних ензимів. Здатністю впливати на ендогенну антиоксидантну систему володіє велика кількість фенольних сполук, представлених у виноградному вині, зокрема флаван-3-оли ((-)-епікатехіни, (+)-катехіни, галати та їхні похідні), кверцитин, гідроксицинамінові кислоти (кафтарова, каутарова та кумарова кислоти), які активують транскрипцію генів відповідних ензимів. Антоціаніни виноградного вина (мальвідин, дельфінідин, пеонідин, петунідин та ціанідин) є потужними радіопротекторами, оскільки здатні впливати на вміст NO та його стабільних метаболітів, головню завдяки інгібуванню iNOS. Катехіни та галова кислота здатні скавенджерувати NO та пероксинітрит, а також пригнічувати активність індукбельної NOS пригнічуючи утворення мРНК. Феноли, впливаючи на вивільнення Ca^{2+} у цитоплазму, активують ендотеліальну NOS у аорті щурів [11].

За умов експерименту показано, що споживання концентрату ПК опроміненими тваринами призводить до збереження вмісту 3'-нітритирозин-модифікованих білків у межах норми у лейкоцитах та корковому шарі нирки [2; 4; 20]. У тканинах аорти щурів після опромінення у дозах 10 сГр та 30 сГр цей показник залишався дещо нижчим від контрольних значень [5].

Отже, концентрат поліфенольного комплексу, отриманий з червоного виноградного вина рекомендується для запобігання чи корекції патологій, які супроводжуються розвитком оксидативно-нітративного стресу, зокрема індукованих впливом малих доз іонізуючого випромінювання. В той же час рівень нітрованих білків у клітинах, а особливо ідентифікація маркерного білка, який зазнає нітрування, може стати основою для розробки тест-системи для визначення ступеня розвитку радіоіндукованих порушень та контролю терапевтичного ефекту запропонованої стратегії лікування.

Власне сьогодні питання пошуку біомаркерів ураження іонізуючою радіацією є вкрай важливим та визнаним у світі. На сьогодні розроблено «дорожню карту» для розробки біомаркерів від їхнього відкриття до впровадження для використання у епідеміологічних дослідженнях. З цією метою потрібно враховувати тривалість дослідження, необхідні умови та час зберігання зразків, цикли заморожування / розморожування, які можуть вплинути на виявлення біомаркерів. Важливим для пошуку біомаркерів є також врахування необхідної кількості зразків, які використані для аналізу. Сьогодні радіобіологи звертають увагу на кілька груп біомаркерів ураження малими дозами радіації (табл.). Ключовий фактор, який впливає на появу чи рівень зазначених показників – доза опромінення. Більшість з цих біомаркерів також узалеженні від таких факторів, як вік, стать, індекс маси тіла та застосування ліків.

Однак все ще залишається проблема одержання нових універсальних маркерів радіоіндукованих порушень. Нами доведено, що глибокий оксидативно-нітративний стрес розвивається у імунокомпетентних клітинах, клітинах аорти та нирок, які характеризуються різною чутливістю до дії

іонізуючого випромінювання (лейкоцити – більш радіочутливі, клітини аорти характеризуються посередньою радіочутливістю, клітини нирок вважаються радіорезистентними). Зважаючи на це ми вважаємо, що кількісне визначення нітрованих білків дозволить зробити висновок про загальний стан організму на різних етапах розвитку радіоіндукованих патологій.

Важливо також зазначити, що у лізатах усіх досліджуваних клітин та тканин відмічено наявність домінуючого білка з молекулярною масою приблизно 40 кДа. Тому доцільним є виявлення такої головної мішені нітрування білків за залишками тирозину з подальшим виділенням та ідентифікацією. Отримані таким чином дані стануть основою для виявлення маркерного протеїну, який зазнає нітрування, і розробки новітньої тест-системи для оцінки розвитку порушень за умов оксидативно-нітративного стресу, пов'язаного з багатьма захворюваннями.

Таблиця

Маркери розвитку ураження, спричиненого впливом іонізуючого випромінювання [12]

Показник	Тривалість опромінення					
	години	дні	тижні	місяці	роки	десяти-ліття
<i>Цитогенетичні біомаркери</i>						
Децентралізація клітинного ядра	■	■	■	■	■	■
Транслокація біомолекул	□	□	□	□	□	□
Інtrasомальні хромосомні аберації	■	■	■	■	■	■
Зміна кількості ядерець	□	□	□	□	□	□
Мікронуклеація ретикулоцитів	□	■	■	■	□	□
Зміна довжини теломерів	□	□	□	□	□	□
<i>Біомаркери пошкодження нуклеїнових кислот</i>						
Позаклітинний 8-оксогуанін	■	■	■	□	□	□
Утворення гістона γ -H2AX	■	■	□	□	□	□
Циркуюча неклітинна ДНК	■	■	■	■	■	■
Радіоіндуковані мутації	□	□	■	■	■	■
<i>Нові клітинні біомаркери</i>						
Якісна зміна білкового профілю	■	■	■	■	■	□
Посттрансляційні модифікації	■	■	■	■	■	□
Синтез міРНК та некодуючих РНК	■	■	■	■	■	□
Епігенетичні маркери	■	■	■	□	□	□
Прооксидантно-антиоксидантний дисбаланс	■	■	■	■	■	□
Показники метаболоміки	■	■	■	■	□	□
<i>Біофізичні маркери</i>						
Мітохондріальні біомаркери (окиснення / фосфорилування)	■	■	■	□	□	□
Біомаркери інертного опромінення (ізотопи)	■	■	■	■	■	■

■ - детектують ■ - потенційно можна детектувати □ - не встановлено

Результати таких досліджень стануть внеском у наше розуміння механізмів розвитку патологічних змін, зумовлених оксидативно-

нітративним стресом спричиненим впливом іонізуючого випромінювання. Також одержані результати допоможуть виявити нові біомаркери, які можуть бути використані в діагностиці і прогнозуванні розвитку хронічних радіоіндукованих ускладнень у різних клітинах та тканинах організму.

Список використаних джерел

1. Вплив поліфенольного комплексу з виноградного вина на активність антиоксидантних ензимів у щурів за низьких доз рентгенівського випромінювання / У.В. Дацюк та ін. // *Biotechnologia Acta*. - 2014. - Т. 7, № 2. - С. 106–113.
2. Вплив препарату поліфенольного комплексу з червоного виноградного вина на показники системи L-аргінін/NO у крові щурів за малих доз іонізуючого опромінення / М. В. Сабадашка та ін. // *Укр. біохім. журн.* - 2014. - Т. 86, № 1. - С. 117–123.
3. Корируючий вплив природного поліфенольного комплексу винограду за радіоіндукованого оксидативного стресу у тканині нирки / У. Старанко та ін. // *Вісник Львівського університету. Серія біологічна*. - 2012. - Вип. 60. - С. 83–86.
4. Сабадашка М., Сибірна Н. Нефропротекторний вплив поліфенольного комплексу з червоного виноградного вина за дії малих доз іонізуючого випромінювання // *Вісник Львівського університету. Серія біологічна*. - 2016. - Вип. 73. - С. 413–420.
5. Сабадашка М., Сибірна Н. Природний поліфенольний комплекс із виноградного вина має протекторний вплив за умов радіоіндукованого нітративного стресу в аорті щурів // *Біологічні студії / Studia Biologica*. - 2014. - Т. 8, № 2. - С. 65–74
6. Сибірна Н.О., Люта М.Я., Климишин Н.І. Молекулярні механізми депонування оксиду азоту в еритроцитах // *Біологічні Студії*. - 2010. - Т. 4, №1. - С. 143–160.
7. Спосіб одержання препарату природного поліфенольного комплексу з виноградного вина: пат. 90347 Україна. № u201313977 ; заявл. 02.12.2013 ; опубл. 26.05.2014, Бюл. № 10. 5 с.
8. Basics of Radiation Biology when Treating Hyperproliferative Benign Diseases / F. Rödel et al. // *Frontiers in Immunology*. - 2017. - V. 8. - Article 519.
9. Early changes in L-arginine-nitric oxide metabolic pathways in response to the whole-body gamma irradiation of rats / A. Babicova et al. // *International Journal of Radiation Biology*. - 2011. Vol. 87. - № 10. - P. 1067–1073
10. Grune T., Catalgol B., Jung T. Oxidative Stress and Protein Oxidation. Protein Oxidation and Aging, First Ed. John Wiley & Sons, Inc., 2013. 214 p.
11. Habauzit V., Morand C. Evidence for a protective effect of polyphenols-containing foods on cardiovascular health: an update for clinicians // *Ther. Adv. Chronic Dis.* - 2012. - № 3 (2). - P. 87–106.
12. Ionizing radiation biomarkers in epidemiological studies – An update / J. Halla et al. // *Mutation Research*. - 2017. - V. 771. - P. 59–84.
13. Mitchel R. E. J. Low Doses of Radiation Reduce Risk in Vivo / R. E. J. Mitchel // *Dose-Response*. - 2007. - Vol. 5. - P. 1–10.
14. Monteiro H.P., Arai R.J., Travassos L.R. Protein Tyrosine Phosphorylation and Protein Tyrosine Nitration in Redox Signaling // *Antioxidants and Redox Signaling*. - 2008. - Vol. 10. - № 5. - P. 843–889.
15. Nitric oxide and redox mechanisms in the immune response / D. A. Wink et al. // *Journal of Leukocyte Biology*. - 2011. - Vol. 89. - P. 873–891.
16. Oxidative stress, inflammation, and cancer: How are they linked? / S. Reute et al. // *Free Radic Biol Med*. - 2010. - Vol. 49. - № 11. - P. 1603–1616.
17. Pacher P., Beckman J.S., Liaudet L. Nitric Oxide and Peroxynitrite in Health and Disease // *Physiol. Rev.* - 2007. - Vol. 87. - № 1. - P. 315–424.
18. Pandey K.B., Rizvi S.I. Plant polyphenols as dietary antioxidants in human health and disease // *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. - 2009. - Vol. 2. - № 5. - P. 270–278
19. Reactive oxygen species: from health to disease / K. Brieger et al. // *Swiss. Med. Wkly.* - 2012. - Vol. 142. - w13659.

20. Sabadashka M., Sybirna N.. Reduction of Radiation-Induced Nitrate Stress in Leucocytes and Kidney Cells of Rats Upon Administration of Polyphenolic Complex Concentrates from Red Wine // Cytology and Genetics. - 2016. - Vol. 50. - № 3. - P. 187–195.
21. Szabo C., Ischiropoulos H., Radi R.. Peroxynitrite: biochemistry, pathophysiology and development of therapeutics // Nat. Rev. Drug. Discov. - 2007. - Vol. 6. - № 8. - P. 662–680
22. Wine Flavonoids in Health and Disease Prevention / I. Fernandes et al. // Molecules. - 2017. - V. 22. - P. 292.

ПЕРЕДУМОВИ І МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ (Холод Д.А., Шкуруній Д.А.)

Під синдромом гастроінтестинальної недостатності (СГІН) розуміють пригнічення функції кишківника нижче мінімуму, який необхідний для поглинання мікроелементів чи/або води і електролітів, що вимагає внутрішньовенного введення добавок для підтримки здоров'я, чи/або росту [1, с. 174]. За даними літературних джерел [2, с. 45; 3, с. 16] СГІН виникає у 30-50% пацієнтів, які потребують інтенсивної терапії (ІТ) і може бути як причиною, так і наслідком формування критичних станів. Локальні і системні механізми формування даного стану досліджені переважно у дорослого населення і мало вивчені у новонароджених, що зумовлює необхідність систематизації літературних даних з цього питання.

Незалежно від причини при формуванні критичних станів діють загальні механізми, що приводять до розвитку СГІН. Серед них найбільш значимими можна вважати парез, ішемічне пошкодження, синдром надлишкової бактеріальної колонізації кишечника. Вони тісно переплітаються між собою і підсилюють дію один одного [4, с. 384-394; 5, с. 946-947].

Формування СГІН з високою імовірністю можна очікувати саме у новонароджених. Передумовами для цього є наявність анатомо-функціональних особливостей цих пацієнтів, які разом із особливостями патогенезу неонатальних нозологічних форм, створюють умови для реалізації як даного стану, так і його наслідків. Про це свідчить висока частота розвитку функціональних порушень шлунково-кишкового тракту (ШКТ), яка за даними різних авторів сягає 70% [5, с. 943; 6, с. 62-63].

Гіпоксія і ішемія як основа гастроінтестинальних порушень в інтенсивній терапії новонароджених. Базовими механізмами формування СГІН є класичні ланки патогенезу критичних станів - гіпоксія і ішемія. Вони призводять до перерозподілу крові в основних органах та системах. При цьому інтенсивність кровотоку в судинах ШКТ знижується, що веде до зниження перфузії тканин кишки, особливо її слизової оболонки. На фоні гіпоксичного пошкодження стінки кишківника порушується пристінкове та внутрішньопорожнинне травлення, що призводить до розвитку бродильних процесів, які підвищують внутрішньочеревний тиск з розвитком абдомінального

компартмент-синдрому, сприяючи процесам бактеріальної транслокації і посилюючи порушення кишкової перфузії. Бактеріальна транслокація провокує розвиток синдромів системної запальної відповіді і поліорганної недостатності, а абдомінальний компартмент-синдром, призводить до зменшення екскурсії діафрагми і, як наслідок - розвитку дихальної недостатності та посилення гіпоксії [7, с. 29-34].

Більш того, сам факт проведення ІТ провокує системні реакції, пов'язані з кишечником. Описаний розвиток так званого синдрому «двох ударів», причиною якого є відновлення перфузії кишечника на тлі ІТ після періоду ішемії. Патогенетична ланка «ішемія–реперфузія» за рахунок різкого відновлення всмоктування активує каскад прозапальних цитокінів навіть при невеликих дозах ендотоксину [8, с. 34-37]. Отже, через замкнене патогенетичне коло формуються системні критичні наслідки СГІН.

Організм немовляти більш схильний до прояву та поглиблення гіпоксичного стану. Так, в нервовій системі переважають вегетативні симпатико-тонічні впливи, які тримають судини в постійному підвищеному тонусі. В умовах критичного стану це викликає швидку декомпенсацію дихальної системи. Дихальний центр новонароджених має меншу чутливість до зниження парціального тиску кисню, що затримує адаптацію системи дихання при виникненні гіпоксії, а менші абсолютні показники альвеолярної вентиляції, зумовлюють прогресивне зменшення обсягу величин альвеолярної вентиляції при збільшенні об'єму мертвого простору. Горизонтальне розташування ребер і високе стояння діафрагми також сприяють швидкому розвитку дихальної недостатності. Низька буферна ємність артеріальної крові сприяє формуванню метаболічного ацидозу, а фізіологічно підвищена потреба в енергопластичних матеріалах, призводить до прискореного розвитку загального енергодефіциту. Висока частота ураження дихальної системи у новонароджених також сприяє підвищенню ризику формування тканинної гіпоксії як наслідку вентиляційної дихальної недостатності [9, с. 17; 10, с. 4].

Слід зазначити, що багато літературних джерел висвітлюють участь гіпоксичних процесів в ураженні ШКТ новонароджених, хоча жодне з них не фіксує гіпоксичне ураження органів ШКТ як окрему нозологічну форму, незважаючи на існування тотожних за механізмом синдромів на кшталт «гіпоксичнакардіоміопатія новонароджених» чи «гіпоксична нефропатія новонароджених» [10, с. 4; 11, с. 677-678].

Порушення моторної та всмоктувальної функції кишківника у новонароджених, які потребують інтенсивної терапії. Наступним механізмом формування СГІН є парез органів ШКТ. При критичних станах в стінці кишківника у більшості випадків спостерігається зниження активності перистальтичних рухів. Новонароджені більш схильні до розвитку порушень моторно-евакуаторної функції ШКТ. Цьому сприяють особливості гормональної регуляції моторики кишківника вазо активним інтестинальним пептидом. Слабка координація моторики призводить до нерівномірного пасажу харчової суміші по кишківнику та вимагає більших енергозатрат на

виконання механічних функцій. Ця патологія ШКТ, у своїй більшості, має доволі широкі клінічні прояви і описується як група функціональних порушень ШКТ. Частота їх розвитку доволі висока, наприклад, синдром зригування розвивається у 18%-50%, а кишкові кольки у 20%-70% [3, с. 16].

В умовах СГІН з розвитком парезу кількість ферментних систем та продуктивність їх роботи зменшуються у зв'язку з порушенням роботи ентероцитів, змін електролітного балансу та кислотності вмісту.

Порушуються й процеси всмоктування. В результаті в просвіті ШКТ накопичуються поживні речовини, які ферментуються бактеріальною флорою, що поступово розмножується у надлишковій кількості, поглиблюючи патологічні зміни гомеостазу кишківника. Порожнинне травлення в тонкій кишці здійснюється за рахунок травних секретів і їх ферментів, що надійшли в порожнину тонкої кишки. В умовах швидкого наростання мікроциркуляторних порушень змінюються зони активації ферментних систем, що призводить до розвитку аутолізу. Підвищується ферментативна проникність клітинних та лізосомальних мембран. Як наслідок, активовані протеолітичні ферменти та лізосомальні гідролази руйнують слизову оболонку [3, с. 16; 10, с. 4].

У новонароджених доміантним є мембранне травлення. Основним глікопротеїдом мембрани мікроборсинок вважається флоризингідролаза. Цей фермент має у своєму складі 2 активних центри, один з яких відповідає за розщеплення лактози, а інший - флоризину. У передчасно народжених і в умовах порушення кишкової перфузії відмічається знижена активність цих ферментних систем, що створює умови для внутрішньокишкової ферментації вуглеводів мікробі отою кишківника з активним її розмноженням. Особливістю новонароджених вважається також низька активність ліпази і ряду пептидаз. Білкове травлення змінюється ще в шлунку у зв'язку з низькою активністю пепсину в умовах фізіологічно кислотності шлункового соку. В кишківнику ентеропептидаза, трипсиноген, панкреатична еластаза, дуоденаза також характеризуються зниженою активністю. ШКТ немовляти компенсує низьку ферментацію білкових молекул їх активним поглинанням у незміненому вигляді за рахунок фагоцитозу, через що, недоперетравлені білкові структури проникають у внутрішнє середовище організму, провокуючи (разом із бактеріальною транслокацією) імунні реакції [12, с. 13-22; 10, с. 4].

У низці літературних джерел констатується той факт, що при використанні штучного вигодовування у новонароджених процеси травлення перебігають в режимі напруження компенсації. Це пов'язано із нефізіологічністю складу штучних харчових сумішей, порівняно із грудним молоком. Зокрема, з молоком матері дитина отримує фактори росту (епідермальний, інсуліноподібний, трансформуючий); воно на менший період затримується у шлунку, покращує його моторику, має у своєму складі фактори гуморального імунного та неспецифічного захисту, а також ферментні системи, що підтримують процеси травлення на необхідному рівні, заміщуючи часткову недостатність власних травних систем організму. З огляду на це, у новонароджених, які потребують ІТ, частота порушень

травлення буде очікувано більшою за умови використання штучних харчових сумішей.

Явища цього процесу значно посилюються на фоні порушень рівноваги між захисними силами слизової оболонки кишківника та факторами агресії, як ендогенної так і бактеріальної природи. Захисні фактори слизової оболонки характеризуються своєю багато структурністю. Основними сполуками, які характеризують захисні властивості є глікопротеїди, гліколіпіди та протеоглікани, які формують компоненти муцину. Одним з маркерів патологічних процесів, що стосуються обміну цих сполук є глікозаміноглікани. Відповідають за їх синтез клітини покривного епітелію. Знаходячись у гіпоксичному стані, келихоподібні клітини внаслідок набутого енергодефіциту не можуть виконувати свою функцію по продукуванню бар'єрного слизу. Це призводить до розвитку ушкодження слизової, яке розповсюджується від підслизового шару до просвіту кишки. Підтвердженням цього є дані, які свідчать про напруження захисних механізмів слизової оболонки ШКТ у новонароджених, що проявлялись зміною кількісних характеристик продукції глікозаміногліканів [5, с. 944-952; 12, с. 12-22; 13, с. 65-70].

Імунні механізми і їх роль у формуванні системних наслідків синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених, які потребують інтенсивної терапії. Наявність СГІН у дорослого контингенту пацієнтів традиційно розглядається як пусковий механізм формування системних імунно-патологічних реакцій, ключовою ланкою яких є патогенетичний вплив бактерій та їх токсинів. Гіпоксичне ураження ШКТ характеризується відмиранням ентероцитів та порушенням цілісності слизового бар'єру. З наукових праць відомо, що кількість та патогенність бактерій, які знаходяться в ШКТ, в умовах критичного стану значно збільшується. Мікроорганізми активують процеси бродіння та гниття з виділенням токсичних продуктів розпаду, які, у свою чергу, формують локальне та системне запалення з розвитком набряку, порушенням мікроциркуляції, подальшим пошкодженням та формуванням кола патологічних процесів. За специфічних умов бактерії та токсини можуть проникати через слизовий бар'єр кишкової стінки, викликаючи клінічну картину сепсису. В літературі цей патологічний процес описується як «бактеріальна транслокація». Загальноприйнятий механізм її розвитку такий: надлишкова колонізація кишківника бактеріями супроводжується їх адгезією до поверхні епітеліальних клітин з наступним проникненням через слизовий бар'єр, досягненням базальної мембрани та виходом за межі ШКТ [6, с. 63-65; 12, с. 12-22]. Зі значною долею вірогідності можливо припустити, що рівень регіонарної та системної запальної відповіді залежить від ступеню виразності бактеріальної транслокації та рівня «напруженості» імунної системи.

При кишковому стазі та парезі характерним є обсіменіння проксимальних відділів тонкої кишки, за рахунок умовно-патогенної мікрофлори, внаслідок ретроградної міграції мікробіоти товстого кишківника [10, с. 4].

У новонароджених фактор мікробної колонізації кишечника має заздалегідь більше значення в формуванні СГІНу зв'язку із його несформованістю. Кишківник новонародженого перші 10-20 годин вважається стерильним. Бактеріальне заселення ШКТ починається з першої доби життя. З 7-9-ї доби у здорових доношених дітей, які отримують грудне вигодовування, досягається нормальний рівень кишкової мікрофлори з переважанням *B. bifidus*. При штучному вигодовуванні якісний та кількісний склад бактеріальної флори змінюється в сторону умовно патогенних мікроорганізмів - *B. coli*, *B. acidophilus*, *B. bifidus* і ентерококів [12, с. 11-22; 13, с. 65-70].

У протиінфекційному захисті нормальній мікрофлорі кишечника належить одна з головних ролей. Найважливішим джерелом, що забезпечує формування мікробних локусів новонародженого, є материнський організм, зокрема - мікроорганізми її пологових шляхів. Після народження зв'язок дитини з матір'ю завершується, і на процес колонізації впливають уже фактори зовнішнього середовища. Якісний та кількісний склад мікрофлори контролюються різноманітними імунними та неімунними механізмами. Таким чином, з одного боку склад мікрофлори кишечника відображає особливості фізіологічного стану захисних систем організму, а з іншого - залежить від ступеню бактеріальної контамінації зовнішнього середовища [13, с. 65-70].

Процеси контамінації у новонароджених в критичних станах, що перебувають на лікуванні у відділеннях ІТ, значно відрізняються. Їх контакт з материнським організмом різко обмежений, тому домінуючим фактором в процесі формування мікрофлори кишечника є вплив госпітальних штамів даного відділення. Інфікування більш агресивною госпітальною флорою частіше пов'язане зі зменшеним ресурсом факторів природного захисту, незрілістю захисних механізмів клітинного та гуморального імунітету, відсутністю колонізаційної резистентності, що створюється нормальною мікрофлорою [5, с. 943-948; 10, с. 4].

Період новонародженості можна виділити як один із критичних періодів розвитку імунної системи, оскільки основними факторами захисту гуморальної ланки імунітету виступають майже виключно материнські антитіла, отримані трансплацентарним шляхом та з грудним молоком, а макрофагально-моноцитарна ланка з нейтрофільними гранулоцитами проходять етапи формування імунної відповіді та зміну кількісного та якісного складу імунокомпетентних клітин. Первинний імунологічний статус здорового новонародженого розцінюють як транзиторий імунодефіцитний стан, який є біологічно доцільним. Завдяки цьому більшість захисних механізмів спрямовані на стримування надмірної і поступове формування нормергічної імунної відповіді [6, с. 63-66].

Даний період має низку особливостей, а саме: високий абсолютний вміст Т-супресорів при низькій активності НК-клітин (природних кілерів); невідповідність CD-лімфоцитів їх хелперській або супресорній функції (всі Т-клітини несуть маркер незрілості CD45-RA); фагоцитоз характеризується

зниженим хемотаксисом та бактерицидністю фагоцитів, зниженими показниками внутрішньоклітинного переварювання бактерій; відсутні клітини імунної пам'яті; продукція інтерлейкіну-2, фактора некрозу пухлини, макрофагальної гранулоцитарно-макрофагальної колонієстимулюючих факторів знижена. У зв'язку з цим чутливість новонароджених до інфекцій підвищена; рівень активності інтерлейкінів-4, 10, фактору проліферації Т-лімфоцитів підвищуються в процесі неонатального розвитку немовляти, зміщуючи рівновагу в сторону прозапальних цитокінів; материнські трансплацентарні імуноглобуліни G і секреторний імуноглобулін A материнського молока виступають основною системою захисту слизових оболонок новонародженого від інфекцій; рівні імуноглобулінів A та M знижені у 6-8 разів, у порівнянні з дорослими; формування першого фізіологічного «лейкоцитарного перехресту» на 5-6 добу життя, який характеризується підвищенням показника імунорегуляторного індексу, наростанням кількості лімфоцитів, моноцитів, еозинофілів та зменшенням кількості нейтрофілів.

За умов розвитку фетоплацентарної недостатності і внутрішньоутробного інфікування, гестаційні особливості імунної відповіді активують фетальну імунну систему до продукції прозапальних цитокінів, формуючи специфічний імунозапальний процес, відомий в літературі як синдром фетальної запальної відповіді. Даний патологічний процес призводить до передчасних пологів з народженням немовляти, із уже схибленою імунною реактивністю, що формують синдром полі органної недостатності [6, с. 63-66].

Проведений аналіз літературних даних дозволяє стверджувати, що: 1) СГІН займає одне з провідних місць в патогенезі критичних станів, поглиблюючи тяжкість загального стану пацієнтів, підвищуючи відсоток інвалідації та смертності; 2) патогенетична основа СГІН досліджена переважно у дорослих пацієнтів, на відміну від новонароджених; 3) анатомо-функціональні та патогенетичні особливості неонатального періоду створюють умови для більш частоті маніфестації та тяжких проявів СГІН, що слід враховувати в клініці ІТ.

Список використаних джерел

1. Pironi L, Arends J, Baxter J, et al. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults // *Clinical Nutrition*. - 2015. - № 34 (2). - P. 171-180.
2. Алексеева Е.В., Попова Т.С., Сальников П.С. и др. Анализ изменений электрической активности желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // *Общая реаниматология*. - 2013. - Т IX. - № 5. С. 45-55.
3. Nguyen N.Q., Ng M.P., Chapman M. et al. The impact of admission diagnosis on gastric emptying in critically ill patients // *Crit. Care*. - 2007. № 11 (1). – P. 16.
4. Reintam Blaser A., Malbrain M.L., Starkopf J. et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems // *Intensive Care Med*. - 2012. - № 38 (3). - P. 384-394.
5. Verstraete E.H, Mahieu L, De Coen Ket al. Impact of healthcare-associated sepsis on mortality in critically ill infants // *Eur J Pediatr*. - 2016. № 175 (7). - P. 943-952.

6. Kholod D., Shkurupii D., Sonnik E. Immune changes in newborn infants with gastrointestinal failure requiring intensive care // Georgian Med News. - 2016. - P. 62-66.
7. Li B., Wang J.R., Ma Y.L. Bowel sounds and monitoring gastrointestinal motility in critically ill patients. Clin // Nurse Spec. - 2012. - № 26 (1). - P. 29-34.
8. Косовских А.А., Кан С.Л., Чурляев Ю.А. и др. Функциональное состояние микроциркуляции кишечника при разлитом перитоните // Общая реаниматология. - 2012. - Т 8. - № 2. - С. 33-37.
9. Cankayali I., Boyacilar O., Demirag K. Neuromuscular dysfunction in experimental sepsis and glutamine // Clin. Nutr. Suppl. - 2012. - Vol. 7. - P. 17.
10. Sawh S.C., Deshpande S., Jansen Set al. Prevention of necrotizing enterocolitis with probiotics: a systematic review and meta-analysis // Peer J. 2016. - Okt. 5. - P. 4
11. An Y, Liu L, Li QY et al. Risk factors for concurrent sepsis in neonates with necrotizing enterocolitis // Zhongguo Dang Dai ErKeZaZhi. - 2016. - P. 677-758.
12. McCarthy A.J., Negus D., Martin P. et al. Pathoadaptive Mutations of Escherichia coli K1 in Experimental Neonatal Systemic Infection // PLoS One. - 2016. - Nov. 18. - P. 11-22.
13. Ortegyn L., Puentes-Herrera M., Corrales I.F. et al. Colonization and infection in the newborn infant: Does chlorhexidine play a role in infection prevention? // Arch Argent Pediatr. - 2017. - № 115 (1). - P. 65-70.

ШЛЯХИ ДЕГРАДАЦІЇ АНОМАЛЬНИХ ФОРМ АЛЬФА-СИНУКЛЕЇНУ ТА ЇХНЯ РОЛЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

*(Стасик О.Г., Климишин Н.І., Матійців Н.П.,
Дронська Х.А., Бобак Я.П., Стасик О.В.)*

Альфа-синуклеїн як токсичний тригер хвороби Паркінсона. Хвороба Паркінсона (ХП) – одне із найпоширеніших нейродегенеративних захворювань нервової системи, яке за кількістю хворих займає друге місце після хвороби Альцгеймера. Зазвичай, ця патологія зустрічається у людей похилого віку. Проте, в окремих випадках хвороба може розвинути й у віці до 40 років. Типові для ХП симптоми виникають у разі загибелі 60-80 % допамінергійних нейронів, зумовленій накопиченням еозинофільних цитоплазматичних нейрональних включень або тілець Леві (ТЛ), які містять видозмінені нейрофіламенти, основним компонентом яких є білок альфа-синуклеїн [6]. Нещодавно було виявлено, що альфа-синуклеїн діє на пресинаптичні терміналі та регулює передачу синаптичного сигналу. Хоча на теперішній час функція альфа-синуклеїну є не зовсім зрозумілою, вважається, що цей білок відіграє важливу роль у регуляції процесу доставки та вивільнення нейромедіаторів (у тому числі допаміну) у синаптичну щілину [3].

У нативному стані альфа-синуклеїн може існувати у формі неструктурованого мономера або тетрамера [7]. Перетворення розчинних мономерів альфа-синуклеїну в нерозчинні агрегати є передумовою для формування ТЛ у разі ХП та інших синуклеїнопатій. Одним із найважливіших факторів, який впливає на процес агрегації альфа-синуклеїну, є рівень цього білка в нейронах, який залежить від балансу між його синтезом, деградацією та секрецією. За умов синтезу значної кількості альфа-синуклеїну, мономери цього білка можуть утворювати β-складчасті шари та агрегувати на ліпідній мембрані, що призводить до утворення амілоїдів,

фібрил і протофібрил, не здатних виконувати свої фізіологічні функції. Ці форми агрегованого альфа-синуклеїну нагромаджуються в нейронах і перешкоджають нормальному функціонуванню допамінергійних клітин [3]. Донедавна вважалося, що великі нерозчинні альфа-синуклеїнові включення всередині або поза клітиною є токсичними, проте сучасні дослідження вказують на те, що токсичність їхнього впливу на клітини нервової системи зростає із зменшенням розміру нефібрилярних альфа-синуклеїнових комплексів [7].

Незважаючи на специфічність механізмів, задіяних у розвитку кожного з нейродегенеративних захворювань, не викликає сумніву той факт, що зміни у фізіологічному гомеостазі білків є центральною подією цієї групи патологій.

Шляхи деградації альфа-синуклеїну. Однією із основних причин нейродегенеративних захворювань є старіння організму, асоційоване з пригніченням процесів автофагії, що підтримує клітинний гомеостаз шляхом вилучення агрегатів білків і пошкоджених органел [24]. Цей процес є найбільш критичним для нейронів, оскільки вони не проліферують і не здатні позбуватись частини білкових агрегатів під час поділу, на відміну від багатьох інших типів клітин.

Хоча деякі дослідження вказують на те, що убіквітин-протеасомна система (УПС) є основним механізмом розщеплення альфа-синуклеїну, проте вважається, що деградація амілоїдів, утворених цим білком, може здійснюватись автофаго-лізосомним шляхом (АЛШ), зокрема макроавтофагією та шаперон-опосередкованою автофагією (ШОА) [4]. Відомо, що за допомогою УПС деградують, в основному, короткоживучі розчинні білки [19], тоді як АЛШ відповідає за деградацію макромолекул з тривалішим часом існування, цитозольних білкових агрегатів і нефункціональних органел [24]. Ці дві протеолітичні системи є функціонально пов'язаними між собою, тому пригнічення активності однієї впливає на активність іншої. Вважається, що УПС та АЛШ забезпечують деградацію альфа-синуклеїну, а їхня дисфункція призводить до розвитку ХП.

УПС-опосередкована деградація альфа-синуклеїну та її зміни при ХП. Опосередкована УПС деградація білків здійснюється у два послідовні етапи. На першому етапі відбувається ковалентне приєднання висококонсервативного невеликого білка убіквітину до експонованих на поверхні білка-мішені залишків лізину [12], яке каталізується убіквітин-активуючим (E1), убіквітин-кон'югуючим (E2) і убіквітин-лігуючим (E3) ферментами. Після приєднання першого убіквітину, відбувається поліубіквітинування шляхом послідовного перенесення на білок-мішень молекул убіквітину, які утворюють ланцюг поліубіквітину [12]. На другому етапі цей поліубіквітиновий ланцюг упізнається протеолітичним кором УПС – 26S протеасомою, яка, у свою чергу, гідролізує білковий субстрат до олігопептидів із подальшим вивільненням убіквітину, що повторно використовується для мічення наступних субстратів. 26S-протеасома складається з двох мультимерних білкових комплексів: бочкоподібного 20S-кору (основи), де власне відбувається протеоліз, та двох

регуляторних частинок 19S, які регулюють функцію 20S [19]. Функціонування протеасом строго контролюється АТР-азними субодинами комплексу 19S. Альтернативна деградація білків-мішеней може здійснюватися без приєднання ланцюгів поліубіквітину до їхнього субстрату за участю регуляторних комплексів, таких як активатор PA28, яким не притаманна АТФ-азна активність [12].

Численні дослідження пов'язують альфа-синуклеїн із дисфункцією УПС [11; 32]. Роботами *in vitro* з очищеними білками та клітинними системами було з'ясовано, що альфа-синуклеїн мутантного або дикого типу в розчинних олігомерних та агрегованих конформаціях пригнічує ферментативну хімотрипсин-подібну активність 20S або 26S протеасом [2; 16; 23; 29]. Уважається, що такий ефект є наслідком прямого зв'язування альфа-синуклеїну з S6'- або Rpt5-субодинами 19S-протеасом чи з β 5-субодинами 20S протеасом [2; 31]. Встановлено, що стабільна експресія мутованої форми альфа-синуклеїну A53T у клітинах лінії PC12, призводить до 25-35% інгібування хімотрипсин-подібної протеасомної активності, що супроводжується накопиченням слабозчинних поліубіквітинуваних агрегатів [17]. Альфа-синуклеїн дикого типу за умов його стабільної експресії в клітинах нейробластоми також зумовлює інгібування протеолітичної активності протеасом [2]. Невелика кількість альфа-синуклеїну молекулярною масою від 150 до 450 кДа акумулюється окремо у фракціях агрегатів, які містять 26S протеасом. У разі видалення цих форм альфа-синуклеїну *in vitro* або *in vivo* відбувається відновлення протеасомної активності, що свідчить про прямий вплив аномальних форм цього білка на протеолітичну активність УПС [15].

Одним із можливих механізмів впливу альфа-синуклеїну на 26S-протеасому може бути пряме зв'язування олігомерів цього білка з активними центрами 20S β -субодинами, хоча це потребує транслокації олігомерів у каталітичний циліндр крізь вузький відкритий канал протеасом [12]. Відповідно до альтернативної моделі взаємодія може відбуватися на зовнішній поверхні комплексу 20S, що опосередковано пригнічує його протеолітичну функцію [31]. Механізм впливу альфа-синуклеїну на активність 26S-протеасом також можна пояснити тим, що олігомери альфа-синуклеїну можуть зв'язуватися з 19S-субодинами протеасом та призводити до появи стеричної перешкоди, створеної об'ємними олігомерами альфа-синуклеїну, що інгібує подальші взаємодії інших субстратів з протеасомою [8].

До причин розвитку спадкової форми ХП також належать мутації в гені PARK2, який кодує один із компонентів E3 убіквітин-лігазного комплексу – паркін [4]. Порушення функції паркіну призводить до накопичення аномальних амілоїдів у допамінергійних нейронах, які у свою чергу блокують роботу УПС.

Чи є дисфункція УПС причиною / наслідком нейродегенеративних захворювань залишається нез'ясованим, але зрозумілим є те, що аномальний альфа-синуклеїн може викликати дисфункцію протеасом.

АЛШ-опосередкована деградація альфа-синуклеїну та її зміни при ХП. Автофагія – висококонсервативний процес, який надзвичайно важливий для розвитку, диференціації, реконструкції клітин і виживання під час голодування. Автофагія активується у разі дефіциту амінокислот [43], глюкози [18] або впливу різних агентів, у тому числі рапаміцину [27].

Деградація цитоплазматичних компонентів у лізосомах відбувається за допомогою трьох автофагійних шляхів: мікроавтофагії, макроавтофагії та шаперон-опосередкованої автофагії (ШОА) [24]. У разі мікроавтофагії поглинання та розщеплення клітинних компонентів (у тому числі органел, ліпідів або білків) здійснюється шляхом інвагінації лізосомної мембрани, яка згортається в пухирці [24]. Макроавтофагія є строго регульованим процесом, за якого утворюються подвійні мембранні структури фагофори, які поглинають органели та/або інші внутрішньоклітинні компоненти з утворенням автофагійних вакуоль (АВ). Останні зливаються з лізосоною, формуючи автофаголізосому, де деградує везикулярні компоненти. У нейронах АВ можна виявити на великих відстанях від лізосом (які, в основному, розташовані біля ядра), уздовж нейрональних відростків [22]. АВ переміщуються в перинуклеарний простір, щоб злитися з лізосомами. У клітинах макроавтофагія відбувається конститутивно, але за певних обставин цей процес може помітно індукуватися. Вважається, що дефіцит амінокислот і сигнали від інсуліну і/або інсуліноподібного фактора росту активують цитозольну серин-треонінову протеїнкіназу mTOR [27], субодиницю внутрішньоклітинних мультимолекулярних сигнальних комплексів TORC1 і TORC2. У складі цих комплексів mTOR регулює клітинний ріст і виживання і є негативним регулятором автофагії.

Нещодавно було доведено, що різні мішені, такі як агреговані білки та пошкоджені органели, можуть деградувати шляхом селективної макроавтофагії. У цьому процесі важливу роль мають білки p62 (*sequestosome 1*) і, можливо, гістонова деацетилаза HDAC6. p62 є необхідним для селективного зв'язування убіквітинованих білків із автофагосоною та їхньої деградації в лізосомі [37]. HDAC6 має здатність зв'язувати як поліубіквітинові неправильно згорнуті білки, так і моторні білки динеїни, орієнтуючи таким чином поліубіквітовані агрегати та пошкоджені мітохондрії до агрегосом для деградації [41].

ШОА – це високо селективний процес, в якому цитозольні білки впізнаються комплексом шаперонів Hsc70 і ко-шаперенів, переміщуються до лізосомної мембрани, де зв'язуються з іншим комплексом, транслюкуються у люмен органели та деградує [40]. Основним елементом лізосомного мембранного комплексу є білок LAMP-2a [10]. Активність ШОА безпосередньо залежить від рівнів LAMP-2a в мембрані лізосом та рівнів lys-hsc70 у люмені цих органел [10].

Базальні рівні активності ШОА детектуються у більшості клітин і тканин, але часто цей процес активується за умов стресу або дефіциту поживних речовин. Активність ШОА зменшується з віком майже в усіх тканинах, головним чином, внаслідок зниження рівня LAMP-2a в лізосомній мембрані

[10]. У різних клітинних системах надмірна експресія LAMP-2a покращує функцію ШОА [44], засвідчуючи важливість LAMP-2a у функціонуванні цього шляху.

Існує два основні механізми, за допомогою яких мутантний альфа-синуклеїн впливає на накопичення АВ: шляхом загальної дисфункції лізосом та шляхом специфічного порушення ШОА.

Нещодавно було з'ясовано, що лише мономери та димери альфа-синуклеїну дикого типу, але не олігомери, розщеплюються за допомогою ШОА. Окиснення та нітрування білка можуть дещо пригнічувати цей процес [14], тоді як фосфорилування та модифікація протеїну допаміном практично повністю перешкоджає ШОА-залежній деградації. Окрім цього, модифікація допаміном може значно пригнічувати деградацію інших субстратів ШОА [14]. У допамінергійних клітинах нейробластоми від допаміну залежать дисфункція ШОА, опосередкована альфа-синуклеїном дикого типу, та смерть нейронів [1]. Оскільки вільного допаміну в нейронах чорної речовини є надзвичайно багато, запропонований механізм може пояснити селективну вразливість цієї ділянки мозку. З'ясовано, що у тканинах мозку пацієнтів з ХП є значно знижений вміст LAMP-2a і Hsc70 в нігральних допамінергійних нейронах, що свідчить про загальне зниження ШОА [10].

Альфа-синуклеїн-залежна дисфункція ШОА супроводжується компенсаторною індукцією макроавтофагії, яка у свою чергу може бути згубною для клітини. Встановлено, що фармакологічне або молекулярне інгібування макроавтофагії у разі дефіциту ШОА мало захисний характер [1]. Крім цього, вдалося з'ясувати, що мутантні форми альфа-синуклеїну викликають токсичність у первинних нейронах, індукуючи в них автофагію мітохондрій (мітофагію) [28]. Водночас із надмірним поглинанням мітохондрій, аберантна макроавтофагія може призвести до загибелі клітин внаслідок надмірного поглинання інших життєво важливих клітинних компонентів, вивільнення лізосомних гідролаз у цитозоль або підвищення рівня руйнівних молекул у складі АВ або автофагосом. Тому у випадку синуклеїнопатій стратегію індукції макроавтофагії необхідно розробляти з обережністю, оскільки надмірна макроавтофагія може стати частиною процесу розвитку захворювання.

Вважається, що альфа-синуклеїн може певним чином пригнічувати макроавтофагію на етапі утворення ранніх автофагосом внаслідок взаємодії з білком Rab1a. Пізніше, коли клітини вже зазнали патологічних змін, а ШОА пошкоджено, виникає аномальна макроавтофагія [5].

Крім непрямой аберантної індукції макроавтофагії індукована альфа-синуклеїном дисфункція ШОА також може призвести до пригнічення функції нейронів і їхньої смерті. Так альфа-синуклеїн дикого типу та мутований із амінокислотною заміною A53T перешкоджає ШОА-залежній деградації фактора виживаності нейронів MEF2D, що є причиною збільшення пропорції його цитозольної фракції, порівнюючи із ядерною формою, яка виконує нейропротекторні функції [35].

Індукція автофагії як стратегія терапії ХП. Більшість білків, пов'язаних із нейродегенеративними захворюваннями, у тому числі альфа-синуклеїн, є субстратами автофагії. Отже, фармакологічне або генетичне підвищення рівня автофагії може, теоретично, сприяти вилученню агрегованих білків й одночасно зменшити їхню токсичність. Рапаміцин, інгібітор mTOR, широко використовується як потужний індуктор автофагії, тому лікування цією сполукою клітинних або тваринних моделей альфа-синуклеїнопатій дасть змогу зменшити рівень як розчинних, так і агрегованих видів альфа-синуклеїну шляхом автофагії [36]. Окрім цього, рапаміцин може інтенсифікувати мітофагію в клітинах з дефіцитом паркіну та забезпечити покращення функції мітохондрій [38], що свідчить про генералізовану активацію автофагії, яка може забезпечити вилучення білкових агрегатів або пошкоджених органел у клітині. Кліренс альфа-синуклеїну також пришвидшує трегалоза завдяки здатності індукувати автофагію mTOR-незалежним шляхом [42]. Разом трегалоза та рапаміцин чинять аддитивний ефект [42], водночас індукуючи mTOR-залежну та mTOR-незалежну автофагійну деградацію.

Проте, індукція автофагії може мати два абсолютно протилежні ефекти, тобто виконувати захисну функцію або стати причиною загибелі нейронів. Зокрема доведено, що нейротоксин MPP⁺ (похідне 1-метил-4-феніл-1,2,3,6-тетрагідропіридину), який зумовлює вибіркову втрату допамінергійних нейронів, здатний активувати автофагію [1; 9] шляхом дефосфорилування LC3 (покращуючи його включення в автофагосоми) та/або CDK5-опосередковане фосфорилування ендоефіліну B1 (що сприяє його димеризації та залученню у комплекс UVRAG / Beclin 1 для індукції автофагії) [9]. У цьому випадку індукція автофагії, очевидно, є шкідливою для допамінергійних нейронів. Навпаки, фармакологічне інгібування автофагії 3-метилаланіном або репресією генів Atg5 або Atg12 значно послаблює втрати нейронів, пов'язані з дією MPP⁺ або експресією мутантної форми альфа-синуклеїну [9].

Мутації в гені LRRK2 (кодує білок дардарин з надродини Ras ГТФаз), які є найбільш поширеним генетичним фактором ХП, також пов'язані з індукцією аберантної автофагії. Наприклад, у мозку трансгенних мишей, що експресують пов'язані з ХП мутантні форми LRRK2 (R1441C і G2019S), зростає частота появи АВ [13]. І навпаки, делеція гена LRRK2 у трансгенних мишей пригнічує автофагійний шлях, про що свідчить накопичення гранул p62, ліпофусцину, убіквітинованих білків та альфа-синуклеїн-позитивних включень [26]. Накопичення автофагосом, індуковане LRRK2, зумовлюється здатністю цієї кінази активувати сигнальний шлях, опосередкований кальцій-залежною протеїнкіназою кінази-бета (CaMKK-бета) та АМР-залежною протеїнкіназою (АМРК) [25]. Також нещодавно було виявлено, що мутантний LRRK2 може уповільнити вилучення пошкоджених мітохондрій за допомогою мітофагії у разі дефіциту паркіну. Проте, фармакологічна або генетична активація АМРК ефективно компенсувала дефіцит паркіну [39]

шляхом модуляції мітофагії / автофагії завдяки здатності цієї протеїнкінази фосфорилувати автофагійний ініціатор *ATG1* [30].

АМРК – це еволюційно-консервативний клітинний енергетичний сенсор, який активується у разі виснаження АТФ або лімітування глюкози [25]. У разі дефіциту ключових поживних речовин активована АМРК переключає клітину з анаболічного на катаболічний шлях метаболізму і тим сприяє регулюванню тих клітинних процесів, які визначають потреби в енергії. Враховуючи те, що пряма індукція автофагії або надмірна автофагія можуть спричинити виникнення енергетичної кризи, особливо у мозку людей похилого віку, не виключено, що фармакологічна активація АМРК, яка здатна забезпечувати гомеостаз білків і енергії, може виявитись більш ефективним підходом до терапевтичної стратегії для ХП.

Список використаних джерел

1. Aberrant alpha-synuclein confers toxicity to neurons in part through inhibition of chaperone-mediated autophagy / M. Xilouri, T. Vogiatzi, K. Vekrellis et al. // PLoS One. – 2009. – Vol. 4. – P. 5515.
2. Aggregated and monomeric alpha-synuclein bind to the S6' proteasomal protein and inhibit proteasomal function / H. Snyder, K. Mensah, C. Theisler et al. // J. Biol. Chem. – 2003. – Vol. 278. – P. 11753-11759.
3. α -Synuclein and dopamine at the crossroads of Parkinson's disease / L. L. Venda, S. J. Cragg, V. L. Buchman, R. Wade-Martins // Trends Neurosci. – 2010. – Vol. 33. - № 12. – P. 559-568.
4. alpha-Synuclein degradation by autophagic pathways: a potential key to Parkinson's disease pathogenesis / M. Xilouri, T. Vogiatzi, K. Vekrellis, L. Stefanis // Autophagy. – 2008. – Vol. 4. - № 7. – P. 917-919.
5. alpha-Synuclein impairs macroautophagy: implications for Parkinson's disease / A. R. Winslow, C. W. Chen, S. Corrochano et al. // J. Cell Biol. – 2010. – Vol. 190. – P. 1023-1037.
6. alpha-Synuclein in filamentous inclusions of Lewy bodies from Parkinson's disease and dementia with lewy bodies / B. Spencer, R. Potkar, M. Trejo et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1998. – Vol. 95. - № 11. – P. 6469-6473.
7. Bartels T. α -Synuclein occurs physiologically as a helically folded tetramer that resists aggregation / T. Bartels, J. G. Choi, D. J. Selkoe // Nature. – 2011. – Vol. 14, № 477. – P. 107-110.
8. Beclin 1 gene transfer activates autophagy and ameliorates the neurodegenerative pathology in alpha-synuclein models of Parkinson's and Lewy body diseases / B. Spencer, R. Potkar, M. Trejo et al. // J. Neurosci. – 2009. – Vol. 29. – P. 13578-13588.
9. Cdk5-mediated phosphorylation of endophilin B1 is required for induced autophagy in models of Parkinson's disease / A. S. Wong, R. H. Lee, A. Y. Cheung et al. // Nat. Cell Biol. – 2011. – Vol. 13. - № 5. – P. 568-579.
10. Cuervo A. M. Regulation of lamp2a levels in the lysosomal membrane / A. M. Cuervo, J. F. Dice // Traffic. – 2000. – Vol. 1. – P. 570-583.
11. Degradation of alpha-synuclein by proteasome / M. C. Bennett, J. F. Bishop, Y. Leng et al. // J. Biol. Chem. – 1999. – Vol. 274. – P. 33855-33858.
12. Demartino G. N. Proteasomes: machines for all reasons / G. N. Demartino, T. G. Gillette // Cell. – 2007. – Vol. 129. – P. 659-662.
13. Dopaminergic neuronal loss, reduced neurite complexity and autophagic abnormalities in transgenic mice expressing G2019S mutant LRRK2 / D. Ramonet, J. P. Daher, B. M. Lin et al. // PLoS One. – 2011. – Vol. 6. - № 4. – P. 18568.
14. Dopamine-modified alpha-synuclein blocks chaperone-mediated autophagy / M. Martinez-Vicente, Z. Talloczy, S. Kaushik et al. // J. Clin. Invest. – 2008. – Vol. 118. – P. 777-788.

15. Emmanouilidou E. Cell-produced alpha-synuclein oligomers are targeted to, and impair, the 26S proteasome / E. Emmanouilidou, L. Stefanis, K. Vekrellis // *Neurobiol Aging*. – 2010. – Vol. 31. – P. 953-968.
16. Endoplasmic reticulum stress and mitochondrial cell death pathways mediate A53T mutant alpha-synuclein-induced toxicity / W. W. Smith, H. Jiang, Z. Pei [et al] // *Hum. Mol. Genet.* – 2005. – Vol. 14. – P. 3801-3811.
17. Expression of A53T mutant but not wild-type alpha-synuclein in PC12 cells induces alterations of the ubiquitin-dependent degradation system, loss of dopamine release, and autophagic cell death / L. Stefanis, K. E. Larsen, H. J. Rideout et al. // *J. Neurosci.* – 2001. – Vol. 21. – P. 9549-9560.
18. Glucose deprivation causes oxidative stress and stimulates aggresome formation and autophagy in cultured cardiac myocytes / Marambaio P., Toro B., Sanhueza C. et al. // *Biochim. Biophys. Acta.* – 2010. – Vol. 1802. - № 6. – P. 509-518.
19. Goldberg A. L. Protein degradation and protection against misfolded or damaged proteins / A. L. Goldberg // *Nature*. – 2003. – Vol. 426. – P. 895-899.
20. Grahame H. D. AMP-activated protein kinase – an energy sensor that regulates all aspects of cell function / H. D. Grahame // *Genes Dev.* – 2011. – Vol. 25. - № 18. – P. 1895-1908.
21. He C. Regulation mechanisms and signaling pathways of autophagy / C. He, D. J. Klionsky // *Annu. Rev. Genet.* – 2009. – Vol. 43. – P. 67-93.
22. Hollenbeck P. J. Products of endocytosis and autophagy are retrieved from axons by regulated retrograde organelle transport / Hollenbeck P. J. // *J. Cell Biol.* – 1993. – Vol. 121. – P. 305-315.
23. Inducible expression of mutant alpha-synuclein decreases proteasome activity and increases sensitivity to mitochondria-dependent apoptosis/ Y. Tanaka, S. Engelender, S. Igarashi // *Hum. Mol. Genet.* – 2001. – Vol. 10. – P. 919-926.
24. Klionsky D. J. Autophagy as a regulated pathway of cellular degradation / D. J. Klionsky, S. D. Emr // *Science*. – 2000. – Vol. 290. – P. 1717-1721.
25. Leucine-rich repeat kinase 2 regulates autophagy through a calcium-dependent pathway involving NAADP / P. Gómez-Suaga, B. Luzón-Toro, D. Churamani et al. // *Hum. Mol. Genet.* – 2012. – Vol. 21. - № 3. – P. 511-525.
26. Loss of leucine-rich repeat kinase 2 causes impairment of protein degradation pathways, accumulation of alpha-synuclein, and apoptotic cell death in aged mice / Y. Tong, H. Yamaguchi, E. Giaime et al. // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2010. – Vol. 107. - № 21. – P. 9879-9884.
27. mTOR regulation of autophagy / C. H. Jung, S. H. Ro, J. Cao et al. // *FEBS Lett.* – 2010. – Vol. 584. – P. 1287-1295.
28. Mutant A53T alpha-synuclein induces neuronal death by increasing mitochondrial autophagy / V. Choubey, D. Safiulina, A. Vaarmann et al. // *J. Biol. Chem.* – 2011. – Vol. 286. – P. 10814-10824.
29. Parkin protects against the toxicity associated with mutant alphasynuclein: proteasome dysfunction selectively affects catecholaminergic neurons / L. Petrucelli, C. O'Farrell, P. J. Lockhart et al. // *Neuron*. – 2002. – Vol. 36. – P. 1007-1019.
30. Phosphorylation of ULK1 (hATG1) by AMP-activated protein kinase connects energy sensing to mitophagy / D. F. Egan, D. B. Shackelford, M. M. Mihaylova [et al] // *Science*. – 2011. – Vol. 28. - № 331 (6016). – P. 456-461.
31. Proteasomal inhibition by alpha-synuclein filaments and oligomers / E. Lindersson, R. Beedholm, P. Hojrup et al. // *J. Biol. Chem.* – 2004. – Vol. 279. – P. 12924-12934.
32. Proteasomal inhibition leads to formation of ubiquitin/alpha-synuclein-immunoreactive inclusions in PC12 cells / H. J. Rideout, K. E. Larsen, D. Sulzer, L. J. Stefanis // *Neurochem.* – 2001. – Vol. 78. – P. 899-908.
33. Regulation of mammalian autophagy in physiology and pathophysiology / B. Ravikumar, S. Sarkar, J. E. Davies et al. // *Physiol. Rev.* – 2010. – Vol. 90. – P. 1383-1435.

34. Regulation of the autophagy protein LC3 by phosphorylation / S. J. Cherra, S. M. Kulich, G. Uechi et al. // *J. Cell. Biol.* – 2010. – Vol. 190. - № 4. – P. 533-539.
35. Regulation of neuronal survival factor MEF2D by chaperone-mediated autophagy / Q. Yang, H. She, M. Gearing et al. // *Science.* – 2009. – Vol. 323. – P. 124-127.
36. Selective molecular alterations in the autophagy pathway in patients with Lewy body disease and in models of alpha-synucleinopathy / L. Crews, B. Spencer, P. Desplats et al. // *PLoS One.* – 2010. – Vol. 5. – e9313.
37. Selective turnover of p62/A170/SQSTM1 by autophagy / Y. Ichimura, E. Kominami, K. Tanaka, M. Komatsu et al. // *Autophagy.* – 2008. – Vol. 4. – P. 1063-1066.
38. Siddiqui A. Mao-B elevation decreases parkin's ability to efficiently clear damaged mitochondria: protective effects of rapamycin / A. Siddiqui, I. Hanson, J. K. Andersen // *Free Radic. Res.* – 2012. – Vol. 46. - № 8. – P. 1011-1018.
39. The AMPK stress response pathway mediates anoikis resistance through inhibition of mTOR and suppression of protein synthesis / T. L. Ng, G. Leprivier, M. D. Robertson et al. // *Cell Death Differ.* – 2012. – Vol. 19. - № 3. – P. 501-510.
40. The chaperone-mediated autophagy receptor organizes in dynamic protein complexes at the lysosomal membrane / U. Bandyopadhyay, S. Kaushik, L. Varticovski, A. M. Cuervo // *Mol. Cell. Biol.* – 2008. – Vol. 28. – P. 5747-5763.
41. The deacetylase HDAC6 regulates aggresome formation and cell viability in response to misfolded protein stress / Y. Kawaguchi, J. J. Kovacs, A. McLaurin et al. // *Cell.* – 2003. – Vol. 115. – P. 727-738.
42. Trehalose, a novel mTOR-independent autophagy enhancer, accelerates the clearance of mutant huntingtin and alpha-synuclein / S. Sarkar, J. E. Davies, Z. Huang et al. // *J. Biol. Chem.* – 2007. – Vol. 282. - № 8. – P. 5641-5652.
43. Withdrawal of Essential Amino Acids Increases Autophagy by a Pathway Involving Ca²⁺/Calmodulin-dependent Kinase Kinase- β (CaMKK- β) / G. Ghislat, M. Patron, R. Rizzuto, E. Knecht // *J. Biol. Chem.* – 2012. – Vol. 287. - № 46. – P. 38625-38636.
44. Zhang C. Restoration of chaperone-mediated autophagy in aging liver improves cellular maintenance and hepatic function / C. Zhang, A. M. Cuervo // *Nat. Med.* – 2008. – Vol. 14. – P. 959-965.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОДУКТИ ХАРЧУВАННЯ ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА ДІЄТИЧНІ ЗАСОБИ

*(Калюжная О.С., Соловйова А.В., Стрелець О.П., Івахненко О.Л.,
Шаповалова О.В., Стрельников Л.С.)*

Харчування населення є одним із важливих факторів, що визначають здоров'я та збереження генофонду нації. Раціональне харчування забезпечує нормальний ріст і розвиток організму, сприяє профілактиці захворювань, продовженню життя, створенню умов для підвищення здатності організму протистояти несприятливим впливам навколишнього середовища [3].

Науково обґрунтовано, що переважна більшість так званих хвороб цивілізації – серцево-судинні, діабет, алергія, анемія, порушення обмінних процесів – є аліментарнозалежними і можуть коректуватись за допомогою спеціальних продуктів із заданою фізіологічною дією – антиоксидантною, імуномодулюючою, регулюючою. Згідно зі статистикою країн Європейського союзу людина споживає на рік близько 1 т харчових продуктів. Проте дослідження останніх років показують, що при сучасних

технологіях виробництва вони в значній мірі збіднені корисними і вкрай необхідними макро- і мікронутрієнтами [3; 8]. У таких умовах важливе значення набувають технології збагачення продуктів харчування цими необхідними інгредієнтами. Таке харчування отримало назву «функціональне».

Під терміном «функціональні продукти харчування» розуміють систематичне використання продуктів природного походження, які здатні нормалізувати та регулювати окремі функції й біохімічні реакції як певних систем і органів, так і організму в цілому [8]. До даної групи відносяться продукти, що містять живі клітини пробіотичних бактерій, біфідогенні фактори рослинного, мікробного й тваринного походження й харчові волокна [8].

Останнім часом унаслідок збільшення кількості хронічних захворювань та встановлення їхнього причинного зв'язку із незбалансованим харчуванням до харчових продуктів почали ставитися і як до ефективного засобу підтримання фізичного та психічного здоров'я та зниження ризику багатьох захворювань [7; 9].

Використання функціональних продуктів харчування є не тільки вирішенням проблеми порушень функціонування різних органів та систем, дисбалансу імунної системи, попередженням росту захворювань, але й ефективним профілактичним заходом соціального значення для населення України, значна частина якого проживає в екологічно несприятливих регіонах, працюючи в умовах недостатнього й незбалансованого харчування, прийому антибіотиків, шкідливих фізичних та інших негативних впливів [3]. Отже, розробка складу та технології нових видів ефективних функціональних продуктів є актуальним питанням у вирішенні проблеми покращення здоров'я населення України, особливо «груп ризику»: дітей, людей похилого віку, людей із послабленою імунною системою та хворих на цукровий діабет.

Серед величезного розмаїття продуктів тваринного і рослинного походження найбільш цінними у харчовому і біологічному відношенні є молоко і молочні продукти, цінність яких визначається багатим і збалансованим складом його компонентів і високою засвоюваністю всіх харчових речовин [9]. Кисломолочні продукти у дієтичному і лікувальному харчуванні за своїми функціональними властивостями перевершують молоко. Вони містять усі складові частини молока у більш засвоюваному вигляді [4].

Уже декілька років на кафедрі біотехнології Національного фармацевтичного університету розробляються технології виробництва таких продуктів. Так, вже розроблено склад та технологію «нетрадиційних» функціональних напоїв кумису, тану та айрану з використанням доступної та традиційної для нашого регіону молочної сировини – коров'ячого молока, вивчено якісний та кількісний склад продуктів, що були виготовлені нами, та проведено порівняння із вітчизняними промисловими зразками, експериментально показано наявність вираженого антимікробного ефекту для всіх лабораторних зразків кумису, тану та айрану, що свідчить про

виражений лікувально-профілактичний ефект для розроблених нами продуктів [1; 5; 6].

У даній роботі наведено результати розробки складу та технології нових видів функціональних продуктів - йогуртів, збагачених рослинними інгредієнтами, з акцентом на створенні продуктів для дієтичного та лікувально-профілактичного застосування.

Вибір даного типу напою обумовлений його популярністю - український ринок йогуртів постійно розвивається, підвищується інтерес споживачів до збагачених і функціональних видів [4]. На сьогоднішній день існує досить багато робіт в області виробництва йогуртів, збагачених рослинними інгредієнтами і біологічно активними добавками. Однак, розширення їх асортименту можливо за рахунок введення рослинних харчових збагачувачів та дієтичних компонентів.

Тому у досягненні поставленої мети вирішували наступні завдання: 1) обґрунтувати доцільність виробництва нових видів дієтичних та лікувально-профілактичних йогуртів, що збагачені рослинними інгредієнтами; 2) обґрунтувати склад і спосіб виробництва нових видів функціональних продуктів - збагачених йогуртів; 3) виготовити продукти за розробленою технологією у лабораторних умовах та адаптувати її для виробництва у промислових масштабах; 4) провести дослідження показників якості розроблених функціональних продуктів.

При виробництві йогуртів важливу роль відіграють культури молочнокислих бактерій, які сприяють сквашуванню молочної суміші, формують консистенцію і смакоароматичні властивості готових продуктів [4]. Провівши аналіз сучасного вітчизняного ринку ми обрали закваску фірми «Vivo», що застосовували на лабораторному етапі виробництва йогуртів; закваска доступна для використання у домашніх умовах та містить стандартизовані для промислового виробництва штами молочнокислих стрептококів *Streptococcus thermophilus*, болгарської палички *Lactobacillus bulgaricus* і ацидофільної палички *Lactobacillus acidophilus*.

Функціональні продукти із лікувально-профілактичними та дієтичними властивостями повинні містити збагачуючі компоненти. Для наших цілей ми обрали такі перспективні рослинні компоненти, як стевія та сироп шипшини.

Екстракт стевії – природний цукрозамінювач та консервант, який має антимікробні та антигрибкові властивості. Сироп шипшини – комбінований препарат із загальнозміцнюючою дією, стимулює неспецифічну резистентність організму, посилює регенерацію тканин, зменшує проникність судин, бере участь у вуглеводному і мінеральному обміні, має протизапальні властивості, імуностимулюючу і жовчогінну дію.

При виконанні досліджень використовували класичні фізико-хімічні, органолептичні та мікробіологічні методи та технологічні прийоми згідно методик чинної нормативної документації на кисломолочні продукти та йогурти [1-4].

На сьогоднішній день із засобів масової інформації звучить теза про корисність застосування кисломолочних продуктів у харчуванні завдяки вмісту в них корисної мікрофлори та раціонального співвідношення нутрієнтів: жирів, білків та вуглеводів, макро - та мікроелементів. Але, у той же час, багатьма дослідниками показана сумнівність даного висловлювання для промислових продуктів. Тому ми проаналізували склад та основні показники харчової поживності популярних на нашому ринку йогуртів (згідно інформації виробника) та порівняли із нормою (табл. 1).

Таблиця 1

Харчова цінність популярних класичних йогуртів та йогуртів зі стевією, що є в наявності на вітчизняному ринку

Назва продукту	Енергетична цінність 100 г продукту			Калорійність
	Білки, %	Жири, %	Вуглеводи, %	Ккал
Йогурт «Волошкове поле»	2,1	2,4	14,5	88
Йогурт «Живинка»	2,2	1,0	12,0	66
Йогурт «Галичина»	2,7	2,5	14,1	88
Йогурт «Фанні»	2,7	1,0	12,9	71,4
Йогурт «Чудо»	2,6	2,5	14,1	89,3
Йогурт «Активія»	2,9	1,5	12,2	74
Йогурт «Яготинський»	2,6	2,5	15	93
Йогурт «Фругурт»	2,9	2,5	12,8	85,3
Йогурт «Гармонія» (зі стевією)	2,9	2,5	3,8	49,3
Йогурт «Молочний буфет» (зі стевією)	3,2	0,5	7	41

Результати вказують на невідповідність оптимальним значенням в раціоні харчування людини. Таким чином, ми демонструємо актуальність створення йогуртів із контрольованим вмістом поживних компонентів, що особливо важливо в дієтичному харчуванні та для лікувально-профілактичного застосування хворими на діабет.

Технологічна схема розроблених йогуртів реалізується в рамках традиційної технології резервуарним способом [4, с. 31]; відрізняється способом внесення харчового збагачувача і сиропів. Згідно розробленої технології у лабораторних умовах була запропонована наступна технологія для апробації у промислових масштабах (рис. 1, 2).

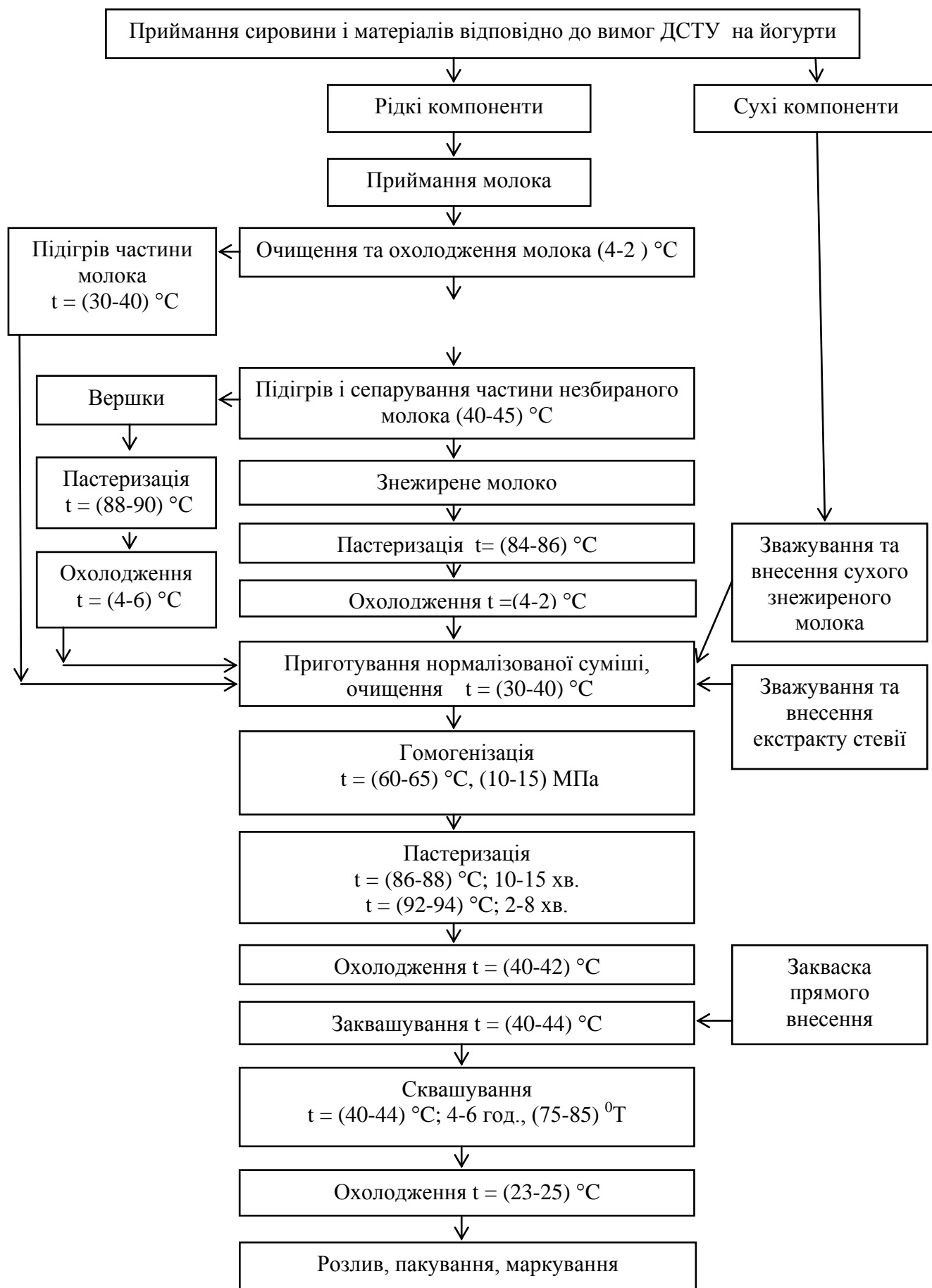


Рис. 1. Технологічна схема виробництва йогурту, збагаченого стевією

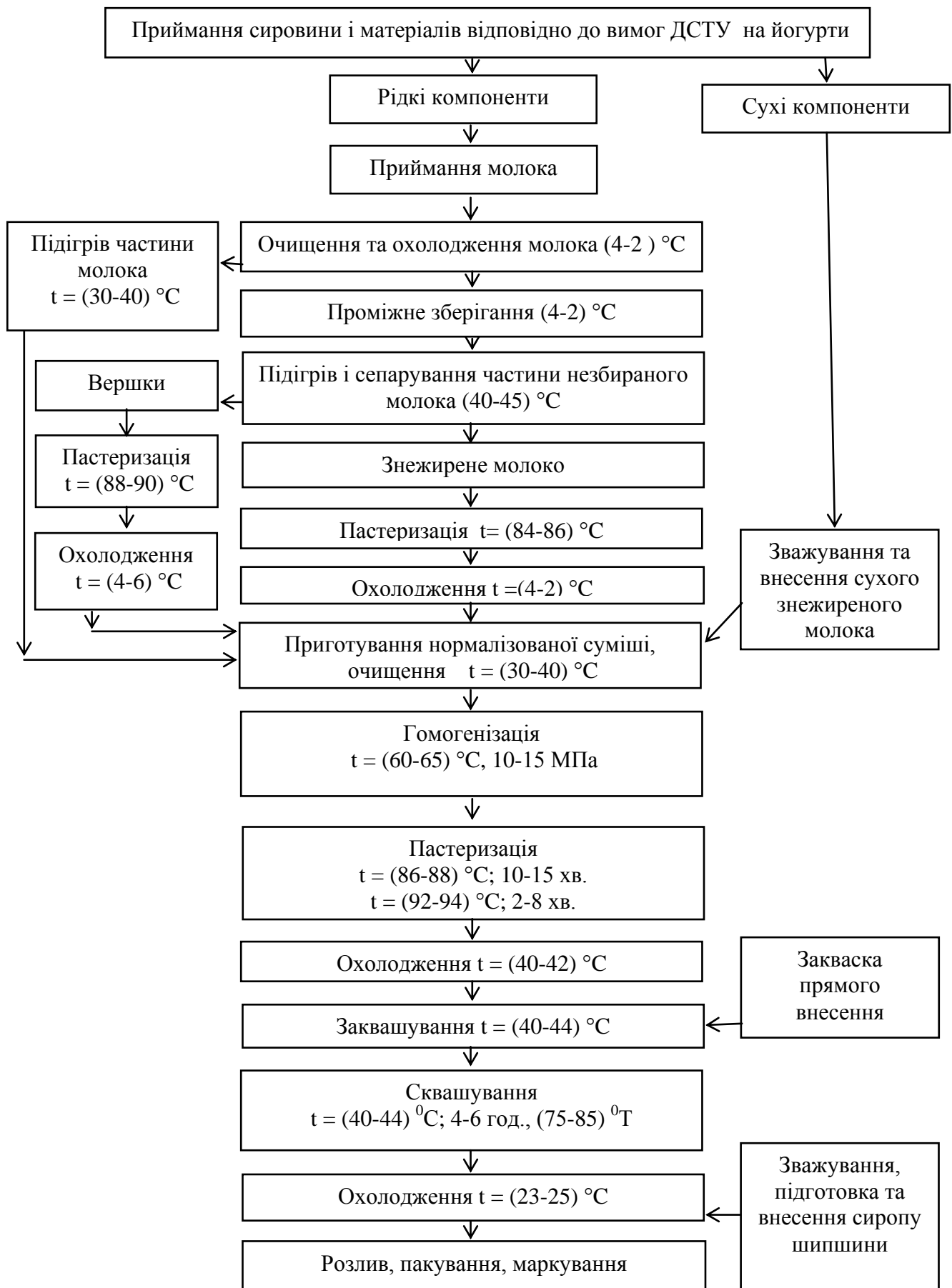


Рис. 2. Технологічна схема приготування йогурту, збагаченого сиропом шипшини

Для обґрунтування способу внесення харчового збагачувача попередньо готували суміш з сиропу і харчового збагачувача. Досліджували два способи внесення: I спосіб передбачав введення суміші збагачувача з сиропом на стадії заквашування, II спосіб - після заквашування на стадії перемішування.

У результаті експерименту було встановлено, що введення суміші харчового збагачувача і сиропу на стадії заквашування і сквашування відбувалося повільне наростання кислотності, згусток не утворювався. Це пояснюється тим, що харчовий збагачувач, що представляє собою порошкоподібну суміш, містить комплекс біологічно і фізіологічно активних речовин.

Функціональні властивості стевії пов'язані переважно з вмістом стевіозидів, амінокислот, каротиноїдів, вітамінів, флавоноїдів, а також мікро- і макроелементів. Плоди шипшини за змістом біологічно активних речовин перевершують всі види плодово-ягідної сировини, відрізняються високим вмістом β -каротину, аскорбінової кислоти, вітамінів групи В, є природним концентратом вітамінів, містить ряд флавонових глікозидів. Високий вміст біологічно і фізіологічно активних речовин в харчових збагачувачах можуть інактувати лактобактерії та затримувати процес сквашування. Тому введення харчового збагачувача у вигляді суміші з сиропом після охолодження і перемішування згустку дозволяє отримати продукт із заданими властивостями.

Наступним етапом проекту було перевірка показників якості розроблених продуктів за методиками чинної нормативної документації ДСТУ 4343:2004 (якісний та кількісний склад мікрофлори продуктів, органолептичні показники, кислотоутворення) та порівняння із промисловими зразками (йогурти «Дольче» та «Активія» класичні).

Мікроскопічні препарати, пофарбовані за методом Грама, доводять наявність у всіх зразках характерних для йогуртів мікроорганізмів: *L. bulgaricus*, *L. acidophilus* і *S. thermophilus*, тобто за показником «якісний склад» всі зразки відповідають нормі.

Основним показником, що обумовлює корисність будь-якого кисломолочного продукту, є кількість молочнокислих бактерій, яка на кінець терміну придатності повинна бути не менше ніж 1×10^7 КУО (колонієутворюючих одиниць)/мл [2]. Для всіх зразків на початок терміну зберігання відповідає нормативному значенню (значно його перевищує), але на кінець терміну зберігання для йогуртів «Активія» та «Дольче» різко знижується до критичного, а для йогуртів на основі закваски «Vivo» залишається на стабільно високому рівні (табл. 2).

Таблиця 2.

Кількість молочнокислих бактерій для зразків йогуртів

Найменування йогурту	Кількість молочнокислих бактерій, КУО/мл	
	На початок терміну зберігання (у перші три дні для йогуртів «Активія» та «Дольче», у перший день – для йогурту на основі закваски)	На кінець терміну зберігання (на 28-й день – для йогурту «Активія», на 7-й день – для йогурту «Дольче», на 3-й день – для йогурту на основі закваски)
4«Активія» класичний	$5,6 \times 10^{12}$	$1,2 \times 10^7$
«Дольче» класичний	$3,8 \times 10^8$	$1,1 \times 10^7$
Йогурт на основі закваски «Vivo» класичний	$4,0 \times 10^{10}$	$3,1 \times 10^9$
Йогурт на основі закваски «Vivo» зі стевією	$4,2 \times 10^{10}$	$3,3 \times 10^9$
Йогурт на основі закваски «Vivo» із шипшиною	$4,1 \times 10^{10}$	$3,2 \times 10^9$

Органолептичні показники (смак і запах, консистенція, колір) для всіх зразків відповідають нормі, але смак йогурту «Дольче» на кінець терміну зберігання змінюється (табл. 3).

Таблиця 3

Органолептичні показники зразків йогуртів

Найменування йогурту	Колір	Смак	Консистенція
«Активія»	Молочно-білий	Характерний, кисломолочний, без стороннього присмаку	Однорідна, у міру щільна, без газоутворення
«Дольче»	Молочно-білий	Характерний, кисломолочний, злегка кислуватий на кінець терміну зберігання, без стороннього присмаку	Однорідна, тягнуча, без газоутворення
Йогурт на основі закваски «Vivo» класичний	Молочно-білий	Характерний, кисломолочний, без стороннього присмаку	Однорідна, при порушенні утворюються грудочки, без газоутворення
Йогурт на основі закваски «Vivo» зі стевією	Молочно-білий	Характерний, кисломолочний, із солодкуватим трав'янистим присмаком	Однорідна, при порушенні утворюються грудочки, без газоутворення
Йогурт на основі закваски «Vivo» із шипшиною	Карамельно-кремовий	Характерний, кисломолочний, присутній солодко-кислий присмак за рахунок вмісту вітаміну С	Однорідна, при порушенні утворюються грудочки, без газоутворення

Обов'язковим критерієм оцінки якості йогуртів є кислотність: титрована та активна. Титрована кислотність є критерієм оцінки свіжості й натуральності молочних продуктів, і для йогуртів нормується в межах від 80 до 140 °Т. Для кисломолочних напоїв важливим показником є й активна кислотність (рН), за наростанням якої роблять висновок про їх зрілість (готовність) [2]. Так, для йогуртів вона має бути у межах (4,8-4,0) од. Показники кислотності для всіх зразків йогуртів відповідають нормі, але для йогуртів «Активія» та «Дольче» спостерігається її підвищення протягом зберігання (у межах норми) (табл. 4).

Таблиця 4

Кислотність зразків йогуртів

Найменування йогурту	Кислотність			
	На початок терміну зберігання (у перші три дні для йогуртів «Активія» та «Дольче», у перший день – для йогурту на основі закваски)		На кінець терміну зберігання (на 28-й день – для йогурту «Активія», на 7-й день – для йогурту «Дольче», на 3-й день – для йогурту на основі закваски)	
	титрована, °Т	активна, рН	титрована, °Т	активна, рН
«Активія»	85,5	4,2	89,1	4,0
«Дольче»	91,4	4,2	95,5	4,1
Йогурт на основі закваски «Vivo» класичний	130,7	4,3	131,0	4,2
Йогурт на основі закваски «Vivo» зі стевією	130,0	4,2	130,8	4,1
Йогурт на основі закваски «Vivo» із шипшиною	130,5	4,3	131,2	4,2

Таким чином, на основі проведення комплексу фізико-хімічних, мікробіологічних та органолептичних досліджень, використання технологічних підходів було створено два нових виду функціональних продуктів: йогурту, збагаченого стевією, із дієтичними та лікувально-профілактичними властивостями, що особливо важливо для хворих на цукровий діабет, та йогурту, збагаченого сиропом шипшини, із дієтичними та імуностимулюючими властивостями, що важливо для дітей, людей похилого віку та людей із зниженим імунітетом; розроблено технологію виготовлення у лабораторних умовах, що придатна для домашнього застосування, та апробовано у промислових масштабах; відпрацьовані методики контролю якості продуктів та розроблено відповідну нормативну документацію.

Список використаних джерел

1. Вивчення показників ефективності деяких функціональних напоїв / Соловйова А.В., Калюжная О.С., Стрелець О.П., Стрельников Л.С. // Сучасні досягнення

- фармацевтичної технології і біотехнології : збірник наукових праць, випуск 2. – Х.: Вид-во НФаУ, 2017. – С. 175-179.
- Грегірчак Н.М. Мікробіологія харчових виробництв. Лабораторний практикум. - К.: НУХТ, 2009. - 302 с.
 - Нутриціологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Дуденко Н.В., Павлоцька Л.Ф., Цихановська І.В. та ін. ; під заг. ред. Н.В. Дуденко. – Х.: Світ Книг, 2013. – 560 с.
 - Практикум з технології молока і молочних продуктів: навч. посіб. / О.В. Грек, Н.М. Ющенко, Т.Г. Осмак та ін. - К.: НУХТ, 2015. - 431 с.
 - Development of composition and technology of new functional foods - koumiss, thane, ayran / A.V. Solovieva, Y.A. Zhukova, L.S. Strelnikov, O.S. Kalyuzhnaya // Topical issues of new drugs development: International Scientific And Practical Conference Of Young Scientists And Student, 21 april, 2016. – Kh.: Publishing Office NUPh, 2016.– P. 373 - 374.
 - Development of the pharmaceutical biotechnology at the biotechnology department of the National university of pharmacy / L. Strelnikov, O. Kalyuzhnaya, O. Strilets, O. Ivachnenko // Modern direction in chemistry, biology, pharmacy and biotechnology: monograph: editor in chief Volodymyr Novikov. – Lviv: Lviv Polytechnic, 2015. – P. 184-189.
 - Functional aspects of dairy foods in human health: An overview / S.K. Bharti, N.K. Sharma, K. Murari et al. // Critical review in pharmaceutical sciences. – 2012. – № 1. – P. 35-42.
 - Functional Foods / European Commission. – Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. – 24 p.
 - Park Y.W. Bioactive components in milk and dairy products. – Singapore: A John Wiley & Sons, Ltd., Publication, 2009. – 426 p.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ОЦІНКА РИЗИКУ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЇХ АЛІМЕНТАРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (*Кушнір О.В., Сидорчук Л.П., Іфтода О.М.*)

На сьогодні особливої значущості набуває проблема збереження і зміцнення здоров'я населення, як фундаментальної цінності та критерію успішної діяльності суспільства.

Однією з найбільш складних проблем у діагностичному, лікувальному та економічному відношеннях у структурі серцево-судинних захворювань є артеріальна гіпертензія (АГ) [1, с. 61; 2, с. 3]. Ця недуга посідає перше місце у структурі хвороб системи кровообігу, у зв'язку з чим підвищений артеріальний тиск (АТ) розглядається як важливий чинник ризику ураження органів-мішеней, що визначає прогноз пацієнта, будучи провідною причиною інвалідності та смертності населення працездатного віку [3, с. 17; 4, с. 4].

Серйозне занепокоєння викликає той факт, що серед дорослого населення України у 46% осіб з підвищеним АТ виявляють ожиріння, у 67% гіперхолестеринемію, 23% хворих на АГ курять, 83% вживають алкогольні напої, 48% ведуть малорухомий спосіб життя [1, с. 63]. Порівняльний аналіз складу основних інгредієнтів раціонів харчування осіб працездатного віку без АГ та хворих на АГ, віком від 40 до 65 років, свідчить про взаємозв'язок між кількісною та якісною повноцінністю харчових раціонів і розвитком захворювання. Спостерігали виражену розбалансованість харчування хворих на АГ за основними компонентами, з переважним вживанням тваринних

жирів, простих вуглеводів та недостатнє споживання рослинних жирів, які є джерелами поліненасичених жирних кислот родини омега-3, дефіцит харчових волокон, кальцію, магнію, ретинолу та аскорбінової кислоти. Проведений аналіз розповсюдженості АГ у групах з різним співвідношенням у харчуванні білків, жирів та вуглеводів показав, що при балансі, найбільш наближеному до норми (1:1:4), поширеність АГ утричі нижча, ніж у когорті обстежених, у харчуванні яких співвідношення кількості білків, жирів і вуглеводів становить 1:1,5:3 (при надмірній кількості жиру і нестачі вуглеводів) [5, с. 22].

Дослідження останніх років показали, що саме захворювання судин і серця зумовлюють погіршення кровотоку у вісцеральних гілках черевної аорти, що врешті-решт спричинює розвиток абдомінального ішемічного синдрому [6, с. 44; 7, 96]. Порушення дифузії кисню за структурно-функціональних змін мезентеріальних судин веде до розвитку гіпоксії кишкової стінки. При цьому найбільше страждає підслизовий шар та слизова оболонка, з епітелієм якої тісно асоційована мукоїдна мікрофлора [8, с. 45; 9, с. 150]. Порушення живлення мукоїдної, а згодом і порожнинної бактеріальної флори товстої кишки призводить до її кількісних та якісних змін, що супроводжується випадінням корисних для мікроорганізму функцій (порушення травлення, розвиток ендогенних гіповітамінозів, зниження імунологічної реактивності тощо) із наступним зниженням протективної здатності слизової оболонки кишечника стосовно багатьох факторів екзо- та ендогенної агресії [10, с. 114; 11, с. 79].

Важливе значення у розвитку і прогресуванні дисбактеріозу кишечника належить аліментарним чинникам ризику. Формуванню дисбіотичних порушень сприяють зловживання алкоголем, порушення режиму харчування, наявність у раціоні речовин, що змінюють кінетику епітелію слизових оболонок і склад муцину, дефіцит мікроелементів (заліза, кобальту, цинку, селену) та кисломолочних продуктів. Негативно впливають на якісний та кількісний склад кишкової мікрофлори деякі харчові барвники та консерванти, залишки антибіотиків у продуктах тваринництва. Надмірний вміст у харчовому раціоні рафінованих вуглеводів на фоні недостатнього вмісту клітковини сприяє розвитку бродильної диспепсії, надлишок тваринних білків – колонізації гнилісної флори та гемолітичних штамів кишкової палички, надлишок тваринних жирів – зростанню популяційних рівнів бактероїдів і ентерококів з наступним витісненням із біотопу товстої кишки біфідо- та лактобактерій. [12, с. 173; 13, с. 53].

Враховуючи вище наведене, метою дослідження була епідеміологічна оцінка ризику розвитку порушень кишкового мікробіоценозу на фоні есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) з наступним обґрунтуванням заходів комплексної аліментарної профілактики.

Матеріал та методи дослідження. Етап скринінгу для дослідження пройшло 104 хворих на ЕАГ I-III стадій тяжкості. При виконанні роботи дотримано основні вимоги біоетики щодо проведення наукових медичних досліджень за участю людини, підписано інформовану згоду пацієнта. Серед

хворих було 48,1% (50) жінок і 51,9% (54) чоловіків, середній вік – $53,2 \pm 8,7$ року, тривалість захворювання від 2-х до 30-и років (у середньому $13,45 \pm 6,42$ року). ЕАГ I стадії була у 14 (13,5%) хворих, ЕАГ II стадії – у 42 (40,4%), ЕАГ III стадії – у 48 (46,1%) осіб. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб, відповідного віку та статі ($p > 0,05$).

Не включали у дослідження хворих на симптоматичну АГ; цукровий діабет; пацієнтів із суб- і декомпенсованими захворюваннями печінки, нирок, діагностованими хронічними захворюваннями травного тракту; осіб із загостренням хронічних запальних процесів чи гострими запальними процесами будь-якої локалізації; не раніше, ніж через 3 місяці після лікування антибактеріальними препаратами.

Середні значення офісного систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ), визначали відповідно до вітчизняних та вимог ESH та ESC (2013) [4, с. 5; 14, с. 1295]. Абдомінальне ожиріння визначали за обводом талії для чоловіків >102 см, для жінок >88 см; індекс маси тіла (ІМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$) вираховували за співвідношенням маси тіла до зросту в метрах, піднесеного до квадрату [4, с. 5].

Серед хворих на ЕАГ I стадії переважали особи працездатного віку ($44,79 \pm 6,95$ років), із підвищеною масою тіла (ІМТ - $27,29 \pm 2,13$ $\text{кг}/\text{м}^2$), тривалістю хвороби близько 3 років, 57,1% обстежених даної групи курили, переважали чоловіки (57,1% проти 42,8% жінок). У пацієнтів із ЕАГ II суттєвої різниці за гендерною ознакою не спостерігали, середня тривалість ЕАГ становила $11,06 \pm 2,93$ року, що було майже утричі більше, ніж у хворих на ЕАГ I ($p < 0,01$), курили 21,4% осіб, ІМТ був вірогідно більше, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$), обвід талії у жінок був більшим на 16,9%, ніж у практично здорових ($p < 0,03$). У хворих на ЕАГ III стадії тривалість хвороби зросла майже у 5 разів порівняно з ЕАГ I стадії ($p < 0,001$), у групі невірогідно переважали чоловіки (54,2% проти 45,8% жінок), з яких 12,5% курили, ІМТ становив $31,97 \pm 2,68$ $\text{кг}/\text{м}^2$ ($p \leq 0,02-0,01$), що було вірогідно більше, ніж у пацієнтів із ЕАГ I ($p = 0,02$) і класифікується, як I ступінь ожиріння.

Мікробіоценоз кишечника досліджували мікробіологічними методами за видовим складом та популяційним рівнем порожнинної мікрофлори дистального відділу товстої кишки [8, с. 44; 15, с. 675].

Протокол дослідження включав наступні етапи: скринінг пацієнтів (відповідність критеріям включення і виключення); визначення антропометричних, клінічних, мікробіологічних показників; епідеміологічний аналіз. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel™ 2010, Primer of Biostatistics® 6.05 та Statistica™ 7.0 (Statsoft® Inc).

ЕАГ частіше зустрічалась у осіб працездатного віку – від 28 до 65 років, що склало 84,6% (88) від загальної кількості обстежених. Сімейний анамнез за АГ був обтяжений у 40 (38,5%) пацієнтів: за материнською лінією у 26 (25,0%) осіб, за батьківською – у 14 (13,5%) осіб.

Офісний САТ вірогідно збільшувався у хворих на ЕАГ II і III стадій, порівняно з ЕАГ I стадії на 7,2% і 16,0% ($p < 0,05-0,01$), офісний ДАТ – на 6,5% та 10,9% ($p \leq 0,034-0,001$) відповідно.

За результатами мікробіологічних досліджень у 64,3% хворих на ЕАГ I стадії та у 95,5% пацієнтів із ЕАГ II і III стадій спостерігали зміни видового складу порожнинної мікрофлори кишечника: у 30,8% хворих – елімінацію ентерококів, у 50,0% пацієнтів – контамінацію порожнини товстої кишки ентеротоксигенними ешерихіями, у 89,4% – умовно патогенними ентеробактеріями (протеями, серраціями, гафніями, ентеробактером), бактеріями роду *Clostridium*, пептококом, стафілококами та дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Ступені тяжкості дисбактеріозу порожнини товстої кишки у хворих залежно від стадії ЕАГ наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Ступені тяжкості кишкового дисбактеріозу у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію залежно від ураження органів мішеней (n=104)

Ступені тяжкості дисбактеріозу	Контроль I, n=20 (%)	ЕАГ I, n=14(%)	ЕАГ II, n=42 (%)	ЕАГ III, n=48 (%)	Всього, n=104 (%)
Нормофлора	10 (50,0)	0	0	0	0
I ступінь	8 (40,0)	5 (35,7)	2 (4,8)	2 (4,2)	9 (8,6)
II ступінь	2 (10,0)	7 (50,0)	3 (7,1)	7 (14,6)	17 (16,3)
III ступінь	0	2 (14,3)	29 (69,0)	25 (52,1)	56 (53,8)
IV ступінь	0	0	8 (19,0)	14 (29,2)	22 (21,1)
Всього	20 (100,0)	14 (13,5)	42 (40,4)	48 (46,1)	104 (100,0)

Примітки: 1. Підрахунок (%) проводили окремо для здорових (n=20) та хворих на ЕАГ (n=104) відповідно. 2. n (%) – кількість (відсоток) спостережень.

У хворих на ЕАГ I невірогідно переважав дисбактеріоз I-II ступеня. У пацієнтів із ЕАГ II (n=42) і III (n=48) стадій дисбактеріоз II-IV ступеня виявляли у 95,1% (40) і 95,9% (46) випадків відповідно, що було вірогідно частіше ($p < 0,001$), ніж у пацієнтів із ЕАГ I (n=14) – 64,3% (9), в останніх дисбіоз IV ступеня не реєстрували. Таким чином, у хворих на ЕАГ II і III органом-мішенню у 4,3 рази частіше ($p < 0,001$) стає кишечник. Тяжкість дисбактеріозу вірогідно корелювала із тяжкістю ЕАГ II і III стадій ($r \geq 0,43$, $p < 0,05$). У хворих на ЕАГ II і III стадій прогностична цінність позитивного результату появи дисбіозу III і IV ступенів становила 88,1% та 81,3% відповідно ($\chi^2=24,9$, $p < 0,001$).

Визначення потенційних факторів ризику появи тяжких ступенів дисбіозу серед хворих на ЕАГ здійснювали шляхом епідеміологічного аналізу (табл. 2).

За референтні значення у розрахунку ризиків для хворих прийняли дані пацієнтів ЕАГ I стадії (низький ризик серцево-судинних ускладнень). Враховуючи відсутність дисбіозу IV ступеня у пацієнтів із ЕАГ I стадії, порівняно з його наявністю у решти хворих, ризик появи виключно дисбіозу IV розраховували гіпотетично за математичною моделлю.

Тяжкість артеріальної гіпертензії як фактор ризику появи дисбіозу

Потенційний фактор ризику		Тяжкість товстокишкового дисбіозу				
		I ступінь	II ступінь	III ступінь	IV ступінь гіпотетично	
Тяжкість АГ, серцево-судинний ризик	II стадія (помірний-високий ризик)	RelR	0,13	0,14	4,83	1,33
		RR	0,35	0,35	1,80	1,08
		OR	0,09	0,08	13,4	1,41
		95% CI RR	0,11-1,14	0,14-0,91	1,22-2,65	0,76-1,54
		95% CI OR	0,02-0,54	0,02-0,37	2,61-68,6	0,26-7,60
		p	0,008	0,001	0,0004	>0,05
	III стадія (високий-вкрай високий ризик)	RelR	0,12	0,29	3,65	2,04
		RR	0,34	0,59	1,41	1,18
		OR	0,08	0,17	6,52	2,47
		95% CI RR	0,11-1,11	0,34-1,0	1,08-1,83	0,92-1,52
		95% CI OR	0,01-0,47	0,05-0,64	1,32-32,3	0,49-12,5
		p	0,005	0,01	0,012	>0,05

Примітки: 1. RelR (relative risk) – відносний ризик. 2. RR (Risk Ratio) – відношення ризиків. 3. OR (Odds Ratio) – відношення шансів. 4. 95% CI RR, OR (confidence interval) – довірчі інтервали відношення ризиків (RR), шансів (OR). 5. АГ – артеріальна гіпертензія.

Результати епідеміологічного аналізу ризику появи дисбіозу товстої кишки у хворих на ЕАГ II і III стадій, засвідчили вірогідно низьку ймовірність появи у них дисбіозу I і II ступенів (OR=0,08-0,17, 95% CI OR=0,01-0,64, $p \leq 0,01-0,001$) зі зростанням ризику виникнення дисбіозу III ступеня до 4,83 і 3,65 разу (OR=13,4 і OR=6,52, 95% CI=1,32-68,6, $p=0,0004$ і $p=0,012$, відповідно).

Уважаємо, що основним спрямуванням немедикаментозної профілактики дисбіозу у хворих на ЕАГ є модифікація способу життя пацієнта: відмова від шкідливих звичок, збільшення рухової активності, корекція психоемоційного стану та раціону харчування.

Хворим на ЕАГ слід рекомендувати дотримання принципів раціонального харчування. Зокрема, кількісна повноцінність харчового раціону передбачає відповідність його калорійності енерговитратам організму. Дотримання режиму харчування (споживання їжі у фіксовані періоди часу 4-5 разів на день невеликими порціями), сприяє оптимізації процесів травлення їжі [16, с. 186].

У контексті зниження серцево-судинного ризику та забезпечення якісної повноцінності харчового раціону для хворих на АГ найбільш доцільним дотримання DASH-дієти (Dietary Approaches to Stop Hypertension), яка передбачає обмеження вживання солі, солодощів, цукру та цукровмісних напоїв, червоного м'яса, насичених жирів тваринного походження і трансжирів, натомість – збагачення раціону рибою, м'ясом птиці, горіхами, насінням та продуктами, що містять ліпотропні речовини, калій та магній (гарбуз, курага, банан, чорнослив, хурма тощо) [17, с. 120].

Стимуляції росту й активності власної індигенної кишкової мікрофлори сприяють такі компоненти DASH-дієти, як достатній вміст кисломолочних

продуктів з низьким вмістом жиру або знежирених (2-3 порції/добу), харчових волокон (7-8 порцій або 27-40 г/добу), овочів та фруктів (по 4-5 порцій, не менше 400 г/добу).

Кисломолочні напої низької жирності містять живі мікроорганізми (лактобактерії, ацидофільні палички, молочнокислий стрептокок), які є біологічними конкурентами гнилісних мікроорганізмів та володіють пробіотичною активністю, оскільки містять корисні продукти життєдіяльності бактерій (молочну кислоту, вітаміни групи В, бактеріостатичні речовини). Харчові волокна, джерелами яких є хліб грубого помелу, висівки, цільнозернові крупи, а також клітковина та пектини овочевих і плодово-ягідних культур стимулюють моторику травного тракту, збільшують синтез вітамінів РР, В₁, В₂, В₆, фолієвої кислоти симбіотичною мікрофлорою, адсорбують токсичні продукти обміну, зменшують чисельність та активність умовно-патогенних мікроорганізмів [18, с. 36].

Додатково до рекомендацій DASH-дієти вважаємо за необхідне звертати увагу пацієнтів на аліментарні чинники, які негативно впливають на мікрофлору травного тракту. Слід звести до мінімуму споживання алкоголю та продуктів, які є джерелами таурину (маринованих оселедців, печінки яловичої, дріжджової випічки, пива), оскільки вони паралельно з вазопресорною активністю негативно впливають на якісний склад кишкової мікрофлори. Пацієнтам варто також обмежувати в раціоні консервовані продукти (пакетовані соки та сухофрукти, алкогольвмісні напої), що містять у якості консервантів сполуки сірки, які викликають порушення процесів життєдіяльності облигатної мікрофлори [19, с. 213]. Під час приготування їжі слід уникати смаження та копчення, під час яких утворюються речовини, токсичні для кишкових мікроорганізмів. Хворим на АГ не слід зловживати ранньою городньою зеленню (салат, шпинат, петрушку, ревінь) та коренеплодами (столові буряки, морква, редька) з високим вмістом нітратів, які сприяють розвитку патогенної мікрофлори в кишечнику [20, с. 132].

За необхідності, слід додатково призначати пробіотики («Лактувіт», «Лактіале», «Ентерожерміна», «Біфіформ», «Симбітер» тощо), які є джерелами збалансованого комплексу ліофілізованих біфідо- та лактобактерій.

Таким чином, прогресування артеріальної гіпертензії асоціюється зі зростанням ризику розвитку важких дисбіотичних порушень товстої кишки, що вказує на доцільність профілактики їх розвитку шляхом раннього виявлення та диспансеризації осіб з підвищеним АТ, призначення своєчасної адекватної антигіпертензивної терапії, проведення санітарно-просвітницької роботи з метою підвищення поінформованості пацієнтів про основні аспекти здорового способу життя.

Оптимізація харчового раціону у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію сприятиме підтриманню оптимальних умов існування облигатної автохтонної мікрофлори та нормалізації метаболічних процесів, зменшуючи імовірність розвитку важких дисбіотичних порушень.

Список використаних джерел

1. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії // Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 1(додаток). – С. 61-64.
2. Амосова К.М., Сидорчук Л.П., Кушнір О.В. Зміни функції ендотелію під впливом комбінованого лікування у хворих на артеріальну гіпертензію // Буковинський медичний вісник. – 2010. – Т. 14, № 4 (56). – С. 3-6.
3. Дорогой А.П. Тривалість життя і смертність населення України від хвороб, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 1(додаток). – С. 17-18.
4. Наказ МОЗ України від 24.05.2012р. №384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». - С. 3-8.
5. Цимбаліста Н.В., Давиденко Н.В. Стан фактичного харчування населення та аліментарно обумовлена захворюваність // Проблеми харчування. – 2008. – № 1/2 (18). – С. 18-22.
6. Анохіна Г.А. Абдомінальний ішемічний синдром // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 1 (21). – С. 42-47.
7. Кушнір О.В., Сидорчук Л.П., Плеш І.А., Буймістр Н.І. Доплерографічні показники кровотоку та товщина «інтима-медіа» черевного відділу аорти у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від поліморфізму генів ACE (I/D) та AGTR1 (A1166C), зв'язок із дисбіозом кишечника // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. X. - № 1 (35). – С. 91-97.
8. Воробьев А.А., Несвижский Ю.В., Липницкий Е.М. Исследование пристеночной микрофлоры желудочно-кишечного тракта человека в норме и патологии // Вестник РАМН. – 2004. – № 2. – С. 43-47.
9. Ischemia of the intestinal mucosa during cardiopulmonary bypass / N.Tsunooka, Y. Hamada, H. Imagawa et al. // Artif. Organs. – 2003. – Vol. 6 (2). – P. 149-151.
10. Сабельникова Е.А. Клинические аспекты дисбактериоза кишечника // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 3. – С. 111-116.
11. Сабковская К.А. Микробиологические особенности дисбиоза кишечника у больных с коморбидной патологией // Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаяєва. – 2008. – Т. 9. - № 2. – С.78-80.
12. Нарушение микробной экологии человека: причины и следствия, способы восстановления физиологической нормы / В.В. Бережной, Д.С. Янковский, С.А. Крамарев и др.// Здоровье женщины. – 2004. – № 2 (18). – С. 170-177.
13. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. Дисбактериоз кишечника. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.
14. Guiseppe Mancia, Task Force Members. 2013 ESH / ESC Giudeliness for the management of arterial hypertension / Mancia Guiseppe and // J. Hypertension. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281-1357.
15. Vilas-Boas G.T., Peruca A.P., Arantes O.M. Biology and taxonomy of *Bacillus cereus*, *Bacillus anthracis*, and *Bacillus thuringiensis* // Can. J. Microbiol. – 2007. – Vol. 53 (6). – P. 673-687.
16. Волошин О.І., Бойчук Т.М., Волошина Л.О. Оздоровче харчування: стан і перспективи XXI століття. – Чернівці-Вижниця: Черемош, 2013. – 465 с.
17. Милославський Д.К., Коваль С.М., Снігурська І.О. та ін. Сучасні погляди на лікувально-профілактичне харчування та найбільш ефективні європейські дієти при метаболічному синдромі та його компонентах // Международный эндокринологический журнал. – 2016. – № 4 (76). – С. 118-124.
18. Охотникова Е.Н., Ткачева Т.Н. Микробиоценоз кишечника: основные понятия, нарушения и их коррекция // Мистецтво лікування. – 2010. – № 4 (70). – С. 34-40.

19. Хавкин А.И., Комарова Продукты метаболизма кишечной микрофлоры: возможна ли избирательная коррекция? // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14. - № 2. – С. 212-218.
20. Димань Т.М., Мазур Т.Г. Безпека продовольчої сировини і харчових продуктів: підручник. – К.: ВЦ «Академія», 2011. – 520 с.

**ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА АЛКОГОЛЮ НА
АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ СЛИНИ ЛЮДИНИ**
(Мегалінська Г.П., Страшко С.В., Іванова Т.С., Даниленко Є.В.)

У сучасних соціально-політичних та економічних умовах першочерговим завданням системи освіти є формування людини, здатної постійно самовдосконалюватися, творчо сприймати нову інформацію та нести відповідальність за власні рішення. У теперішній час суттєва увага приділяється питанням прищеплення учням та студентам навчальних закладів навичок здорового способу життя та безпечної поведінки. Проблема зміцнення здоров'я дітей і молоді є однією з актуальних проблем сьогодення. Формування здоров'я постає як стратегія гармонізації фізичного та психічного розвитку особистості для забезпечення самореалізації та ефективної адаптації до оточуючого середовища шляхом набуття необхідних знань про здоров'я та закріплення навичок здорового способу життя [1]. Сьогодення потребує від майбутніх учителів основ здоров'я все більш інтегрованих психолого-педагогічних та медико-біологічних знань для ефективної організації оздоровчої та просвітницької роботи [2].

За оцінками експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ, Україна входить до числа шести (із 50) країн Європи, де темпи вживання алкоголю, тютюну і наркотиків є найвищими [1]. Боротьба зі шкідливими звичками – це один з основних напрямків оздоровлення молоді. Актуальність проблеми алкоголізації та тютюнопаління на сучасному етапі розвитку суспільства зросла, а спроби її вирішення залишаються недостатньо ефективними. Дуже небезпечним є цей процес в молодіжному середовищі. Все більше залучається до вживання алкогольних напоїв такий прошарок молоді як студентство. Найбільш поширеними наслідками паління є: розвинення раку легень, пожовтіння зубної емалі, порушення фізіологічних функцій організму (погіршення пам'яті, запаморочення, недокрів'я, погіршення стану імунної системи). Також паління скорочує на кілька років тривалість людського життя. Все це змушує дослідників звертатися до пошуку шляхів усунення дії факторів, що провокують загострення проблеми. Виховання негативного ставлення до шкідливих звичок потребує різноманітних педагогічних прийомів, серед яких найгірше розроблений та потребує подальшого вдосконалення метод біологічного експерименту. Унаочнення та біологічний експеримент є дієвими методами виховання оздоровчої культури школярів і студентів.

Одним з напрямків погіршення стану здоров'я під впливом алкоголю та тютюнопаління є погіршення імунітету. На думку Флемінга, лізоцим є

частиною природного імунітету людини [3]. В організмі людини лізоцим відіграє роль неспецифічного антибактеріального бар'єру, особливо в місцях контакту з зовнішнім середовищем (слина, слизова оболонка носу, сльози).

Механізм дії лізоциму пов'язаний з мурамідазною активністю, яка полягає в тому, що лізоцим – це фермент, який руйнує клітинну стінку бактерій за рахунок каталізу реакцій гідролізу 1,4-бета-зв'язків між залишками N-ацетилмурамієвої кислоти і N-ацетил-D-глюкозаміну в складі гліканового ланцюжка пептидоглікану та між залишками N-ацетил-D-глюкозаміну в складі хітодекстрину [4]. Руйнуючи глікозидні зв'язки пептидоглікану, лізоцим викликає лізис бактерій. Наряду з антибактеріальними властивостями препарат володіє здатністю стимулювати неспецифічну реактивність організму, має протизапальний ефект. В медичній практиці лізоцим застосовують при лікуванні очей, в акушерстві, при опіках та гнійних ранах.

Властивості слини людини залежать від віку, статі, харчування, стану здоров'я, стресових факторів, добових ритмів, використання зубних протезів тощо [5].

Метою представленого дослідження було вивчення впливу тютюнопаління та алкоголю на антибактеріальну активність слини людини відносно ряду умовно-патогенних бактерій.

Дослідження антимікробної активності екстрактів проводили на отриманих із Української колекції мікроорганізмів (УКМ) Інституту мікробіології та вірусології ім. Д.К. Заболотного НАН України [6] референтних тест-культурах, що використовуються для визначення антимікробної дії лікарських засобів: бактерій *Escherichia coli* (Migula 1895) Castellani and Chalmers 1919 УКМ В-906 (ATCC 25922), *Proteus vulgaris* Hauser, 1885 УКМ В-905 (ATCC 6896), *Pseudomonas aeruginosa* Schroeter 1872, Migula 1900 УКМ В-900 (ATCC 9027), *Staphylococcus aureus* В-904 (ATCC 25923) та дріжджів *Candida albicans* (C.P. Robin) Berkhout 1923 УКМ Y-1918 (ATCC 885-653). Для порівняння використовували також забарвлені культури бактерій *Serratia marcescens* Bizio, 823 CIAM В-687 *Micrococcus flavus* Trevisan (= *Sarcina flava*) CIAM В-205 із Всеросійської колекції мікроорганізмів Федеральної державної бюджетної установи науки Інститут біохімії та фізіології мікроорганізмів ім. Г. К. Скрябіна Російської академії наук [7].

Культури мікроорганізмів пересівали на чашки Петрі з агаризованими поживними середовищами: поживне середовище з гідролізатом кільки (склад, г/л води: 20 гідролізат кільки, 5,0 крохмалю, 0,5 NaCl, 1,0 NaH₂PO₄, 20 агар-агар, рН 7,4) для бактерій та середовищем Сабуро (склад, г/л води: 40 глюкоза, 10 пептон, 20 агар-агар, рН 6,5) для *C. albicans*.

Визначення антимікробної активності екстрактів стосовно тест-культур проводили згідно методики для визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів за допомогою паперових дисків [8]. Як негативний контроль для визначення антимікробної дії екстрактів міцелію використовували диски, змочені стерильною водою.

У дослідженні антимікробної активності слини людини прийняло участь 15 осіб.

Таблиця 1

Антимікробна активність слини людини по відношенню до різних мікроорганізмів

Тестовий мікроорганізм	Зона лізису, мм
<i>Escherichia coli</i>	7,0 ± 0,5
<i>Sarcina flava</i>	10,8 ± 0,4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10,0 ± 0,5
<i>Serratia marcescens</i>	12,0 ± 0,6
<i>Staphylococcus aureus</i>	7,5 ± 0,5
<i>Proteus vulgaris</i>	9,4 ± 0,6
<i>Candida albicans</i>	-

Найбільшу антибактеріальну активність слина людини виявила відносно *S. flava* та *S. marcescens*. Обидва види бактерій пігментовані та є зручними для визначення зони лізису. Тому для дослідження впливу тютюнопаління та алкоголю на антимікробну активність слини людини ми використовували саме ці тест-культури.

При порівнянні результатів експерименту з позитивним контролем (чутливість до антибіотиків) можна зробити наступні висновки стосовно *E. coli* та *S. aureus* – ці культури є стійкими до антимікробної дії слини людини у порівнянні з промисловими антибіотиками. Якщо порівнювати дію слини людини з антибіотиком поліміксином, то *P. vulgaris*, *S. flava* та *P. aeruginosa* є помірно стійкими до дії лізоциму слини. *S. marcescens* може розглядатися як чутлива до дії лізоциму, якщо порівнювати з антибактеріальною активністю ристоміцину.

Апанасенко та Попова розглядають лізоцимну активність як валеологічний показник донозологічного характеру [1]. Зокрема, наведені дані щодо збільшення лізоцимної активності слини людини внаслідок покращення кровообігу та підвищення рухової активності.

Для вивчення впливу тютюнопаління на антимікробну активність слини нами досліджувались дві групи студентів – 30 та 28 осіб одного віку, з однаковим режимом навчального процесу. Тридцять досліджуваних студентів не вживали тютюнових виробів протягом року, а двадцять вісім осіб мали тютюнову залежність і регулярно вживали тютюнові вироби протягом останнього року. Результати досліджень наведені у таблицях 2 та 3.

Таблиця 2

Показники антимікробної активності слини у осіб, які вживають тютюнові вироби

Вид бактерій	Зони гальмування росту, мм
<i>Serratia marcescens</i>	5,4 ± 0,6
<i>Escherichia coli</i>	5,8 ± 0,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-
<i>Sarcina flava</i>	-

Показники антимікробної активності слини у осіб,
які не вживають тютюнові вироби

Вид бактерій	Зони гальмування росту, мм
<i>Serratia marcescens</i>	8,1 ± 0,6
<i>Escherichia coli</i>	7,8 ± 0,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	7,5 ± 0,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8,4 ± 0,6
<i>Sarcina flava</i>	10,8 ± 0,8

Як свідчать дані, наведені в таблицях, лізоцимна активність слини осіб, що вживають тютюнові вироби, зменшується на 100% відносно *S. aureus* та *P. aeruginosa*, в той час як зони лізису лишилися в експериментах з *E. coli* та *S. marcescens*, але діаметр цих зон зменшився на 26% порівняно з контрольною групою осіб, які не вживають тютюнових виробів.

Наведені результати свідчать про негативний вплив тютюнових виробів на природний імунітет людини у вигляді зниження лізоцимної активності. За даними С. Жадько та ін. [9], хімічні речовини, що містяться в тютюновому димі, пригнічують утворення ферменту лізоциму, який знезаражує порожнину рота. Лізоцим відіграє значну роль у відновленні слизової оболонки, а паління сповільнює цей процес.

Однією з гіпотез, що пояснюють негативний вплив тютюну на антимікробну активність лізоциму може бути зміна рН слини під дією тютюну. Лізоцим стабільний в кислому середовищі та зменшує активність у лужному середовищі [10]. Для перевірки гіпотези нами вимірювалось значення рН слини людини до та після паління.

Результати експерименту свідчать, що після викурювання однієї цигарки через 20 хв рН слини підвищується на 4,5-8,1 %. В той же час, аналіз рН слини в дослідній групі свідчить, що у курців, які палили протягом останнього року, рН слини знаходиться в межах від 5,0 до 6,8. При цьому, фізіологічна норма рН слини становить від 6,5 до 7,5 згідно даних літератури [11]. Отже, значення рН слини курців є кислішим, ніж у людей, які не палять, що співпадає з даними інших дослідників [11]. Оскільки вимірювання рН слини та визначення лізоцимної активності в експерименті проводилось паралельно, можна вважати, що підлужування через 20 хв після паління може знижувати значення лізоцимної активності. В той же час, однозначно стверджувати, що антибактеріальна активність слини пов'язана зі зниженням лізоцимної активності в лужному середовищі наш експеримент не дає підстави.

У досліджуваній групі студентів також проводився експеримент по визначенню біологічного віку. Прямим методом донозологічної діагностики Г. Апанасенко та Л. Попова вважають визначення біологічного віку людини, а непрямим – стан адаптаційного потенціалу системи кровообігу [1]. Результати експерименту представлені в табл. 4.

Таблиця 4

Значення показників біологічного віку, належного біологічного віку та рН слини

Респондент	Належний біологічний вік (НБВ)	Біологічний вік (БВ)	Різниця між (БВ) та (НБВ)	Класифікація результату	рН слини
Респондент 1	19	28	+9	загроза стану здоров'я	7,02
Респондент 2	21	18	-3	відповідність	7,41
Респондент 3	19	20	+1	відповідність	7,56
Респондент 4	21	30	+9	загроза	5,32
Респондент 5	19	31	+12	загроза	6,61
Респондент 6	20	20	-	відповідність	6,74
Респондент 7	21	25	+4	прискорене старіння	7,23
Респондент 8	18	32	+14	загроза	7,03
Респондент 9	19	20	+1	відповідність	7,42
Респондент 10	20	33	+13	загроза	6,91
Респондент 11	18	23	+5	прискорене старіння	7,62
Респондент 12	18	26	+8	прискорене старіння	6,91
Респондент 13	18	30	+12	загроза	6,65
Респондент 14	18	29	+11	загроза	7,32
Респондент 15	19	22	+3	відповідність	7,93
Респондент 16	18	28	+10	загроза	6,72
Респондент 17	19	50	+31	загроза	6,9
Респондент 18	18	27	+9	загроза	6,73
Респондент 19	19	29	+10	загроза	7,33
Респондент 20	18	28	+10	загроза	6,93
Респондент 21	19	27	+8	прискорене старіння	7,12

В анкетах самостійного оцінювання здоров'я, що використовуються при визначенні біологічного віку людини, обов'язково містяться питання про наявність шкідливих звичок. Передчасне старіння, що свідчить про загрозу стану здоров'я, спостерігалось у 57% експериментальної групи. Серед цих осіб опинилися всі респонденти, які вживають тютюнові вироби. Прискорення процесу старіння спостерігалось у 19% респондентів, а відповідність між належним та біологічним віком характерна для 24% групи.

Аналіз кореляції між біологічним віком та кислотністю слини свідчить, що у 9 з 12 осіб, які характеризувалися передчасним старінням рН слини було до 7, тобто мало кислий характер. Між показниками лізоцимної активності, кислотністю слини та передчасним старінням спостерігається пряма залежність.

Для того, щоб з'ясувати відношення студентів дослідної групи до алкоголю, нами проводилось анкетування за допомогою альтернативного тесту професора І. Сосіна для швидкого скринінгу алкогольної залежності [2]. Аналіз результатів анкетування свідчить, що 64% студентів класифікуються як такі, у яких можлива алкогольна залежність, 17% – у яких високий ступінь можливості алкогольної залежності, 6% – мають 100%-ву алкогольну залежність, і тільки 13% студентів не входять до групи ризику алкогольної залежності. Такий результат відображає високий ризик (87%) алкогольної залежності у студентів і вимагає пошуку нових аргументів проти даної шкідливої звички.

Від дії алкоголю на мозок страждає мислення, порушується розумова діяльність, погіршується пам'ять. В печінці порушується вуглеводний та білковий обмін, страждає функція нирок, змінюється водно-сольовий обмін. До соціальних наслідків належить скорочення тривалості життя, соматоневрологічні захворювання, алкогольні психози [2].

Для вивчення впливу алкоголю на лізоцимну активність слини дослідження проводили серед студентів НПУ імені М.П. Драгоманова. Тридцять осіб одного віку стерильно закладали паперові диски, змочені слиною в чашку Петрі до вживання вина і через 20 хв після вживання 50 мл червоного сухого вина. Як тестові мікроорганізми було використано *S. flava* та *S. marcescens*.

Результати експерименту свідчать, що після вживання алкоголю антимікробна активність слини людини зменшується на 37,0% відносно *S. flava* та на 21,4% відносно *S. marcescens*.

Проведене дослідження дозволяє зробити такі висновки. По-перше, тютюнопаління та вживання алкоголю є фактором зниження природної опірності організму людини до умовно патогенних мікроорганізмів. Ризик захворювань верхніх дихальних шляхів у курців може бути пояснений не тільки прямою дією токсинів, а і непрямою дією тютюну на такий фактор природного імунітету як активність лізоциму слини. По-друге, експериментальне визначення антимікробної активності слини людини можна використати як доцільний експериментальний метод у валеології в боротьбі зі шкідливими звичками. І останнє – лізоцимну активність слини можна розглядати як метод донозологічної діагностики.

Список використаних джерел

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – К.: Здоровье, 1998. – 248 с.
2. Гримблат С.О., Зайцев В.П., Крамской С.М. Здоровьесберегающие технологии в подготовке специалистов. – Х.: Коллегиум, 2005. – 182 с.
3. Fleming A. On a Remarkable Bacteriolytic Element Found in Tissues and Secretions // The Journal of Biological Chemistry. – 1922. – Vol. 93. – P. 306-317.

4. Варфоломеев С.Д. Химическая энзимология. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.
5. Mosca A.C., Chen J. Food-saliva interactions: Mechanisms and implications // Trends in Food Science & Technology. – 2017. – Vol. 66. – P. 125-134.
6. Украинская коллекция микроорганизмов. Каталог культур / Под ред. В.С. Подгорского, О.И. Коцофляк, Е.А. Киприановой, О.Р. Гвоздяк. – К.: Наукова думка, 2007. – 270 с.
7. Каталог культур микроорганизмов Всероссийской коллекции непатогенных микроорганизмов сельскохозяйственного назначения. - Санкт-Петербург – Пушкин, 2010. – 67 с.
8. Valgas C., de Souza S.M., Smania E.F.A., Smania A. Screening methods to determine antibacterial activity of natural products // Brazilian Journal of Microbiology. – 2007. – Vol. 38. – P. 369–380.
9. Жадько С.І., Герасименко Ф.І., Колючкіна Є.А. та ін Вплив хронічної ніотинової інтоксикації на стан слизової оболонки ротової порожнини // Таврійський медико-біологічний вісник. – 2012. – Т. 15. - № 1. – С. 80-83.
10. Peters C.W., Kruse U., Pollwein R., Grzeschik K.H., Sippel A.E. The human lysozyme gene. Sequence organization and chromosomal localization. Eur. J. Biochem. – 1989. – Vol. 182. – Iss. 3. – P. 507-516.
11. Cohen M., Khalaila R. Saliva pH as a biomarker of exam stress and a predictor of exam performance // Journal of Psychosomatic Research. – 2014. – Vol. 77. – Iss. 5. – P. 420-425.

РОЗДІЛ IV. МЕДИКО–БІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ПОРУШЕНЬ

ШЛЯХИ ПЕРЕТВОРЕННЯ НАУКОВО–ОСВІТНЬОЇ СИСТЕМИ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА В ПРОЦЕСІ ГАРМОНІЗАЦІЇ ВІДНОСИН У СИСТЕМІ «ЛЮДИНА – ПРИРОДА»

(Гончаренко М.С.)

У кінці ХХ століття через незбалансованість потужного енергетичного базису господарського природокористування, відповідною якістю колективного розуму людства, рівнем прогнозу негативних наслідків від господарської діяльності і якістю управління майбутнім, людство «вповзло» в першу фазу Глобальної Екологічної Катастрофи. Дисгармонія, що виникла у відносинах людства і природи, загрожує екологічним апокаліпсисом.

Єдиною моделлю сталого розвитку в ХХІ столітті є керована соціоприродна еволюція на базі колективного інтелекту та освітнього суспільства. Згідно В. Вернадського новий стан біосфери характеризується тим, що людський розум стає гармонізатором соціоприродних відносин, вбудовується в так звані гомеостатичні механізми (механізми стійкості) біосфери і планети Земля, як суперорганізм.

У вирішенні цих питань істотне значення відводиться перетворення системи освіти [1]. Вимоги до якості суспільного інтелекту посилюються в умовах зростання напруженості між суспільством і природою у соціоприродних системах. Подолання фундаментальних протиріч суспільного інтелекту і особливо в системі відносин «Людина – Природа» визначає збагачення змісту самого ноосферного імперативу.

Агресивна, керована функціоналом прибутку і приватною формою привласнення, система природокористування посилює агресивність «екологічної відповіді» з боку Біосфери і планети Земля як суперорганізмів.

М. Мойсєєв, розмірковуючи про майбутнє «епохи ноосфери», підкреслював, що «Людство підійшло до порогу, за яким потрібні і нова моральність, і нові знання, новий менталітет, нова система цінностей. Хто їх буде створювати, від того, як наступні покоління зможуть засвоїти цю тривогу за майбутнє, зрозуміти і реалізувати власну відповідальність, і залежить це майбутнє. Ось чому вчитель – той, хто передає естафету знань, культури, особливо у «хвилини фатальні», перетворюється в центральну фігуру суспільства» [1].

Перебуваючи в просторі Глобальних Духовної та Інформаційної катастроф, у стані катастрофи Людяності, вихід полягає у поверненні людині універсалізму, тобто Людяності. Це відчув у своєрідній формі А. Печчеї, сформулювавши тези «Людські якості» (1975) про необхідність «людської революції» яка б забезпечила становлення в людині універсально–цілісного, гармонійного, всебічного розвитку людини [2]. Тези спрямованості розвитку

безумовно пов'язані з тими напрацюваннями В. Вернадського, які відкрили людству перехід від біосфери до сфери розуму – ноосфери.

Становлення ноосферної людини вимагає становлення ноосферної освіти в ХХІ сторіччі як умови порятунку людства від екологічної загибелі через підйом якості людини, її розуму, свідомості, здоров'я, духовно–моральних підстав [2; 3]. Ноосферна освіта немислима без ноосферної культури, ноосферної науки, ноосферної системи духовності і моральності, ноосферної людини. Вони утворюють єдність. І ця єдність і є та «система Вчителя», про яку згадував М. Мойсеев, і є ноосферною освітою в його всеосяжному сенсі.

Становлення та розвиток сучасного (нового) науково–освітнього товариства базується на суспільному інтелекті, який являє собою єдність суспільної свідомості і суспільного знання, єдність науки і культури, які спрямовані на забезпечення управління майбутнім. Провідними функціями суспільного інтелекту є цілепокладання, планування, проектування, прогнозування, програмування, нормотворчість, законотворчість на рівні «суспільства–держави» та його підсистем.

Головним механізмом висхідного відтворення якості суспільного інтелекту стають освіта і наука. На рубежі ХХ і ХХІ століть відбувається освітня інформаційна революція, що знаменує собою зміну освітніх формацій, перехід до формації освітнього товариства [4]. Науково–освітнє товариство є культуроцентричне суспільство, в якому університети стають «центрами культури». Культура – невід'ємна частина громадського інтелекту, вона є особливим видом колективної форми світопізнання. Культура – носій правопівкулевої частини суспільного інтелекту, вона є берегиня пам'яті суспільства, вона несе в собі пам'ять усієї попередньої соціальної еволюції народу, який становить основу суспільства.

Наука більшою мірою репрезентує лівопівкулеву частину суспільного інтелекту, вона забезпечує моделювання, раціональні форми прогнозування і планування, створює громадський банк раціонального знання. Якщо науку і освіту віднести до культури у її розширеному розумінні, то тоді культура стає формою організації суспільного інтелекту. Ядром культури суспільства (народів) є система цінностей, сформованих історично, яка постає як ціннісний геном суспільства, усіх народів, його складових. В даному контексті можна говорити про аксіологічні засади науково–освітнього товариства, які не можуть бути спроектовані відразу, не можуть бути створені проєктивно, в результаті якихось поглядів «реформаторів», а формуються еволюційно і визначають «ціннісний імунітет» суспільства [5].

Ю. Осипов визначає культуру: «Культура – втілена свідомість. Але культура – сама свідомість, запліднена культурою. Культура – це ще й окультурена свідомість. Культури немає без свідомості, але і свідомості немає без культури. Свідомість створює культуру і входить до культури» [4]. Культура є постійним процесом олюднення людини, освіти та освітнього товариства, тобто постійним процесом гуманізації суспільства, руху по шляху подолання всіх форм відчуження людини від свого історичного

призначення як гармонійного, ноосферного початку в соціоприродній еволюції, у якому синтезуються в своїй інтенції Істина, Добро та Краса.

Культура – сама «живий організм» і одночасно, як така, організаційний початок в системності «суспільство – держава». Культура, відтворюючи себе, відтворює духовність, духовний світ людини і суспільства. Культура є духовним відтворенням у собі. Освіта – учасник цього відтворення, воно – соціальний інститут культури, відтворює культуру як інститут, і в цій своїй функції, відтворює разом з культурою суспільний інтелект, відтворює науку.

Науково–освітнє суспільство і людина утворюють нерозривну єдність. Людина в її соціальному історичному самовизначенні (а воно – основне в змісті категорії «Людина») невідривна від суспільства. Науково–освітнє товариство – основа буття людини. Людина не тільки соціальна, але й «суспільна» в тому сенсі, що вона завжди належить певному «Суспільству–Державі». Соціалізація людини – предмет процесу виховання, вона – основа становлення в людині особистості.

Особистість – носій духовності. Духовність особистості є вираз духовності суспільства. Духовність суспільства – вираз відносини його як цілісності до навколишнього світу, до Космосу, Універсуму. Духовне суспільство космічне, ноосферне. Тільки духовне суспільство має шанс екологічно вижити в ХХІ столітті. Духовність суспільства континуальна, вона є зосередженням культури як середовища суспільства, його «простору». За Т. Парсонса культура – частина середовища суспільства, що відтворює «зразки» і «цінності» [6].

Духовність людини і науково–освітнього суспільства визначає духовність праці. Праця духовна за своєю суттю. Духовність, якщо вона гуманістична, визначає працю як головну свою цінність. Християнський гуманізм ставив цінність праці в центр своєї системи цінностей («Хто не працює, той не їсть»).

«Якість вищої освіти – основа інноваційного прориву, національної безпеки і здоров'я в ХХІ столітті». Якість вищої освіти – це більше, ніж якість освітнього та виховного процесу, якість компетенцій випускників ВНЗ, – це якість і освітньої інфраструктури країни, і якість освітнього простору, і якість самої нормативно–правової системи освіти. Вона лежить в основі інноваційного прориву України, її модернізації, в основі її національної безпеки. «Виходом» вищої школи є не освітня послуга, тестована ринком, а якість людини, професіоналізм і моральність якої, її цінності і світогляд, тестуються розвитком суспільства, людства в гармонії з Природою Землі.

Увесь корпус наукових знань може бути представлений п'ятьма основними метаблоками знань – природознавством, суспільствознавством, людинознавством, технознанням і метазнанням [1; 3].

За тисячоліття письмовій історії людська цивілізація пройшла свій розвиток. Історична або соціальна людина відокремлювалася від Природи, стала виходити з принципу, що Природа – це комора ресурсів, яка їй дана для

життя. Господарство людини у світі розвивалося на основі природопідкорючої філософії.

«Ноосфера майбутнього» – це керована соціоприродна еволюція на базі громадського інтелекту та освітнього товариства – єдина модель сталого розвитку в XXI столітті. Настала Епоха Великого Еволюційного Перелому, що вимагає відновлення гармонії як закону цілісності «Земля – Біосфера – Людство», в процес якої людство повинно внести свій «розум» і свою «волю». Майбутня «гармонійна цивілізація» людства покликана розкрити ноосферну творчість людини, покликана допомогти їй усвідомити себе як «Розуму для Біосфери, Землі, Космосу», проявити ту Любов з великої літери, яку чекає від неї Космос. Воістину «Краса – врятує світ!» [6; 3].

Визначальним показником людства майбутнього, яке розкриває ноосферну творчість людини, є її здоров'я. В основі глобального здоров'я людства, як і в основі здоров'я окремої людини, популяційного здоров'я та здоров'я націй країн світу, лежить Закон Гармонії, як будь-якої здорової цілісності. Все – освіта, культура, творчість, спілкування, інформаційне та духовне простору буття людини і народів утворюють єдність, і ця єдність вимірюється здоров'ям. У здоров'ї проявляється все – духовно-моральна система, цінності, думки, з якими людина виходить до світу, до інших людей, мистецтво, музика, мова, якою ми користуємося. «Культурою здоров'я» є «культура творчості і свідомості», яка одночасно є і «культурою краси і гармонії», і «культура радості і щастя».

Творчість – закон життя. Тому відновлення місії творчості в житті людини відразу ж запускає особливий тип відновлення психічного здоров'я – креатотерапію. На креатотерапію відгукується не тільки своєю гармонізацією психіка людини, але слідом за нею «сома», тіло людини, тому, що творить «мозок» або інтелект людини, породжує радість відкриття, радість «евристики», що переходить у радість клітин людського організму, і організм починає звучати як благодатна симфонія. Насолоди ведуть до смерті, радість супроводжує творчість і веде спочатку до творчого довголіття, а на його основі – довголіття фізичного.

Здоров'я – породжує здоров'я творчості, і навпаки, здоров'я творчості, яке сповідує всередині себе гармонію, яку ми пізнаємо через справжню красу, породжує здорову психіку і здорове тіло. В здоровому тілі – здоровий дух, а здоровий дух – навіть хворе тіло спрямовує до здоров'я. Все починається з внутрішнього, духовного здоров'я, яке означає і внутрішню гармонію. А остання, постійно випробовується нашою совістю. Тому здоров'я пов'язане з «Онтологічним Добром», яке поєднане з постійною роботою на безсмертя життя, що в свою чергу вимагає Любові й Альтруїзму [4]. Чим більше віддаєш, тим більше ти багатий, багатий тими гармонійними зв'язками зі світом, з тим квітучим різноманіттям життя, яке незрівнянне ні з чим.

Світ Здоров'я людства – це світ без воєн і насильства, світ Гармонії і світ ноосфери, тобто нового стану біосфери – Сфери Життя, в якій Людський Розум стає найважливішим фактором Гармонії і керуючим Еволюцією цієї Гармонії. Здоров'я завжди наповнене сенсом Життя. Яка якість сенсу життя

людей, така і якість їх здоров'я, тому що здоров'я важливе не саме по собі, а як основа наповнена творчістю, творити Добро на Землі, життя. Здоров'я є концентрат духовно–гармонійного ладу. «Здоров'я» завжди «співає» мелодію. Тому Центр Культури Здоров'я супроводжує оздоровчі процедури музикою, танцями, філософськими діалогами. В цьому плані будь–які освітньо–оздоровчі центри Культури Здоров'я є носіями Ноосферної Культура Здоров'я. Настала Епоха Великого Еволюційного Перелому і ноосферна Прориву, в тому числі і ноосферна Прориву до глобального або планетарного здоров'я людства.

Структура духовного життя суспільства дуже складна. Ядром її є суспільна та індивідуальна свідомість. Елементами духовного життя суспільства прийнято вважати: духовні потреби; духовну діяльність та виробництво; духовні цінності; духовне споживання; духовні відносини; прояви міжособистісного духовного спілкування.

Духовні потреби людини є внутрішні спонукання до творчості, створення духовних цінностей та їх освоєння, до духовного спілкування. На відміну від природних духовні потреби задані не біологічно, а соціально. Потреба індивіда в освоєнні знаково символічного світу культури носить для нього характер об'єктивної необхідності, інакше людиною вона не стане і жити в суспільстві не зможе [1; 11].

Духовна потреба повинна бути сформована і розвинена соціальним контекстом, оточенням індивіда в складному і тривалому процесі його виховання й освіти. При цьому спочатку суспільство формує у людини лише найелементарніші духовні потреби, щоб забезпечити його соціалізацію. Духовні потреби більш високого порядку – освоєння багатств світової культури, участь у їх створенні тощо – суспільство може формувати лише побічно, через систему духовних цінностей службовців, орієнтирами в духовному саморозвитку індивідів.

Духовна діяльність є основа духовного життя суспільства. Духовна діяльність – форма активного ставлення людської свідомості до навколишнього світу, результатом якого є: нові ідеї, образи, уявлення, цінності, що втілюються в філософських системах, наукових теоріях, творах мистецтва, моральних, релігійних, правових та інших поглядах; духовні суспільні зв'язки індивідів; сама людина.

Ідеальна освіта як продукт духовної діяльності і виробництва мають загальним характером їх споживання. Будь–яка духовна цінність, на відміну від матеріальної, в ідеалі може бути надбанням усіх. Від споживання вони не зменшуються, як матеріальні, навпаки, чим більше людей опановують духовними цінностями, тим більша ймовірність їх збільшення [7; 11].

Зусилля окремих особистостей, які продукують духовні цінності, здатні збагатити все людство (ідеї Конфуція, Будди, Сократа, Платона, Аристотеля, Христа, Леонардо да Вінчі, Коперника, Шекспіра, Маркса, Л. Толстого, Достоєвського, Ейнштейна і ін.). Отже, ефективність духовного праці набагато вище ефективності праці матеріальної.

Духовна праця, залишаючись загальним за змістом, по суті і формі своїй є індивідуальним, персоніфікованим – навіть у сучасних умовах, при високому ступені свого поділу. Прориви в духовному житті здійснюються переважно зусиллями одинаків або невеликих груп людей на чолі з яскраво вираженим лідером, відкривають нові напрямки діяльності для постійно зростаючої армії працівників розумової праці. Особливістю духовної діяльності є принципова неможливість відокремити застосовувані в ній «засоби праці» (ідеї, образи, теорії, цінності) в силу їх ідеального характеру від безпосереднього виробника. Тому в духовній діяльності все замикається на творчу індивідуальність. Власне, в цьому і виявляється основне протиріччя духовного виробництва: засоби духовної праці, будучи загальними за змістом, можуть застосовуватися тільки індивідуально. Духовна діяльність володіє величезною внутрішньою привабливою силою. Вчені, письменники, художники, пророки можуть творити, не звертаючи уваги на визнання або його відсутність, оскільки сам процес творчості доставляє їм сильне задоволення.

Природа цього задоволення має пояснення – в духовній діяльності продуктивно–творчий початок домінує над репродуктивно–ремісничим. Якщо у сфері матеріальних благ історично більше цінувався і цінується їх володар, ніж виробник, то у сфері духовної цікавий виробник цінностей, ідей, творів, а не їх власник. Діалектика духовної діяльності істотно відрізняється від діалектики матеріального виробництва. У матеріальному виробництві виробнику благ нав'язується сама праця, а її результати в основному відчужуються від працівника, він позбавлений можливості їх споживати. У духовній сфері виробництвом займаються деякі, більшості ж нав'язуються продукти – ідеї, теорії, цінності, образи, сам процес їх створення залишається недоступним для більшості. У першому випадку завдання полягає в тому, щоб збільшити можливості споживання, у другому – виробництва [1; 8].

Особливим видом духовної діяльності є поширення духовних цінностей з метою засвоєння їх якомога більшою кількістю людей. Особлива роль тут належить установам науки, культури, системам освіти та виховання. Духовні цінності – категорія, яка вказує на людське, соціальне і культурне значення різних духовних утворень (ідей, теорій, образів), що розглядаються в контексті «добра і зла», «істини або брехні», «прекрасного або потворного», «справедливого чи несправедливого». У духовних цінностях виражається громадська природа самої людини й умови її буття.

Цінності – форма відображення суспільною свідомістю об'єктивних тенденцій розвитку суспільства. У поняттях прекрасного і потворного, добра і зла й інших людство висловлює своє ставлення до готівкової дійсності і протиставляє їй якийсь ідеальний стан суспільства, яке повинно бути встановлено. Будь–яка цінність «піднята» над дійсністю, містить у собі належне, а не суще. Це, з одного боку, задає мету, вектор розвитку суспільства, з іншого – створює передумови відриву цієї ідеальної сутності від своєї «земної» основи і здатне дезорієнтувати суспільство за допомогою

міфів, утопій, ілюзій. Крім того, цінності можуть викоренити себе і, безповоротно втративши свій сенс, перестати відповідати новій епосі.

Духовне споживання спрямоване на задоволення духовних потреб людей. Воно може бути стихійним, коли ніким не спрямовується і людина самостійно, на свій смак вибирає ті чи інші духовні цінності. В інших випадках духовне споживання може нав'язуватися людям рекламою, засобами масової інформації, масовою культурою тощо. В результаті такого роду дій можна говорити про маніпулювання свідомістю, про усереднення і стандартизацій потреб і смаків людей.

Разом з тим свідоме споживання справжніх духовних цінностей – пізнавальних, художніх, моральних та інших – виступає як цілеспрямоване творення і збагачення духовного світу людей. Будь-яке суспільство зацікавлене з точки зору довгострокової перспективи і майбутнього в підвищенні духовного рівня і культури індивідів і соціальних спільнот. Зниження духовного рівня і культури веде до деградації суспільства практично в усіх його вимірах.

Духовні відносини – категорія, що виражає взаємозалежність елементів духовної сфери суспільства, різноманітні зв'язки, що виникають між індивідами, соціальними групами і спільнотами в процесі їх духовного життя і діяльності. Духовні відносини існують як відносини інтелекту і почуттів людини або групи людей до тих чи інших духовних цінностей (сприймає він їх чи ні), а також як його ставлення до інших людей з приводу цих цінностей – їх виробництва, розповсюдження її споживання. Основними видами духовних відносин є пізнавальні, моральні, естетичні, релігійні, а також духовні відносини, що виникають між наставником і учнем [3; 1].

Духовне спілкування – процес взаємозв'язку і взаємодії людей, в якому відбувається обмін ідеями, цінностями, діяльністю та її результатами, інформацією, досвідом, здібностями, навичками; одна з необхідних і загальних умов формування і розвитку суспільства і особистості. Структурним елементом духовного життя суспільства є суспільна та індивідуальна свідомість.

Суспільна свідомість – цілісне духовне утворення, що включає почуття, настрої, ідеї і теорії, художні та релігійні образи, що відображають ті чи інші сторони суспільного життя і є результатом активної мисленно–творчої діяльності людей. Суспільна свідомість – феномен, соціально обумовлений як за механізмом свого зародження і реалізації, так і за характером свого буття та історичної місії.

Суспільна свідомість має певну структуру, в якій виділяють різні рівні (повсякденне і теоретичне, ідеологія і суспільна психологія) і форми свідомості (філософська, релігійна, моральна, естетична, правове, політичне, наукове). Свідомість як відображення і активно–творча діяльність здатна, по-перше, адекватно оцінювати буття, виявляти в ньому прихований від повсякденного погляду сенс і здійснювати прогноз, по-друге, через практичну діяльність впливати на неї і перетворювати її. Суспільна свідомість є результат спільного осмислення соціальної дійсності практично

взаємодіючими між собою людьми. У цьому, власне, і полягає її соціальна природа і основна особливість. Суспільна свідомість має відносну самостійність по відношенню до суспільного буття. Вона не просто відображає останнє, а розкриває його суть, внутрішню логіку. Суспільна свідомість може як випереджати розвиток соціального життя, здійснювати досить точні прогнози, так і відставати від нього, виявляючись не готовим до змін, що відбуваються.

Спираючись у своєму розвитку на досягнення людської думки і духу, суспільну свідомість забезпечує наступність у розвитку духовної спадщини поколінь. Отже, вона має власну логіку розвитку, свої закони і принципи, що добре видно на прикладі філософії, релігії, моралі, мистецтва, права, політики, науки. Влада суспільної свідомості над особистістю виражається в безумовному сприйнятті її історично сформованих форм духовного освоєння дійсності, тих способів і засобів, за допомогою яких здійснюється виробництво духовного життя суспільства, того смислового змісту, що накопичено людством століттями і поза яким неможливе становлення індивідуальності.

Буденна свідомість – нижчий рівень суспільної свідомості, що характеризується життєво–практичним, несистематизованим і разом з тим цілісним світоглядом. Буденна свідомість найчастіше стихійно, в той же час близько до безпосередньої дійсності життя, яка в ньому відображена досить повно, з конкретними деталями і смисловими нюансами. Тому буденна свідомість – те джерело, з якого черпають свій зміст і натхнення філософія, мистецтво, науки, і в той же час первинна форма розуміння суспільством соціального і природного світу.

Теоретична свідомість – рівень суспільної свідомості, що характеризується раціональним осмисленням соціального життя в її цілісності, закономірності та суттєвих зв'язках. Теоретична свідомість виступає як система логічно пов'язаних положень. Носіями її є не всі люди, а вчені, здатні науково судити про досліджувані явища й об'єкти в рамках своїх галузей, за межами яких вони розмірковують на рівні буденної свідомості – «здорового глузду», а то й просто на рівні міфів і забобонів.

Суспільна психологія та ідеологія є рівнями і разом з тим структурними елементами суспільної свідомості, в яких виражається не тільки глибина розуміння соціальної дійсності, а й ставлення до неї з боку різних соціальних груп і спільнот. Це ставлення проявляється насамперед у їхніх потребах, мотивах і стимулах до освоєння і перетворення соціальної дійсності.

Суспільна психологія являє собою сукупність притаманних людям і соціальним групам і спільнотам почуттів, настроїв, традицій, прагнень, цілей, ідеалів, а також потреб, інтересів, переконань, вірувань, соціальних установок. Вона виступає як певний настрій почуттів і розумів, в якому поєднується розуміння що відбуваються в суспільстві процесів і духовно–емоційне ставлення до них. Суспільна психологія може проявлятися як психічний склад соціальних і етнічних спільнот, тобто соціально–групова,

корпоративна або національна психологія, багато в чому обумовлює їх діяльність і поведінку.

Основними функціями громадської психології є ціннісно–орієнтована і мотиваційно–спонукальна. Звідси випливає, що соціальні і політичні інститути, держава перш за все, повинні враховувати особливості суспільної психології різних груп і верств населення, якщо вони хочуть домогтися успіху в реалізації своїх задумів [4; 5].

Ідеологія являє собою теоретичне вираження об'єктивних потреб та інтересів різних соціальних груп і спільнот, їх ставлення до соціальної дійсності, а також систему поглядів і установок, що відбивають соціально–політичну природу суспільства, його лад і соціальну структуру. Ідеологія може бути науковою і ненауковою, прогресивною і реакційною, радикальною і консервативною.

Якщо суспільна психологія формується стихійно, то ідеологія створюється її авторами цілком свідомо. У ролі ідеологів виступають мислителі, теоретики, політики. Завдяки різним системам і механізмам – освіти, виховання, засобів масової інформації – ідеологія цілеспрямовано впроваджується в свідомість великих мас людей. На цьому шляху цілком можливо маніпулювання суспільною свідомістю. Сила впливу тієї чи іншої ідеології визначається ступенем її науковості та відповідності реальності, глибиною опрацювання її основних теоретичних положень, положенням і впливом тих сил, які в ній зацікавлені, способами впливу на людей. З огляду на особливості психології соціальних груп, ідеологія в особі її носіїв здатна вплинути на зміну всієї системи соціально–психологічних установок і умонастроїв складових цих груп людей і надати їм певну цілеспрямованість [5; 12].

Форми суспільної свідомості – способи самосвідомості суспільства і духовно–практичного освоєння навколишнього світу. Їх можна також визначити, як соціально необхідні способи побудови об'єктивних розумових форм, що виробляються в ході різноманітної діяльності людей по перетворенню і зміні світу. Вони історичні за своїм змістом, як історичні, породжують їх суспільні зв'язки і відносини. Основними формами суспільної свідомості, як уже зазначалося, є філософія, релігія, мораль, мистецтво, право, політика, наука. Кожна з них відображає певний аспект соціального життя і відтворює його духовно. Форми суспільної свідомості мають відносну самостійність, отже, власною природою і логікою внутрішнього розвитку. Всі форми суспільної свідомості активно впливають на навколишню дійсність і процеси що в ній відбуваються.

Критеріями відмінності форм суспільної свідомості є: об'єкти відображення (навколишній світ в його цілісності; надприродне; моральні, естетичні, правові, політичні відносини); способи відображення дійсності (поняття, образи, норми, принципи, вчення тощо); роль і значення в житті суспільства, що визначаються функціями кожної з форм суспільної свідомості.

Усі форми суспільної свідомості взаємопов'язані і взаємодіють між собою, як і ті галузі буття, які вони відображають. Тим самим суспільна свідомість виступає як цілісність, яка відтворює цілісність природного і соціального життя, забезпечену органічним зв'язком усіх її сторін. У рамках суспільної свідомості як цілісності взаємодіють також буденна і теоретична свідомість, суспільна психологія та ідеологія [5; 12]. Залежно від епохи, характеру суспільства, викликів часу і поставлених завдань на перший план можуть виходити ті чи інші елементи суспільної свідомості – суспільна психологія або ідеологія, буденна або теоретична свідомість, а також релігія, наука, мораль, мистецтво, право, філософія чи політична свідомість.

Мистецтво представляє собою форму суспільної свідомості і практично–духовного осягнення світу, особлива ознака якого полягає в художньо–образному освоєнні дійсності. Мистецтво відтворює (образно моделює) саме людське життя в його цілісності служить його уявним доповненням, продовженням, а іноді і заміною. Воно звернене не до утилітарного використання і не до раціонального вивчення, а до переживання – у світі художніх образів людина повинна жити подібно до того, як він живе реально, але усвідомлюючи ілюзорність цього «світу» і естетично насолоджуючись тим, як він створений з матеріалу світу реального [2].

Мораль є гуманістичним виміром і заданістю історії, оскільки реалізує потребу людей в людяності, що надає самоцінне значення кожній особистості і об'єднує їх всіх прихильним ставленням один до одного. Мораль регулює поведінку і свідомість людини в усіх сферах суспільства. Її принципи мають загальне значення і поширюються на всіх людей, підтримуючи і санкціонуючи тим самим певні суспільні підвалини (або, навпаки, вимагаючи їх зміни). Моральна норма – не правило зовнішньої доцільності, а імперативна вимога, якого людина повинна слідувати у своїй діяльності та поведінці. Авторитет у моралі не залежить від офіційних повноважень, влади і суспільного становища, але є авторитетом духовним, тобто обумовленим його ж моральними якостями і здатністю адекватно виразити сенс моральної вимоги. Вищою формою моральної регуляції є саморегуляція, що дозволяє пред'являти вимоги і до інших.

Роль свідомості у сфері моральної регуляції виражається в тому, що моральна санкція (схвалення чи осуд) має ідеально–духовний характер; вона виступає не в формі дієво–матеріальних заходів громадської відплати (нагород чи покарань), а як оцінка, яку людина повинна сама усвідомити, прийняти внутрішньо і відповідно спрямовувати свої дії [5].

Правова свідомість являє собою сукупність поглядів, ідей, що виражають ставлення людей і соціальних спільнот до права, законності, правосуддя, їхнє уявлення про правомірне або неправомірне. Фактором, що робить вирішальний вплив на зміст цих знань і оцінок, є інтерес творців і носіїв правосвідомості. Впливають на правосвідомість й інші форми суспільної свідомості, перш за все політичне, моральне, філософське, а також сформована система права.

Політична свідомість є сукупність почуттів, стійких настроїв, традицій, ідей, теоретичних систем, що відображають корінні інтереси соціальних спільнот, їх ставлення один до одного з приводу політичного устрою суспільства, держави, влади, політичних інститутів і процесів. Наука як форма суспільної свідомості існує у вигляді системи емпіричного і теоретичного знання. Її відрізняє прагнення до виробництва нового, логічного, максимально узагальненого, об'єктивного, закономірного, доказового знання. Наука орієнтована на критерії розуму і раціональна за своєю природою і використовуваним механізмам і засобам. Розвиток її знаходить своє вираження не тільки в зростанні суми накопичуваних позитивних знань, а й у зміні всієї її структури. На кожному історичному етапі наукове пізнання використовує певну сукупність пізнавальних форм – фундаментальних категорій, принципів, схем пояснення, тобто стиль мислення. Можливість використання досягнень науки не тільки в конструктивних, але і деструктивних цілях породжують суперечливі форми її світоглядної оцінки, від сцієнтизму до антисцієнтизму [4].

Необхідно розрізнити категорії «духовність суспільства» і «духовність людини», хоча вони багато в чому перекривають один одного. Духовність покликана олюднювати людину. Її прикметами є наявність складних міжособистісних і міжгрупових соціальних зв'язків, захищеність слабких (дітей, жінок, людей похилого віку, інвалідів, нечисленних народів), поєднання суверенності особистості і соціальних інститутів, дбайливе ставлення до навколишнього світу. Духовність суспільства включає в себе бібліотеки, музеї, театри, клубні установи, установи освіти і науки. Її сутність є зв'язок часів, спадкоємність поколінь, сукупність культурних цінностей і соціальних інститутів.

Духовна людина характеризується душевністю, відкритістю для людей, для любові, для самовдосконалення, для благородних вчинків, умінням радіти чужій радості. Духовна людина – це індивід, що володіє сильним духом, енергійний, вільний від суєти суєт, вільний від страху смерті. Це людина, що поєднує світ надчутливістю, здатний зрозуміти іншого, зрозуміти сутність явищ. Сенс свого життя вона бачить не в набутті якоїсь ефемерної індивідуальності (що дозволяє потрапити в книгу Гіннеса), не в самоствердженні, а в принесенні користі ближнім та іншим людям, займаючись творенням матеріальних і духовних цінностей. Творча діяльність змушує її долати себе, управляти собою, працювати над собою, фізично і духовно вдосконалюватися. Плідна діяльність сприяє самореалізації, набуття індивідуальності, дає відчуття задоволення своїм життям і відчуття щастя.

Щоб краще зрозуміти сутність духовності, можна скористатися методом від зворотного, наприклад, розглянути категорію «бездуховна людина». Бездуховна людина обмежується задоволенням вітальних потреб, ним керують інстинкти й емоції. Це так званий суб'єктивний ідеаліст. Він живе одним днем. Йому немає діла до інших людей, суспільство цікавить його в тій мірі, в якій воно може надати йому блага. Йому немає діла до

минулого і майбутнього свого народу, соціального прогресу, до глобальних проблем людства.

Бездуховні люди є і серед політиків, і серед пишучої братії. Навіть учитель і артист, перетворивши свій промисел в ремесло, можуть виявитися бездуховними. Також однакової бездуховності люмпен і бюрократ. Принцип їх життя відображає вираз «жити для того, щоб їсти». Вони живуть стереотипами, собою представляють так звану закриту систему: у них немає сумнівів з приводу своєї духовної досконалості, не задаються питаннями подібно «чомучки», так як всі «знають» про себе і навколишній світ. Ними керує не розум, а емоції, почуття, настрої, інстинкти, відчуття.

Школа повинна займатися не тільки накопиченням знань і збільшенням обсягу пам'яті дитини. Її надзавдання полягає в тому, щоб «запалити світильник» учня. Нехай він самостійно рухається по шляху становлення в якості людини, тобто займається самопізнанням, самоосвітою, пошуком істини, фізичним і духовним самовдосконаленням. Для цього він повинен стати носієм етнокультури. Кожним народом вироблена культура для самостановлення людини. Поза етнокультури не може бути руху в бік духовності. Школа покликана спонукати учня встати на шлях сходження до своєї істинної (тобто людської) природи, щоб самостійно звільнявся від своїх негативних якостей, щоб знайшов духовну свободу через пізнання самого себе і навколишнього світу, щоб знайшов почуття гідності.

Різні люди наближаються до різного рівня істинно людської природи, а духовні люди можуть досягти рівня «просвітлення» або навіть піднятися до пізнання абсолютної істини і стати пророком (Буддою). Значна роль у вирішенні духовного становлення людини залежить від самореалізації як умови духовного розвитку особистості майбутнього фахівця.

Таким чином, реформування системи освіти висуває нові вимоги до підготовки майбутніх фахівців освіти в ХХІ столітті. У зв'язку з цим сучасний соціально–економічний, науково–технічний і культурний розвиток суспільства поставив перед вищою школою завдання сформуванню не тільки справжнього професіонала, який володіє глибокими професійними знаннями, а й високодуховну особистість.

Список використаних джерел

1. Гончаренко М.С. Валеологические аспекты духовности. – Palmarium Academic Publishing, 2016. – 335 с.
2. Педагогіка народів світу: Історія і сучасність. – М.: Педагогічне товариство Росії, 2001.
3. Гончаренко М. С. Научные основы современного мировоззрения. Валеологический аспект: учеб.–метод. пособ. – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2012. – 256 с.
4. Осипов А.О. Онтологія духовності: Монографія: у 2-х кн. – Миколаїв: вид-во МДГУ ім. Петра Могили, 2008. – Кн. II. – 232 с.
5. Гегель Г.В. Энциклопедия философских наук. Т. 3. Философия духа / Пер. Б.А. Фохта, отв. ред. Е.П. Ситковский. – М.: Мысль, 1977. – 471 с.
6. Акімов А.Є. Наука про енергетичну суті світогляду. Фізичні моделі світу // Сходинки майбутнього синтезу. Сучасний стан культури і проблеми духовно–етичного виховання людини : мат. межд. общ.–практ. конф. – Мінськ: ІІ «Лотаць», 1998. – С. 30–47.

7. Девідсон Річард. Як емоції керують мозком. Змініть свої емоції, і ви зміните свою життям / пер. з англ. Ю. Кожем'якіна. – СПб.: Пітер, 2012. – 256 с.
8. Ростовцев В.М. Спектрально–динамічна медицина // Військова медицина. – 2006. – № 1. – С. 108–111.
9. Федоткин І.М., Дяченко В.В., Гончаренко М.С., Дяченко А.В. Фізико–математичне обґрунтування діагностичних і лікувальних можливостей апарату КСД // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, серія: «Валеологія : сучасність и майбутнє». – № 1043. – Вип. 15. – Х., 2013. – С. 103–109.
10. Гончаренко М.С. Волновые процессы. Природа. Человек. Здоровье. – Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2012. – 327 с.
11. Гончаренко М.С., Ванаква Т.А., Куйдина Т.М. Валеологическая культура мышления: учеб.–метод. пособ. – Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2016. – 300 с.
12. Гончаренко М.С., Корженко І.О. Практикум з загальної валеології. Основи фізичного здоров'я: навч.–метод. посіб. – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2014. – 232 с.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЯК ОБ'ЄКТ НАУКОВОГО ПІЗНАННЯ (Таймасов Ю.С., Турчинов А.В., Пашинський П.П.)

Проблема здоров'язбереження для будь–якої науки настільки значна, що усвідомлення самого факту методологічної проблематики мало місце в історії будь–якої науки тоді, коли дана наука піднімалася від рівня емпіричних досліджень до постановки теоретичних проблем. Специфіка дослідження методології проблеми здоров'язбереження в освіті досить багатоаспектна.

У педагогіці є значна низка ідей, заснованих на соціальних і особистісних передумовах послідовного накопичення знань, що дозволяють розглядати здоров'язбереження не тільки як уявлення про зміцнення соматичного здоров'я, а й створення психосоціального і духовного благополуччя.

Для виявлення ступеня розробленості цієї проблеми в науці необхідно проаналізувати такі ключові поняття, як: «здоров'язбереження», «валеологія», «здоров'я», «культура здоров'я», «здоровий спосіб життя» та ін.

Поняття здорового способу життя людей в цілому, зокрема, сьогодні, розглядається як один із пріоритетних напрямків розвитку системи освіти. Значущість формування цінностей здорового способу життя обумовлена необхідністю збереження і примноження здоров'я людей і вдосконалення їхнього фізичного, психічного соціального і духовного благополуччя. Добре самопочуття, фізична працездатність є умовою і базисом для розкриття творчого потенціалу особистості, її професійної самореалізації. Від того, наскільки ефективно вдається сформуванню і закріпленню спрямованості на здоров'язбереження в молодому віці, залежить в майбутньому спосіб життя молодшої людини, стан її здоров'я, отже її благополуччя і задоволеність життям [7].

Проблема здоров'язбереження, залучення молодих людей до здорового способу життя, поряд з філософськими, медичними, соціологічними, педагогічними та психологічними аспектами, має й аспект історичний.

Погляд на здоров'я як на найвище за своїм значенням життєве благо має тисячолітню традицію. Причому в міру зростання добробуту людини, задоволеність її природних первинних потреб (їжа, тепла, житло, безпека та ін.), відносна цінність здоров'я в очах людей все більше зростає, і вони приділяють йому все більше уваги [1]. Отже, питання збереження і зміцнення здоров'я молодих людей мали місце в усі періоди становлення і розвитку освіти в усіх країнах.

Однією з перших оздоровчих систем стала індійська «Аюрведа» та китайська «Конг-фу», в яких були зроблені гігієнічні приписи, поради з дієти, масажу. У цих джерелах вказується, що одним з найважливіших чинників збереження і зміцнення здоров'я є обов'язкові фізичні вправи.

«Аюрведа» містить поради щодо збереження здоров'я: у людей завжди повинні бути чисті руки, ноги і волосся коротко стрижені, тіло чисто вимитим. Укладачі «Аюрведи» вважали, що рани швидше загоюються у тих, хто привчений до чистоти. У давньоіндійських школах толь (початкова школа) і аграхар (навчальний заклад підвищеного типу) дітей навчали способам збереження здоров'я [22].

У Стародавній Греції система виховання була спрямована на формування гармонійно розвиненої особистості, ідеалом була фізично здорова людина, виховання якої не мислилося без фізичних вправ. У Спарті величезну увагу приділяли фізичному розвитку. Здоров'я майбутньої дитини пов'язувалося в першу чергу з фізичною досконалістю і здоров'ям матері, тому спартанські жінки займалися фізичними вправами, як і чоловіки. Традиції Спарті в фізичному вихованні, загартовування, охорони здоров'я стали предметом наслідування молоді наступних поколінь [16].

Більш систематичні і ґрунтовні підходи до охорони здоров'я дітей простежуються в педагогічних ідеях і практиці освіти Стародавнього Риму.

Квінтіліан (42–118 рр. н.е.) у своїй головній праці «Ораторська освіта» порівнює дитину з «дорогоцінною посудиною», з якою необхідно дбайливо і шанобливо поводитися. Здорове сімейне виховання має оберігати дитячу психіку. У Стародавньому Римі занурювали дитину в воду і тільки після цього давали їй ім'я. На думку Квінтіліана, не можна використовувати фізичні покарання, тому що це пригнічує сором'язливість, формує рабські якості [16].

Лейб-медик римського імператора Марка Аврелія Гален написав понад 500 медичних трактатів, в яких неодноразово вказував на необхідність збереження здоров'я, давав практичні рекомендації щодо його збереження.

Відомий філософ античності Платон (427–347 рр. до н.е.) у трактаті «Закони» пише про необхідність того, щоб всі вели здоровий спосіб життя, проголошуючи принцип загального обов'язкового (мінімум 3-х річного) навчання. Особливу увагу він пропонує приділяти фізичному вихованню, зокрема, спортивним іграм, вправам і танцям.

Магомет (570–632 рр. н.е.), засновник ісламу, наполегливо рекомендував дотримуватися гігієнічних вимог. У Корані, головній книзі

віруючих ісламу, звертається особлива увага на гігієну, там пишеться, що чистота тіла – половина віри.

Отже, в школах давньосхідних і древніх античних цивілізацій складаються системи, спрямовані на залучення до здорового способу життя. Організація елементарного навчального процесу, його специфіки вимагали і в той час, коли ще були незначними навчальні навантаження, зверталась певна увага на проблему збереження здоров'я учнів. Для розглянутого періоду були характерні: поява різних способів збереження фізичного та психічного здоров'я дітей та юнаків; озброєння їх початковими медичними знаннями; акцентування уваги на дотриманні елементарних гігієнічних установок; використання різних фізичних вправ, систем, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я; перші обґрунтування необхідності вести здоровий спосіб життя.

У практиці освіти раннього Середньовіччя вигадливо перепліталися фізична (варварська) антична і християнська традиції. У Галлії в VIII–IX ст. ідеалом вихованості вважали володіння фізичними та інтелектуальними якостями. Але в більшості шкіл Середньовіччя на охорону здоров'я не звертали особливої уваги. У школах панували жорстокість і фізичні покарання: до XI ст. учнів били по щоках, губах, носі, вухах, спині, голому тілу [23]. Проте, в умовах жорстокості і фізичних покарань учнів в епоху Середньовіччя в трактатах багатьох філософів Сходу піднімалися питання про охорону фізичного і психічного здоров'я учнів. Так, видатний філософ аль Газалі (1056–1111 рр.) вимагав загартовувати дитину, берегти від фізичних перевантажень, піклуватися про її психічне здоров'я. На думку філософа, вихователі, особливо батьки, повинні берегти здоров'я дитини. Для цього повинні бути Божа допомога, довготерпіння, постійні душевні зусилля. Він попереджав про небезпеку захоплення фізичними покараннями, радив карати дітей наодинці, щоб не принижувати їх у власних очах і очах оточуючих.

У IX ст. в місті Солерно виникла гіппократова громада. Група медиків різних національностей розробила Солернський кодекс здоров'я, в якому були дані рекомендації з гігієни та дієти.

В епоху Відродження і Реформації з'являється низка шкіл, в яких приділяється увага проблемам охорони здоров'я учнів. У «Будинку щастя» Вітторіно так Фельтре здійснювалося виховання, яке повинно було сприяти гармонійному розвитку «тіла, розуму і серця». Наставники в цій школі стежили за дотриманням вихованцями правил особистої гігієни, помірності в їжі, учні постійно і багато вправлялися фізично: біг, плавання, фехтування тощо.

Дбали про охорону здоров'я в школах єзуїтів в XVII столітті. «Слід брати приклад зі шкіл єзуїтів, бо нічого кращого їх не може бути», – так відгукувався про ці школах англійський філософ Ф. Бекон. У коледжах учні вправлялися в гімнастиці, плаванні, верховій їзді; шкільні приміщення були просторими, чистими, добре освітленими [23].

З появою шкіл у IX ст. в Давньоруській державі ставилося питання про здоров'я дітей. Народна педагогіка східних слов'ян передавала багато знань, вікові прикмети з охорони власного здоров'я і своїх одноплемінників. Це відображено в «Ізборнику Святославовим» (1076 г.) і літописних звістках про освіту в Київській Русі [23, с. 255]. У Київській Русі головним осередком виховання і навчання всіх станів була сім'я. У сім'ї бояр запрошувалися домашні вчителі, які формували у дітей, зокрема знання, вміння і навички з охорони здоров'я. Вивчення історико–педагогічних джерел середньовічного періоду показує обумовленість розвитку здоров'язбереження соціальними, економічними і педагогічними чинниками. Жорстокі звичаї, фізичні покарання, проходження релігійним догмам відсували на задній план збереження і зміцнення здоров'я учнів. Тільки в період пізнього Середньовіччя, в епоху Відродження та Реформації стали приділяти більше уваги збереженню та зміцненню їх здоров'я.

З XVII століття зі становленням педагогіки як самостійної галузі знань, розробкою значної кількості педагогічних теорій, систем, форм організації навчального процесу, обґрунтуванням нових методів навчання починає актуалізуватися проблема збереження й укріплення здоров'я учнів різних типів і видів шкіл. Проведений історико–педагогічний аналіз численних педагогічних робіт ХУП–ХУШ ст. свідчить, що в них є не тільки окремі наголоси на необхідність збереження здоров'я дітей (Ж.–Ж. Руссо, К. Гельвецій, А. Дистервег та ін.), а й даються конкретні поради, рекомендації (Я. Коменський, Д. Локк та ін.).

Так, Я. Коменський в назві своєї педагогічної праці «Материнська школа, або про дбайливе виховання юнацтва в перші шість років. Дидактика» вживає термін «турбота» [16]. У розділі «Яким чином потрібно тренувати дітей в моральності і чесноті», автор стверджує, що основою здоров'я в житті і матер'ю всіх чеснот є помірність і стриманість. Діти, щоб бути здоровими, повинні їсти, спати тільки в той час, коли їх спонукає до цього природа, також пише про необхідність формування основ гігієни з першого року життя і поступового розвитку гігієнічних звичок.

Отже, видатні діячі того періоду бачили вирішення проблеми здорового способу життя, в основному, в привчанні дитини і молодій людини до виконання певних вправ, дотримання переліку норм і правил.

Разом з тим, хоча і в неявній формі, в роботі вітчизняних педагогів і лікарів простежується думка про те, що людина може бути здоровою, якщо у неї сформовані відповідні світоглядні настанови, певний рівень свідомості, переконання (М. Пирогов, К. Ушинський, В. Бехтерев та ін.).

Величезний внесок у розвиток освіти вніс вчений П. Лесгафт, який визначив першорядну роль фізичної культури у вихованні здорового покоління. Розробляючи освітню теорію фізичного виховання, в якості основної ознаки він виділив єдність фізичного і розумового розвитку дитини. Педагог вказував на те, що кожен педагог зобов'язаний знати анатомію, фізіологію і медицину для своєчасного попередження відхилень у поведінці, навчанні та здоров'ї своїх вихованців.

Вельми цікавими й актуальними в розрізі аналізу проблеми представляються думки видатного радянського педагога В. Сухомлинського. Він висловив ідею про те, що попередження хвороби та схильностей до захворювань, зміцнення організму є головними умовами повноцінної розумової праці; що проблема збереження здоров'я залежить в значній мірі від духовного життя, в тому числі від культури розумової праці [18, с. 97].

З 80-х років ХХ століття у зв'язку з погіршенням стану здоров'я населення та загостренням екологічної ситуації, інтенсивним реформуванням освіти фахівці стали серйозну увагу приділяти питанням профілактики хвороб і ролі самої людини в цьому процесі.

Саме здоровий спосіб життя, на думку вчених, є визначальним фактором здоров'я людини. Його основні складові глибоко і наочно представлені в роботах різних дослідників (Г. Апанасенко, І. Брехман, В. Казначеев та ін.)

З численних визначень і понять здорового способу життя ми виділяємо три основних напрямки [11]. Перше – філософсько-соціологічне, що визначає його як інтегральний показник культури і соціальної політики суспільства. Його прихильники – С. Омельченко, Л. Сущенко та ін. Друге – медико-біологічне, що розглядає його як гігієнічну поведінку, що базується на науково-обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормах. Його представники – М. Амосов, Г. Царегородцев, Ю. Лісіцин, Д. Изуткін та ін. Третє – психолого-педагогічне, яке стверджує провідну роль мотиваційно-ціннісного ставлення, свідомості, поведінки і ціннісно орієнтованої діяльності особистості для створення свого соціокультурного макро- і мікросередовища життєдіяльності. Його представники – В. Бобрицька, Ю. Бойчук, М. Гончаренко, В. Горащук, В. Оржеховська та ін.

У науковій літературі дається багато визначень здорового способу життя. Так, показано, що здоровий спосіб життя – невід'ємна складова частина соціального способу життя, що забезпечує всебічне розкриття творчих здібностей, раціональне використання інтелектуальних та фізичних ресурсів кожної людини в інтересах суспільного розвитку і всебічного задоволення особистих потреб, заснованих на високій моральності. Формування здорового способу життя – багатопланове, комплексне завдання, для успішного вирішення якого необхідні зусилля всіх ланок державного і громадського механізмів, широка участь всіх свідомих членів суспільства.

Здоровий спосіб життя – це типові й істотні для даної суспільно-економічної формації форми життєдіяльності людей, що зміцнюють природні можливості організму людини та сприяють повноцінному виконанню нею спеціальних функцій, досягнення активного творчого довголіття.

Аналіз даних літератури як вітчизняної, так і зарубіжної, свідчить про те, що здоровий спосіб життя розглядається як визначальний чинник здоров'я. Зроблено спробу кількісної оцінки впливу різних чинників (спадковості, екологічного середовища та ін.) на стан здоров'я. Більшість дослідників поділяють думку про те, що здоров'я не менше ніж на 50% залежить від дотримання здорового способу життя [9].

Істотною стороною здорового способу життя є гармонійність соціально–біологічних функцій людини, обумовлена відповідністю фізичного і духовного розвитку особистості. Здоровий спосіб життя і його реалізація залежать не тільки від об'єктивних, а й від суб'єктивних чинників, рівня свідомості і загальної культури людини. Саме тому здоровий спосіб життя можна цілеспрямовано формувати. Здоровий спосіб життя слід розглядати як активну цілеспрямовану форму поведінки, що забезпечує збереження і тривале підтримання психічного і фізичного здоров'я, а також підвищення адаптаційних можливостей організму.

При дослідженні категорій «способу життя» виділено низку показників, основними з яких є рівень, якість і стиль життя. У даній структурі найбільш значущим є стиль життя, під яким розуміється спосіб здійснення чого–небудь, що відрізняється сукупністю різноманітних прийомів [21]. У контексті проблеми, що розглядається під здоровим способом життя ми розуміємо спосіб збереження і зміцнення здоров'я, що відрізняється сукупністю різноманітних прийомів оздоровлення.

Разом з тим здоровий спосіб життя реалізується в повсякденному житті кожної людини. Він відображає, перш за все, інтегральну характеристику взаємозв'язку індивідуального здоров'я з безліччю факторів довкілля і тому може бути критеріальною категорією, яка може свідчити про спрямованість еволюції здоров'я населення. Отже, якщо при взаємодії факторів середовища з індивідумом зберігається стан біологічної норми, то можна говорити про здоровий спосіб життя; при появі пограничних станів, станів напруги і перенапруги можна говорити про неблагополучний рівень їх взаємодії й умовно здоровий спосіб життя; в разі ж переходу цих станів у хворобу або раптового розвитку хвороби – про нездорове життя.

Аналітичний підхід дозволяє виділити основні компоненти здорового способу життя:

1. Особиста поведінка, що сприяє підвищенню захисних сил організму: розумний режим праці та відпочинку; раціональне харчування; оптимальний руховий режим; заняття фізичною культурою; загартовування; дотримання правил особистої гігієни; дотримання норм і правил психогігієни; сексуальна культура; медична активність, динамічне спостереження за своїм здоров'ям.

2. Особиста поведінка, спрямована на боротьбу зі шкідливими звичками: утримання від тютюнопаління та зловживання спиртними напоями; недопущення самолікування у відповідальних медичних випадках.

Робота з формування здорового способу життя повинна починатися з дитячого віку, оскільки саме в цей період формуються основи рухової і розумової діяльності, раціональної організації режиму дня, харчування, загартовування, ставлення до шкідливих звичок тощо. Ефективність цієї роботи можна оцінити за рівнем успішності застосування знань, умінь і навичок в життєвих ситуаціях, в прояві індивідуальних здібностей до роботи над особистим здоров'ям.

В останні роки чітко простежується вплив соціального середовища на здоров'я молоді. Реальна ситуація на сучасному етапі така, що в суспільстві

наростає соціальна дезадаптація молоді, внаслідок чого спостерігається зростання злочинності, алкоголізму, наркотизації, проституції й суїциду серед дітей та молоді.

З початку 80-х років минулого століття у зв'язку з погіршенням здоров'я населення в цілому, і учнівської молоді зокрема, з розвитком педагогічних і психологічних аспектів охорони здоров'я та медицини, з'являється нова галузь – валеологія.

Валеологія – це наука про індивідуальне здоров'я людини. Термін «валеологія» був запропонований І. Брехманом для позначення «здоров'я людини». Він став початком нового міждисциплінарного науково–педагогічного спрямування. На його думку, наука про здоров'я повинна бути інтегральною, формуючись на перетині екології, біології, психології, медицини, теорії і практики фізичної культури та інших наук [6].

Валеологічний аспект став предметом багатьох досліджень. За останні роки опубліковано значну кількість монографій, статей, збірників наукових праць. Аналіз робіт валеологів виявляє неоднозначне трактування самого цього поняття.

Як нову інтегративну галузь знань про закономірності, способи та механізми формування, збереження, зміцнення і відтворення здоров'я людини визначає валеологію В. Колбанов [13].

Валеологію як науку про управління здоров'ям людини за допомогою оздоровлення його способу життя трактує Г. Зайцев [12, с. 4].

Валеологія, на думку Г. Апанасенко, це наука, «яка вивчає сутність, механізми і прояви індивідуального здоров'я, методи його діагностики та прогнозування, а також корекції шляхом оптимізації механізмів здоров'я з метою підвищення його рівня, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда» [3].

Валеологію, як результат методологічно найбільш вірного, цілісного, холістичного підходу до вирішення проблеми здоров'я людини розглядає А. Семенов. Він уважає, що «валеологія, як губка, вбирає в себе всі досягнення будь-якої науки в сфері розвитку і збереження здоров'я» [17].

Основна мета валеологічної освіти – озброїти людину науково–теоретичними знаннями про формування, збереження та зміцнення здоров'я і практичними знаннями оздоровлення організму.

Валеологія, на думку В. Петленко, – це науково–педагогічна дисципліна про формування резервів біологічної та соціальної адаптації людини, про потенції фізичних і духовних сил людини, наукова основа здорового способу життя. Валеологія, на його думку, включає в себе дві складові частини: теоретичну та практичну. В рамках теоретичної валеології він виділяє наступні наукові аспекти: медичний, біологічний, соціальний, психологічний, педагогічний, екологічний, культурологічний та ін. У рамках практичної валеології виділяє два відносно самостійних розділи: діагностичну валеологію (валеометрія – вимір здоров'я) і власне практичну валеологію (оздоровлення організму). З урахуванням спрямованості охоплення валеологічних знань виділяє загальну валеологію і спеціальну.

Спеціальна валеологія – це вікова, сімейна, професійна валеологія. Як навчальна дисципліна валеологія поділяється на дошкільну, шкільну, вузівську і післявузівську [15].

Валеологія, за твердженням М. Кузнецової, основа сучасної педагогіки – науки про валеоноосферне виховання, оскільки, в кінцевому рахунку, багато в чому дійсно забезпечує здоров'я своїх вихованців, але не в результаті вивчення їхнього здоров'я, а вирішуючи психолого–педагогічні проблеми щодо виявлення механізмів і технології появи прагнення до вічних життєствердних загальнолюдських духовних цінностей і правильного способу життя людей.

Якщо розглядати педагогічні освітні системи, то відповідну валеологічну теорію здоров'я й оздоровлення цих систем доречно назвати педагогічною валеологією.

Педагогічне спрямування у валеології обґрунтовує в низці своїх робіт Л. Татарнікова, вважаючи, що валеологія поділяється на педагогічну і медичну, і пропонує ввести новий напрямок в науці – педагогічну валеологію [19, с. 14]. Мета валеологічної освіти – не знання про здоров'я і навіть не вміння і навички оздоровлення, але перш за виховання у людини системних потреб у здоровому способі життя і системних умінь створювати індивідуальні моделі здорового способу життя.

В основі концепції М. Кузнецової є вчення В. Вернадського про ноосферу – сферу розуму, не як абстрактного відчуття розуму, а історично неминучою стадії розвитку біосфери [10].

У своїх працях В. Вернадський розкриває залежність планети Земля від діяльності людини, яка стає перетворювальною силою, коли активно проявляється наукова думка як людський чинник, що змінює біосферу, і закликає до усвідомленого і відповідального ставлення до всього того, що відбувається на Землі [10].

Новий рівень бачення проблеми здоров'я людини – формування валеологічного мислення – є суттю концептуального підходу В. Бароненко [4]. Валеологія, обмеживши коло своїх інтересів проблемою індивідуального здоров'я, змогла конкретизувати це поняття, позбувшись від категорій, які не мають прямого відношення до суті здоров'я.

У різні часи і в різних культурах визначення здоров'я значно розходяться. Автори різних дефініцій здоров'я використовують безліч критеріїв, що характеризують, з їхньої точки зору, сутність здоров'я. Це і благополуччя (ВООЗ, 1992), й оптимальне функціонування організму і рівновагу між індивідом і навколишнім середовищем і повнокровне існування людини; форма актуалізації тілесних потенцій, яка забезпечує максимум можливостей для самоздійснення людини; процес акмеологічного розвитку всіх біокультурно–соціальних складових людини та континуум (змінюваність і протяжність в часі) природних станів життєдіяльності [13]. Загальноновизнаним є поняття, яке прийняте ВООЗ і записане в її статуті. Згідно з цим документом, здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і

соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

За даними ЮНЕСКО поняття «здоров'я» визначається як відсутність патологічних відхилень в організмі і стан повного комфорту: фізичного, психологічного та соціального.

Мала медична енциклопедія дає наступне трактування аналізованого поняття: «Здоров'я – природний стан організму, що є виразом його досконалої саморегуляції, гармонійної взаємодії всіх органів і систем і динамічного врівноваження з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін».

Валеологія конкретизувала сутність індивідуального здоров'я. За останні десятиліття істотно підвищилися вимоги до здоров'я. Змінився і зміст його поняття. Замість однобічного, переважно соматичного, прийшов цілісний, холістичний та інтегративний підхід. У зміст поняття «здоров'я» були включені всі складові людини, яка є найскладнішою відкритою (для зовнішніх впливів) психобіосоціальною системою, яка в змозі функціонувати й існувати лише при наявності зовнішнього середовища. В основі валеології – феномен життя, що забезпечується типовими спеціалізованими структурами. Діяльність цих структур реалізується постійною циркуляцією потоків пластичних речовин, енергії та інформації всередині системи, а також між нею та навколишнім середовищем. Саме ці потоки визначають наявність феномена життя, будучи основою самооновлення, саморегуляції і самовідтворення живих систем.

Говорячи про людину як про вищу форму реалізації феномена життя, слід пам'ятати про її здатність пізнавати і заломлювати через себе картину навколишнього світу, відчувати своє місце серед собі подібних і самовиражатися через соціальну активність. Ці здібності характеризують психічні (емоційно–інтелектуальні) і духовні аспекти здоров'я людини як вищі прояви її цілісності. Вищі рівні організації особистості – психіка і духовність – можуть виступати в якості або стимулятора, або гальма біологічного субстрату. Отже, основна відмінність живих систем від неживих полягає в здатності перших до самоорганізації – саморегулювання, самовідновлення, самооновлення. Це і є біологічна сутність здоров'я. Але здоров'я – категорія не тільки медико–біологічна, а й соціальна. Ніщо соціальне не реалізується без біологічного субстрату. Отже, виконання індивідом своїх біологічних і соціальних функцій можна трактувати як прояв здоров'я. Чим вище здатність індивіда реалізувати свої біологічні та соціальні функції, тим вищий рівень його здоров'я. На здатність проявляти своє здоров'я мають потужний вплив психічні (душевні) і духовні якості особистості. Відповідність життєвих настанов і домагань індивіда, з одного боку, і проявів здоров'я з іншого, формує ту чи іншу ступінь «благополуччя» – фізичного, психічного, соціального і духовного. Фізичне здоров'я – це стійкий функціональний стан організму, що забезпечує успішну життєдіяльність людини (життєдіяльність як окремих тканин, органів і систем, так і всього організму в цілому).

Психічне здоров'я визначається за трьома основними критеріями: адаптації, соціалізації, індивідуалізації. Так, під адаптацією стосовно психічного здоров'я розуміється здатність людини усвідомлено ставитися до функцій свого організму (травлення, дихання та ін.) та регулювати свої психічні процеси (керувати своїми думками, почуттями, бажаннями). Межі змісту індивідуальної адаптації існують, але є і загальні для всіх людей закономірності. Критерієм успішної адаптації є здатність людини жити в сучасних соціоекологічних умовах. Соціалізація стосовно психічного здоров'я розуміється в трьох основних проявах: реакція людини на іншу людину як на рівну собі, визнання людиною існування норм у стосунках між людьми, визнання людиною самотності й відносної залежності від інших людей, тобто існування певної гармонії між параметрами «самотній» і «залежний». Індивідуалізація стосовно психічного здоров'я розуміється, як здатність усвідомлювати власну неповторність та індивідуальність, як цінність, не дозволяти руйнувати її іншим людям, зіставляти свою індивідуальність з проявами індивідуальності інших людей.

Отже, психічно здорова людина характеризується своїми можливостями адаптації, соціалізації та індивідуалізації. Ці можливості є у кожної людини, а ступінь їх реалізації визначається соціальною ситуацією, тобто тими щоденними умовами розвитку людини, в яких вона реалізує себе, свої думки, можливості, бажання, якості [2].

До ознак і показників духовного здоров'я належать: сприйняття життя як цінності, прагнення людини до створення в ній нових ціннісних якостей, гуманістичні способи впливу на себе й оточуючих, відчуття людиною цілісності внутрішнього світу. Так, А. Маслоу вважає, що люди, здорові духовно, мають особливі характеристики. Ці люди можуть прагнути до самоактуалізації, тобто до здійснення своєї місії, покликання, долі, прагнення до єдності своєї особистості [14].

Виходячи із сутності, дефініцію індивідуального здоров'я можна представити таким чином: здоров'я – динамічний стан людини, який визначається резервами механізмів самоорганізації (стійкістю до дії патогенних факторів і здатність компенсувати патологічний процес), характеризується енергетичним, пластичним і інформаційним (регуляторним) забезпеченням процесів самоорганізації, а також слугує основою прояву біологічних (виживання – збереження особин у популяціях, репродукція – продовження виду) і соціальних функцій [3].

Якщо подивитися на людину як на мікроекосистему, згадавши при цьому давньогрецьке філософське уявлення про неї як про мікрокосмос, то опис здоров'я повинен відображати постійну зміну, оновлення відповідної системи. Процес розвитку динамічної системи можна характеризувати за допомогою таких загальнонаукових понять, як гомеостаз, динамічна рівновага, сталий розвиток, маючи при цьому на увазі, що названі ознаки проявляються в специфічному виді для систем різних типів і на різних стадіях розвитку.

Оскільки кожна динамічна система існує в умовах певного оточення (навколишнього середовища), її називають ще надсистемою. Внутрішній гомеостаз, як стан динамічної рівноваги базової системи, обумовлюється багато в чому гомеостазом навколишнього середовища, тобто зовнішнім гомеостазом. Щоб базова система була стійкою та стійко розвивалася, необхідно, щоб гомеостаз самої системи і її «навколишнього середовища» перебували в рівновазі. Власне, саме ця рівновага, що характеризує «благополуччя» системи, її сталий розвиток, і називається здоров'ям базової системи. Інакше можна сказати так: здоров'ям динамічної системи називається динамічна рівновага ендогомеостаза (тобто внутрішнього гомеостазу) і екзогomeостаза (тобто зовнішнього гомеостазу) цієї системи.

У цьому визначенні розкривається екологічна сутність здоров'я людини і будь-яких, природних і екосоціальної систем.

У зв'язку з поняттям цілісного й інтегрованого здоров'я, предмет валеології вивчає не тільки інтегроване здоров'я, але і процеси оздоровлення динамічних систем [20].

Культивуючи особистість і соціальну сферу, людина «свідомо і, головним чином, несвідомо» різко змінює природне середовище (біосферу), частиною якої є сама [5]. В результаті своєї діяльності людство стає потужною силою, яка кардинальним чином перетворює біосферу, земний і навколоземний космічний простір, що неминуче висуває на перший план проблеми зв'язків Розуму і Життя, Людини і Всесвіту – з одного боку – і пошуків шляхів запобігання й попередження їх порушення – з іншого, з метою збереження поступального природно-історичного процесу коеволюції людини і природи [8].

Культура і людина – поняття нерозривні. Людина – творець культури і її носій. Культура створює особистість, виділяючи її із сукупності індивідів. За твердженням В. Семенова «...людина не продукт природи, а продукт виховання, спрямованого на культивування в ньому певних умінь, навичок, здібностей і переконань, що дозволяють їй жити в суспільстві ... За допомогою виховання формується культура людей і сама людина як культурна істота... » [20].

Культура здоров'я – найважливіша складова загальної системи культури. Культура здоров'я набуває провідного значення серед глобальних проблем сучасності, що визначають майбутнє людства. Це обумовлено тим, що еволюція можлива тільки в здоровому суспільстві, яка, як стверджують вчені, здійснюється в даний час, і буде далі проходити в рамках теорії культурного освоєння світу. Культура здоров'я являє собою сукупність досягнень людства в різноманітних сферах: побуті, ідеології, освіті та вихованні, науці, мистецтві, літературі. Культура здоров'я вбирає в себе багато сфер людинознавства, синтез досягнень яких привів до виникнення міждисциплінарної галузі науки, практики й освіти, що отримала назву валеологія. Валеологія, ґрунтуючись на цілісному уявленні про здоров'я як гармонію фізичного, психічного, соціального і духовного, розглядає цю гармонію з позицій Всесвіту. Такий підхід до проблеми визначає планетарну

значущість культури здоров'я як провідного чинника розвитку та еволюції людства.

З позицій сучасних наукових уявлень під культурою здоров'я слід розуміти ступінь досконалості, що досягається в оволодінні теорією і практикою оптимізації життєдіяльності людини, спрямованої на адекватну реалізацію її генетичного потенціалу, зміцнення і розвитку резервних можливостей організму, з одного боку, й оздоровлення навколишнього її біосоціального середовища, з іншого, що в кінцевому підсумку сприятиме успішному виконанню функцій індивіда і прогресу людства в цілому [4]. Значущість культури здоров'я не обмежується її ставленням до індивідуального здоров'я. Її роль розглядається з позиції законів Всесвіту, що визначають життя майбутніх поколінь.

Отже, в ході історіографічного аналізу ми з'ясували, що повноцінний розвиток людства можливий тільки за умови повноцінного розвитку кожної конкретної людини. Саме таку організацію людського життя, що забезпечує людині збереження і зміцнення здоров'я, а саме на такому підході до організації взаємодії між педагогами та учнями, будується сприяння здоров'язбереження особистості в освіті.

Список використаних джерел

1. Айзман Р.И. Методологические принципы мониторинга здоровья участников образовательного процесса // Проблемы адаптации и сохранения здоровья населения в условиях Сибири: матер. регион. научн.–практ. конф. – Кызыл: изд-во ТывГУ, 2008. – С. 9–15.
2. Ананьев В.А. Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте // Вестник психосоциальной и коррекционно–реабилитационной работы, 1995. – № 3. – С. 54–67.
3. Апанасенко Г.Л. Валеология: первые шаги и ближайшие перспективы: Валеология: старт или финиш? / Г.Л. Апанасенко // Теория и практика физической культуры. – 2001. – № 6. – С. 2–8.
4. Бароненко В.А. Концептуальный подход к проблеме культуры здоровья // Валеология. – 2002. – №3. – С. 74–78.
5. Беляева А.П. Об условиях, обеспечивающих адаптацию и профессиональную устойчивость средних профтехучилищ // Научные труды ВНИИ профтехобразования. – Л., 1976. – Вып. 29. – С. 40–58.
6. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд. – М. : ФиС, 1990. – 206 с.
7. Валетов М.Р. Формирование здоровьесориентированной направленности личности в процессе физического воспитания: дисс. ...канд. пед. наук. – Челябинск, 2006. – 174 с.
8. Васильева О., Журавлева Е. Здоровый образ жизни: стереотипы представления и реальная ситуация: Педагогика здоровья // Народное образование. – 1999. – № 10. – С. 202–207.
9. Ведмицкий В.А. Здоровый образ жизни как основной фактор здоровья // Валеологическое образование как основа здорового образа жизни населения Сахалинской области: Матер. научн.–практ. конф. / Отв. редактор П.Н. Пасюков. – Южно–Сахалинск, Изд-во Сах. обл. ИУУ. – 159 с.
10. Вернадский В.И. Космопланетарный феномен человека. / В.И. Вернадский, В.П. Казначеев, Е.А. Спирин – Новосибирск: Наука, 1991. – 234 с.
11. Виленский М.Я. Здоровый образ жизни студентов: сущность, строение, формирование // Социокультурные аспекты физической культуры и здорового образа жизни. – М.: Советский спорт, 1996. – С. 14–21.

12. Зайцев Г.К. Здоровье школьников и учителей: Опыт валеологического исследования. – СПб : СПбГУПМ, 1995. – 53 с.
13. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины, определения. – СПб.: ДЕАН, 1998. – 558 с.
14. Маслоу А. Самоактуализация // Психология личности: Тесты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: МГУ, 1982. – С. 110–288.
15. Петленко В.П. Интегральная медицина // Медицинская газета. – 1998. – № 62.
16. Повещенко Н.П. Охрана здоровья подрастающего поколения как педагогическая проблема : история, современность: автореф. дисс. ...канд. пед. наук. – М., 1992. – 25 с.
17. Семенов А.А. Лед тронулся, господа валеологи. Но не растаял // Медицинская газета. – 24.01.97. – № 7. – С. 6.
18. Сухомлинский В.А. Павлышская средняя школа. – М.: Просвещение, 1979. – 396 с.
19. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис и тенденции развития. – СПб. : Петроградский и К, 1997. – 416 с.
20. Тюмасева З.И. Невалеологические проблемы валеологии: Педагогическая методология // Народное образование. – 2002. – № 7. – С. 73–79.
21. Философский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1989. – 815 с.
22. Хрестоматия по древнерусской литературе / сост. Н.О. Гудзий. – М.: Просвещение, 1973. – 387 с.
23. Хрестоматия по истории зарубежной педагогики: учеб.пособие / сост. С.Ф. Егоров. – М.: Просвещение, 1986. – 432 с. – С.45.

БІОЕТИЧНІ ТА МЕДИКО–СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

(Кишкан І.Г.)

Здоров'я – безцінний скарб, дарований людині природою. Здавна люди, вітаючись чи прощаючись один з одним, бажали міцного здоров'я: «Дай, Боже, здоров'я!», «Доброго Вам здоров'я!», «Бувайте здорові!» тощо. Коли людина здорова, вона може натхненно працювати, реалізуючи свої професійні здібності на користь суспільству. За словами древньогрецького філософа Аристотеля «Здоров'я людини – щастя». Кожна людина повинна берегти своє здоров'я, вести здоровий спосіб життя, уникати шкідливих звичок, які знижують працездатність, погіршують здоров'я, скорочують тривалість та якість життя. Саме алкоголізм, тютюнопаління і наркоманію англійський філософ Томас Пен назвав «найстрашнішими ворогами людства, які забирають більше життів і приносять більше лиха, ніж усі війни разом узяті».

У сучасному суспільстві людина постійно стикається з проблемами здоров'я та хвороби, зростає інтерес до покращання здоров'я. Популярним серед населення стає «здоровий спосіб життя», виникають поняття «культура здоров'я», «промоція здоров'я», «здоров'язбережувальні технології» тощо. Зміщується фокус світової та вітчизняної системи охорони здоров'я від позиції лікування до профілактичної медицини. Пріоритетним напрямком конструктивних змін у сфері охорони здоров'я України в рамках імплементації Угоди про асоціацію з Європейським Союзом є впровадження нової парадигми охорони здоров'я та Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні [4, с. 22]. Важливим кроком у реалізації

основних положень системи охорони здоров'я щодо пріоритетності профілактичної медицини є підготовка грамотних, компетентних, висококваліфікованих медичних фахівців нової генерації, добре обізнаних у питаннях підвищення медичної й соціальної культури населення, пропаганди здорового способу життя, збереження здоров'я пацієнтів та здоров'я нації.

Особливого значення для втілення принципу пріоритетності здоров'я в усіх сферах життя набуває чітке розуміння майбутніми лікарями біоетичних та медико–соціальних принципів збереження здоров'я пацієнта, покращання якості й тривалості його життя. Одним із основних завдань вищої медичної освіти є формування біоетичного світогляду майбутніх лікарів щодо профілактики захворювань, розробка моральних і законодавчих заходів, спрямованих на збереження здоров'я людини, попередження шкідливих звичок і соціально–небезпечних захворювань, впровадження в медичну практику новітніх біотехнологій без загрози здоров'ю людини та суспільства [7, с. 26].

Закріпленню загальнолюдських цінностей життя і здоров'я, гідності й недоторканності людського життя з моменту його запліднення до природної смерті студентами вищих медичних навчальних закладів сприяє ґрунтовне засвоєння основних складових здоров'я, напрямків його зміцнення та збереження, питань пропаганди здорового способу життя при вивченні біоетики [6, с. 35; 9, с. 47], фармакодинаміки та наслідків токсичного впливу на організм людини нікотину, спирту етилового, психодислептиків, наркотиків і заходів профілактики шкідливих звичок на заняттях з фармакології та побічної дії ліків [15, с. 159, с. 171].

Проблема здоров'я та медико–соціальні аспекти його збереження належать до найбільш актуальних проблем сьогодення. Поняття здоров'я охоплює соціальну, духовну, психічну та фізичну складові [3, с. 38]. Існує значна кількість різноманітних визначень поняття здоров'я. Найбільш повно стан здоров'я та усі його складові розкриває визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, в преамбулі якої записано: «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби чи фізичних вад».

Рівень здоров'я населення лише на 10% залежить від роботи медичної галузі, решту – 90% обумовлюють: природно–кліматичні умови (близько 20%), схильність до спадкових захворювань (теж 20%) і найбільшою мірою (майже 50%) – умови та спосіб життя людини. Відомий кардіолог, академік М. Амосов стверджував: «Щоб бути здоровим, потрібні власні зусилля, постійні та значні. Замінити їх не можна нічим». Для збереження і зміцнення здоров'я людина повинна змінити пасивне відношення до свого здоров'я й дотримуватись здорового способу життя. Пріоритетним напрямком розвитку профілактичної медицини є формування ціннісних орієнтацій населення, особливо, молоді на вдосконалення резервних можливостей організму щодо збереження здоров'я.

Життя людини та її здоров'я недоторканні від моменту зародження нового життя і завданням держави є турбота про кожне людське життя.

У зв'язку з чим надзвичайно актуальними постають біоетичні й медико–правові проблеми, пов'язані з сучасними біотехнологіями в медицині, репродукцією людини (екстракорпоральне запліднення, сурогатна матір, клонування), сучасними напротехнологіями, використанням з лікувальною метою стовбурових клітин, ембріональних тканин, пуповинної крові тощо. Через призму людської моралі та поваги до життя з моменту його зачаття майбутні лікарі оцінюють моральні й медико–соціальні аспекти штучного аборту. Нагадуванням про незаперечне право на життя ненародженої дитини є пам'ятник у Львові ненародженим немовлятам, який викликає сльозу: «...І живим, і мертвим, і ненародженим ... абатованим дітям».

Піклуватись про здоров'я потрібно з перших днів вагітності. За даними статистики – близько 80% вроджених вад розвитку пов'язані із застосуванням ліків під час вагітності. Щоб дитина народилася здоровою, вагітна жінка повинна не приймати ліки без консультації з лікарем, не курити, не вживати алкогольні напої, оскільки алкоголь, нікотин, певні лікарські засоби та ксенобіотики можуть легко проникати через плаценту і спричинити аномалії розвитку у плода, так звану тератогенну дію (від грецьких слів «*teras*» – виродок, «*teratos*» – каліцтво).

Тератогенна дія – це здатність лікарських засобів чи інших ксенобіотиків порушувати ембріональний морфогенез із 3–го до 10–го тижнів вагітності, призводячи до виникнення вад розвитку у плода [16, с. 39]. Прикладом тяжких порушень морфогенезу у плода є відома в історії «Талідомідова трагедія» (1961 р.) – масове народження у 50–60–х роках ХХ століття в Західній Європі дітей із «ластоподібними» кінцівками. Причиною цих каліцтв було застосування у І триместрі вагітності транквілізатора талідоміду. «Талідомідова трагедія» дала поштовх для проведення спеціального тестування лікарських засобів на предмет їх тератогенності з метою попередження негативного впливу на плід та збереження здоров'я майбутньої дитини.

Здоров'я людини завжди виступає головним чинником безпеки нації. Вирішальний вплив на стан здоров'я людини має спосіб її життя [2, с. 185]. Здоровий спосіб життя закладає фундамент гарного самопочуття, зміцнює захисні сили організму й розкриває його потенційні можливості. Невід'ємним компонентом здорового способу життя є правильне, збалансоване, раціональне харчування. За словами Гіппократа: «Людина народжується здоровою, а всі хвороби до неї приходять через рот із харчовими продуктами». Дані ВООЗ підтверджують цей вислів – 40% усіх захворювань людини безпосередньо пов'язані з фактором їжі. Для ефективної пропаганди здорового, раціонального харчування важливо знати наслідки негативного впливу на організм людини продуктів, які містять генно–модифіковані компоненти, ароматизатори та консерванти, найбільш небезпечні для дітей (E270). Значну небезпеку для здоров'я людини складають харчові домішки з канцерогенними властивостями, токсичні барвники (E121 – барвник цитрусовий червоний, E123 – червоний амарант), консерванти (E240 – консервант формальдегід), які заборонені до вживання.

Актуальною медико–соціальною проблемою, особливо, серед молоді [11, с. 78], є значне поширення шкідливих звичок (тютюнопаління, зловживання спиртними напоями, наркотиками), які порушують фізичний і психічний розвиток дітей, шкодять здоров'ю, погіршують працездатність, збільшують ризик серцево–судинних та онкологічних захворювань, скорочують якість і тривалість життя. Тютюнозалежність посідає провідне місце серед інших медико–соціальних проблем в Україні та світі [8, с. 143]. Кожен другий чоловік і кожна п'ята жінка у світі страждають цією шкідливою звичкою. Доведено, що одна викурена цигарка скорочує життя на 8 хвилин, а легені людини, яка курить до 20 цигарок за день впродовж року містять літр осаду смоли. Від захворювань, спричинених тютюнопалінням, щорічно помирає понад 3 мільйони людей на планеті, серед яких майже 120 тисяч українців.

Людина, яка курить, завдає дуже великої шкоди не тільки своєму здоров'ю, а й значною мірою здоров'ю «пасивних курців», які лише знаходяться поруч і вдихають тютюновий дим. Особливу небезпеку для організму людини становить канцерогенна дія тютюнового диму, яка провокує ризик виникнення раку легень та злоякісних пухлин інших органів. Тютюнова отрута найбільше шкодить на дитячий організм та генетичний апарат людини. У курящих батьків значно частіше народжуються діти з уродженими вадами, затримкою фізичного й інтелектуального розвитку. Негативні медико–соціальні наслідки тютюнопаління влучно відображає вислів французького письменника Оноре де Бальзака «Тютюн шкодить тілу, руйнує розум, доводить до отупіння цілі нації».

Наркоманія – хвороблива пристрасть до регулярного вживання наркотиків. Слово наркотик у перекладі з грецької мови означає «той, що затьмарює свідомість» і відображає його негативну дію на психічний стан людини. Спочатку при вживанні наркотиків виникає ейфорія – відчуття «душевного та фізичного комфорту», створюється «ілюзію втечі» від реальних проблем. Людина, яка почала приймати наркотики, знову–і–знову хоче відчувати стан наркотично–ейфорійного щастя. При частому повторному вживанні наркотичних речовин для досягнення ейфорії наркоманам потрібні більші дози. Поступово за принципом «зворотнього зв'язку» наркотик включається в біохімічні процеси обміну, витісняє вироблення власних «гормонів щастя» і призводить до лікарської залежності (наркоманії). Людина стає залежною від наркотиків, відчужується від друзів та родини. Невведення наркотика викликає у наркомана синдром відміни (тяжкі порушення фізичних і психічних функцій). Потреба в наркотику стає найважливішою в житті наркомана.

Наркотичні речовини відомі людству з глибокої давнини. Ще в «папірусах Еберса» (близько 1500 років до н.е.) згадується про використання наркотиків (опію) з лікувальною метою. Масове вживання наркотиків у світі розпочалось із середини XIX століття, після виділення та налагодження лабораторного виробництва алкалоїдів опію (морфін, кодеїн). Поступово наркоманія стала поширюватись на всі континенти набуваючи характеру

епідемії. Щорічно в світі близько 150 тисяч молодих людей стають наркоманами. В Україні теж спостерігається зростання наркоманії. За статистикою, від 1 до 1,5 мільйона українців вживають наркотики і їхня кількість щорічно збільшується на 8–10%, кожен 5–й наркоман – жінка. Наркотики негативно впливають на функцію усіх органів і систем в організмі, в першу чергу, порушують психічну діяльність людини, знижують пам'ять, інтелект, творче мислення. Середовище наркоманів часто стає джерелом зараження на СНІД. Соціальна проблема наркоманії полягає в тому, що людина, яка приймає наркотики, руйнує себе як особистість, своєю не зовсім адекватною поведінкою завдає шкоди рідним, поступово втрачає професійні здібності і нерідко йде на шлях злочинності [14, с. 286].

Шкідливою звичкою, крім тютюнопаління та наркотиків, є вживання спиртних напоїв. В Україні щороку через зловживання алкоголем помирають понад 40 тисяч людей. За споживанням алкоголю українські підлітки посідають перше місце в світі. При повторних прийомах спиртних напоїв у людини з часом виникає «алкогольна залежність», яка проявляється патологічним потягом до спиртного і призводить до соціально–моральної деградації особистості. Важливого значення у попередженні пияцтва набуває поширення інформації серед населення про негативну дію алкоголю на організм, проведення профілактичних заходів, реабілітації та ресоціалізації осіб, які зловживають алкоголем [5, с. 112].

У формуванні мотивації до здорового способу життя надзвичайно важливу роль відіграють заходи первинної та вторинної профілактики шкідливих звичок [12, с. 132]. Первинна профілактика передбачає активну пропаганду здорового способу життя, розповсюдження інформації про шкідливість нікотину, алкоголю, наркотиків для здоров'я у школах, навчальних закладах, трудових колективах. Дієвим заходом профілактики є заборона реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв. Вторинна профілактика направлена на індивідуальну роботу з хворими пацієнтами, (індивідуальні бесіди про негативну дію шкідливих звичок на організм, психологічні тренінги та диспути з групою пацієнтів тощо).

Одним із найбільш поширених соціально–небезпечних захворювань є ВІЛ/СНІД. ВІЛ–інфекція (вірус імунодефіциту людини), що вражає імунну систему, та синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – симптомокомплекс захворювань, які виникають у людини з ВІЛ–інфекцією на фоні зниженого імунітету [13, с. 17]. Останнім часом ВІЛ–інфекція стала поширюватись зі швидкістю епідемії й забрала життя майже 30 млн. чоловік. Україна, на жаль, перша в Європі за темпами поширення ВІЛ/СНІДу. Кожен 100–й мешканець України – ВІЛ–інфікований, більшість з яких молоді люди віком від 15 до 28 років, жінки репродуктивного віку та діти, народжені ВІЛ–інфікованими матерями. На сьогодні ВІЛ/СНІД прогресує і несе серйозну загрозу для розвитку людства. За словами принцеси Анни «СНІД – класичний приклад голу, який людство забило у свої ворота».

Відповідно до наскрізної програми «Профілактика ВІЛ–інфікування, передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностика, лікування ВІЛ–інфікованих та

соціально–психологічна підтримка людей, що живуть з ВІЛ», розробленої на виконання наказу МОЗ України від 08.05.2009 № 313 «Про оптимізацію підготовки спеціалістів з питань ВІЛ–інфекції та попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», на заняттях зі студентами детально розглядаються медико–етичні питання запобігання інфікування дорослих і дітей ВІЛ–інфекцією, профілактики ВІЛ/СНІДу, подолання СНІДофобії, «стигматизації» й дискримінації людей, хворих на ВІЛ/СНІД та формування толерантного ставлення до них [10, с. 12].

Особливого значення для популяризації здорового способу життя, попередження шкідливих звичок та соціально–небезпечних захворювань набуває твердження римського філософа Сенеки: «Уміння продовжити життя – в умінні не скорочувати його». Ефективність засвоєння навчального матеріалу щодо біоетичних та медико–соціальних проблем збереження здоров'я підвищують елементи інтерактивного навчання шляхом моделювання клінічних ситуацій, наближених до реальної роботи майбутніх лікарів, під час яких студенти у вигляді психологічних тренінгів здійснюють активну пропаганду здорового способу життя [6, с. 36].

Закріпленню практичних навичок стосовно профілактики шкідливих звичок сприяє підготовка мультимедійних презентацій на теми: «Ми – проти куріння! Ми – здорове покоління!», «Ні – наркотикам!», «Алкоголь – викрадач розуму», «СНІД – найбільша трагедія ХХІ століття» та інші, з якими студенти виступають при проведенні просвітницьких акцій серед школярів та дітей, що виховуються в будинках дитини. Розміщення презентацій та відеоматеріалів стосовно пропаганди здорового способу життя й здоров'язбережувальної поведінки особистості у суспільстві в електронних навчальних курсах з дисциплін на сервері дистанційного навчання *Moodle* Буковинського державного медичного університету покращує якість освіти майбутніх лікарів [1, с. 66] та їх компетентність у питаннях збереження здоров'я людини.

Отже, ґрунтовне вивчення біоетичних та медико–соціальних аспектів збереження здоров'я людини з використанням сучасних технологій навчання покращує якість фахової освіти майбутніх лікарів, сприяє формуванню у них відповідальності за результати своєї професійної діяльності з урахуванням нової парадигми охорони здоров'я щодо пріоритетності профілактичної медицини.

Список використаних джерел

1. Бойчук Т.М., Геруш І.В., Ходоровський В.М. Досвід впровадження інформаційно–комунікаційних технологій в навчальному процесі Буковинського державного медичного університету // Медична освіта. – 2012. – № 2. – С. 64–67.
2. Бойчук Ю.Д., Турчинов А.В. Сутність здоров'язбережувальної компетентності в контексті валеологічної парадигми // Проблеми інженерно–педагогічної освіти. – 2015. – № 48/49. – С. 180–186.
3. Бойчук Ю.Д., Науменко Н.В. До питання щодо послідовності розгляду складових здоров'я // Основи здоров'я: наук.–метод. журн. – Х.: «Основа», 2016. – № 5. – С. 38.
4. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева та ін.. – вид. 3. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 560 с.

5. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольній залежності на етапі становлення ремісії // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1. – Вип. 3. – С. 110–114.
6. Кишкан І.Г., Заморський І.І. Основи біоетики й біобезпеки в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти // Медична освіта. – 2015. – № 4 (68). – С. 34–36.
7. Кишкан І.Г. Біоетичні проблеми збереження здоров'я людини в процесі викладання основ біоетики та біобезпеки лікарям і провізорам // Педагогіка здоров'я: зб. наук. праць VII Всеукр. наук.-пр. конф. (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 р.): в 2 т. / ред. колегія С.М. Шкарлет та ін. – Чернігів, 2017. –Т. 2. – С. 24–26.
8. Кишкан І.Г., Кишкан П.Я. Тютюнозалежність як біоетична та медико-соціальна проблема // Педагогіка здоров'я: зб. наук. праць VI Всеукр. наук.-пр. конф. / За заг. ред. акад. І.Ф. Прокопенка. – Х.: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2016. – С. 142–144.
9. Основи біоетики та біобезпеки: підручник / О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, Т.М. Амбросова, В.І. Смирнова. – К.: ВСВ «Медицина», 2016. – 392 с.
10. Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»: Закон України від 23 грудня 2010 року № 2861-VI / Україна. Закони // Голос України. – 2011. – № 7. – 15 січня. – С. 12–13.
11. Русіна С.М. До питання формування шкідливих звичок у студентської молоді // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Т. 11. – № 3. – С. 77–79.
12. Сирота М.А. Ялтонський В.М. Профілактика наркоманії та алкоголізму. – М.: Вид. центр «Академія», 2007. – 176 с.
13. ВІЛ-інфекція/СНІД / В.Д. Москалюк, С.Р. Меленко. – Чернівці: Вид-во Буковинського державного медичного університету, 2012. – 190 с.
14. Терешкевич Г.Т. Основи біоетики та біобезпеки: підручник. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 400 с.
15. Фармакологія: підручник для студ. мед. ф-тів / Чекман І.С., Горчакова Н.О., Казак Л.І. та ін. / за ред. проф. І.С. Чекмана. – вид. 3-тє, випр. та доопрац. – Вінниця: Нова книга, 2016. – 784 с.

ОСОБИСТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ПРИНЦИП ОЗДОРОВЧОЇ ПРАКТИКИ

(Міхеснко О. І.)

Упродовж усієї історії розвитку лікувально-оздоровчої сфери можна простежити два напрями: перший – це вплив на організм і намагання позбутися певного захворювання за допомогою ліків, другий – відновлення чи зміцнення здоров'я шляхом застосування природних оздоровчих засобів. Відповідно, всіх хворих умовно можна поділити на дві категорії. Перша – пацієнт як об'єкт лікування. Особливістю цієї категорії є бажання якомога скоріше вилікуватися за будь-яку ціну з використанням будь-яких препаратів чи операцій, нічого не змінюючи у своєму житті. Вони не бажають нічого знати, посилаються на брак часу, перекладають відповідальність на лікаря, часом запитуючи його, за що він отримує зарплату. Використовуючи сучасні препарати, вони досягають на певний час деякого «покращення», часто не усвідомлюючи, що справжнє зцілення все більше віддаляється від них. Сучасна медицина цілком відповідає запитам таких людей. Виходячи за межі віталістичної концепції, вона намагається

нашвидку зробити людину «здоровою» і не переймається негативними наслідками такого лікування. У розвитку цього напрямку медична сфера, безперечно, досягла значних успіхів.

До другої категорії належать ті, хто усвідомив, що для справжнього зцілення необхідно усунути причини хвороби, а отже, змінити поведінку, звички, характер мислення, спосіб життя. Засоби віталістичного спрямування працюють за принципом відновлення імунітету, гомеостазу, гармонії. Цей шлях вимагає певного часу і особистих зусиль. Щоб визначити, ким хоче бути пацієнт (об'єктом лікувального процесу чи учасником і виконавцем власного зцілення), важливо з'ясувати ступінь готовності взяти відповідальність за своє здоров'я. Глибина розуміння проблеми визначається рівнем загальної культури і культури здоров'я пацієнта зокрема.

Докладне вивчення складових сучасної медичної та оздоровчої практики дозволяє виявити принципові відмінності між ними. Сучасна медицина докорінно змінилася з часів Гіппократа – одного з перших медиків, який стверджував, що медицина – це мистецтво наслідування цілющому впливу природи. Механічні погляди на Всесвіт і людський організм підживлюють сподівання людства винайти «чудо-ліки». Бурхливий розвиток фармакологічної індустрії та широка й агресивна реклама ліків формує суспільну думку, що за гроші можна придбати все, в тому числі й здоров'я. Науково-технічний прогрес створює ілюзію всемогутності. Яким є результат цього прогресу? Можливо, зменшилася кількість захворювань? Чи збільшилася тривалість життя людей? Ні. Навпаки, збільшилася кількість алергічних проявів, захворювань серцево-судинної системи, злоякісних новоутворень.

Але більшість населення навіть не замислюється, що реклама не просто нав'язує ті чи інші товари й послуги, а формує стереотип мислення, певний світогляд і спосіб поведінки; що хвороба, як правило, є наслідком обраного способу життя, який слід змінити. Ліки лише усувають симптоми (нежить, остуда, температура, кашель, біль, підвищений тиск, запаморочення, висипання на шкірі тощо), тобто знімають наслідок розладу, але не усувають причини хвороби. Подібна практика «лікування» створює найкращі умови для розвитку хронічних недуг, формує залежність від аптеки і веде до деградації людства.

Симптоматичне лікування – це підхід, де немає зацікавленості в повному одужанні. Дозволяючи якомога довше хворіти якомога більшій кількості людей, фармакологічна індустрія і сучасна комерціалізована медицина реалізують свою схему отримання прибутків за принципом: ви постійно хворієте, а ми постійно будемо вас лікувати.

Натомість у Стародавньому Китаї поширеним було переконання, що тільки поганий лікар займається лікуванням. Традиційно китайці платили своєму лікареві, щоб він пильнував їхнє здоров'я, а якщо занедужували – припиняли платити як такому, що не виконував свою роботу належним чином [12, с. 114]. За таких умов східна медицина змушена була опікуватися профілактикою, а отже, вивчати механізми здоров'я, на відміну від західної, предметом дослідження якої є хвороби. Відмінність принципова!!!

У результаті чисельність населення Китаю нині сягнула далеко за мільярд і продовжує зростати, а в Україні набирають обертів процеси депопуляції [4].

Використання засобів сучасної медицини може бути виправдане і навіть необхідне, коли йдеться про екстремальні, критичні ситуації: отруєння, травми, опіки, поранення, загострення хвороби тощо. У таких випадках подальше життя та здоров'я людини часто залежать від вчасно наданої кваліфікованої лікарської допомоги.

Отже, процес оздоровлення передбачає розуміння сутності, чинників і процесів, які визначають стан здоров'я. Аналізуючи шлях організму людини від здоров'я до патології, можна дійти висновку, що хоча хвороби різноманітні, а їх прояви в різних людей суто індивідуальні, але причини їх виникнення, за невеликим винятком, досить однотипні. Неправильне харчування, малорухливий спосіб життя, емоційна неврівноваженість, зайва вага, надмірне вживання ліків, шкідливі звички, недотримання режиму праці й відпочинку, несприятлива екологія тощо змушують організм формувати адаптаційно–компенсаторні комплекси, які призводять спочатку до зниження працездатності, хронічної втоми, погіршення якості життя, а згодом і до більш серйозних розладів.

Сучасні вчені вважають, що від зародження більшості хронічних хвороб до моменту їх діагностування лікарем минає близько 20 років. Навіть з'явилася характерна назва цього явища: «правило двадцяти років» [2, с. 16–17]. Тож коріння недуг зрілого віку знаходяться у дитинстві та юнацтві, а отже, впроваджувати оздоровчі заходи важливо якомога раніше.

Для вирішення оздоровчих завдань найбільш ефективним є комплексний підхід, який враховує низку найрізноманітніших факторів впливу як на фізіологічні, так і психоемоційні процеси в організмі. Аналіз відомих на сьогодні знань про здоров'я дозволив серед комплексу чинників визначити найголовніші, що сприяють зміцненню здоров'я або, навпаки, спричиняють розлад функціонального стану організму людини. До таких чинників належать: рухова активність, харчування, ендоекологія, дихання, загартування, звички, психоемоційна активність, морально–вольові, ціннісно–мотиваційні та духовні якості.

Загальновідомо, що одним з найважливіших чинників здоров'я є *рухова активність*. Людина добре адаптована до м'язових навантажень, і тому майже не існує протипоказань до використання дозованих фізичних вправ у міру функціональних можливостей та потреб організму. Більше того, достатній рівень рухової активності є не менш важливою умовою нормального функціонування організму, ніж вода, повітря, їжа і сонячне світло. Гіподинамія сьогодні є однією з головних причин низки тяжких хронічних захворювань внутрішніх органів, порушення обміну речовин, погіршення психічного стану людини [1; 8].

Однак лише фізичне тренування не може забезпечити достатніх резервів здоров'я, якщо не задіяти такий потужний фактор оздоровлення, як *харчування*. Не існує такої проблеми зі здоров'ям, на яку певною мірою не впливало б харчування [7].

Під *ендоекологією* слід розуміти стан внутрішньої екології людського організму (концепція «чистого організму»). Згідно з даною концепцією людський організм розглядається як складова екологічної системи природи, а фундаментальна причина й універсальна умова існування переважної більшості хвороб – це слиз, отруйні та чужорідні речовини. Накопичення токсичних речовин усередині організму через незадовільний стан довілля, неправильне харчування, шкідливі звички призводить до забруднення внутрішнього середовища організму і, як наслідок, певної патології. Ще древні помітили, що розвиток багатьох захворювань безпосередньо пов'язаний зі способом життя і забрудненістю організму. А в 1985 році ВООЗ визначила сім ступенів забруднення й відповідні патологічні процеси і стани. Найлегший перший ступінь характеризується лише відчуттям загальної втоми (навіть без фізичних навантажень); другий – крім втоми, з'являються головний біль, ломота в суглобах, неприємний запах з рота, загальне нездужання; третій – до ознак перших двох додаються часті застуди, зниження імунітету, виділення слизу, мокротиння, різні виділення алергічного характеру, висипання на тілі, больові відчуття, дисбіоз, артрити, простатит; четвертий – ожиріння або недостатня вага, кісти, доброякісні пухлини, камені в нирках та жовчному міхурі, мастопатія, ліпоми, поліпи, набряки, остеохондроз, артрити, артрози, інфекційні та вірусні захворювання; п'ятий – хвороби з деформацією органів, суглобів, хребта, порушення обмінних процесів (ревматизм, поліартрит, остеопороз, хвороба Бехтерева); шостий – до попередніх ознак додаються патологія різних органів, атонія кишечника, сечового міхура, гострі порушення кровообігу, інфаркти, інсульти, тромбози, органічні захворювання нервової системи (паралічі, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона; сьомий – розкладання органів, рак [6; 11; 14; 15]. Отже, тяжкість захворювання прямо залежить від ступеня забрудненості організму. Детоксикація організму є предметом уваги багатьох сучасних оздоровчих систем [9; 10].

Усі функції людського організму, такі, як кровообіг, харчування, обмін речовин, терморегуляція у їх природному взаємозв'язку, безпосередньо чи опосередковано пов'язані з *диханням*. Використання різноманітних способів дихання дає змогу впливати на стан свідомості, покращувати інтелектуальні здібності, рівень самовладання тощо [3].

Сучасні уявлення про ефекти *загартування* пов'язані з біофізичними особливостями води, яка в клітинах живого організму має певну структуру, стабільність якої визначає якість процесів життєдіяльності. Систематична стимуляція організму процедурами загартування дає змогу досягти значних результатів у загальному зміцненні здоров'я.

Одним із важливих інструментів зміцнення здоров'я, розширення функціональних можливостей, самовдосконалення людини є *звички*. Уміння створювати правильні звички – найважливіший чинник здорового способу життя. Саме набуті звички формують як психічне, так і фізичне здоров'я, визначають долю людини. Хвороба, як правило, є наслідком шкідливих звичок, а отже, боротися слід не з хворобою як такою, а з першопричиною, тобто звичками, які її викликали.

Потужним чинником, який здатен як зміцнювати, так і руйнувати організм людини, є *психоемоційна активність*. Не існує такого душевного стану, який би не супроводжувався фізичними процесами, які змінюють фізіологічні характеристики організму. Психологам добре відомо, що невротичні особи, які постійно перебувають у стані стресу, емоційного напруження, частіше хворіють, з ними частіше трапляються нещасливі випадки [5].

Учені дедалі частіше отримують докази того, що існує залежність між *морально-вольовими, ціннісно-мотиваційними, духовними якостями людини* і її фізичним здоров'ям. Духовність є неодмінною, найпершою і найголовнішою передумовою психічної та душевної гармонії, яка, у свою чергу, визначає фізичне здоров'я. У будь-яких порушень на соматичному рівні є духовні передумови, реалізовані в думках, почуттях, емоціях, словах і вчинках людини. З погляду духовної практики фізичний недуг не поразка організму в боротьбі за існування, але дещо інша форма існування, окремий варіант вияву здоров'я і спосіб, яким організм лікує себе, адже хвороба може бути завуальованою спробою залікувати душевні рани, відновити психоемоційні втрати, розв'язати прихований у свідомості чи тілі конфлікт, сховатися від життєвих труднощів. У цьому сенсі хвороба – це не безвихідна ситуація, а, скоріше, творчий процес виходу з кризи, стимул до дії, чинник самореалізації тощо. Шлях духовного розвитку відкриває широкі можливості для оздоровлення людини [13].

Звичайно, різноманіття чинників здоров'я, які є предметом вивчення науки про здоров'я, не обмежується окресленими вище. Однак найбільш суттєвими, факторами, які визначають здоров'я/нездоров'я людини, є саме розглянуті вище напрями оздоровлення. Взаємозв'язок між ними схематично зображено на рис. 1. Стан здоров'я і функціональний потенціал організму (резерви здоров'я) в даному випадку розглядаються як тотожні поняття.

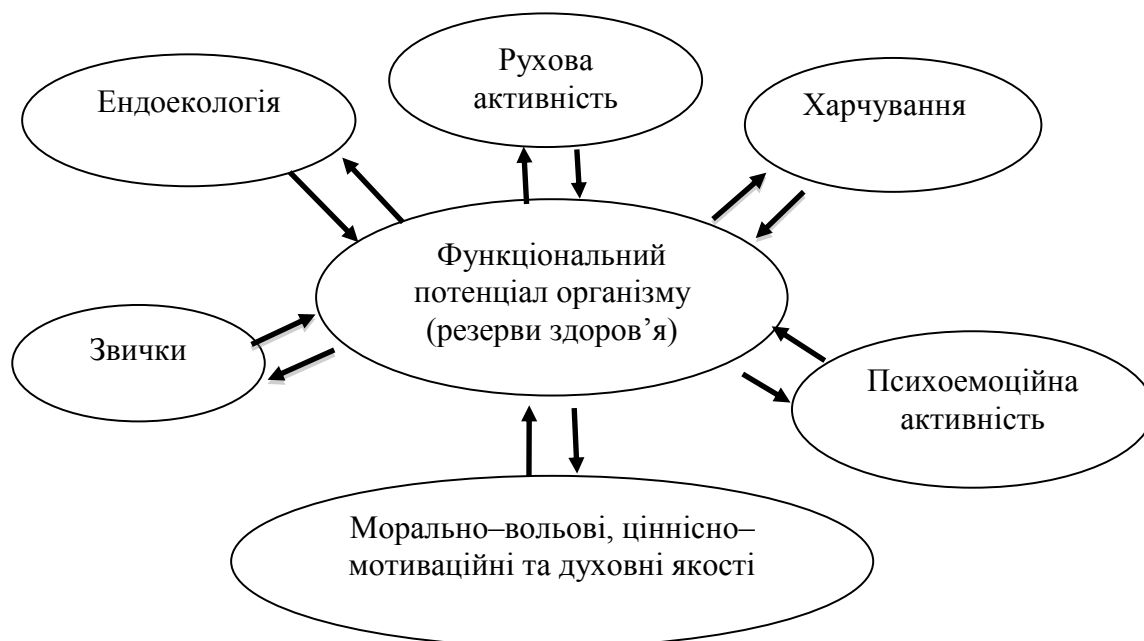


Рис. 1. Головні чинники здоров'я людини

Наявність тісного взаємозв'язку психічної та соматичної складової людського організму передбачає комплексний вплив на діяльність організму як з боку тілесності (фізичні вправи, харчування, очищення, загартування тощо), так і з боку свідомості та психіки (орієнтація на духовні цінності, піднесений настрій, позитивні емоції, образно–вольові настрої, аутотренінг, молитва, медитація тощо).

Зазначене дозволяє визначити фундаментальні основи здорової життєдіяльності людини і сформулювати тріаду здоров'я: позитивне мислення – правильне харчування – оптимальна рухова активність.

Свідомість визначає руховий режим та харчування; рухова активність, гармонізуючи і врівноважуючи психофізіологічні процеси в організмі, впливає на спосіб харчування та процеси мислення; кількісний та якісний склад продуктів харчування через посередництво гормонального фону зумовлює спосіб мислення та рухову активність (рис. 2).

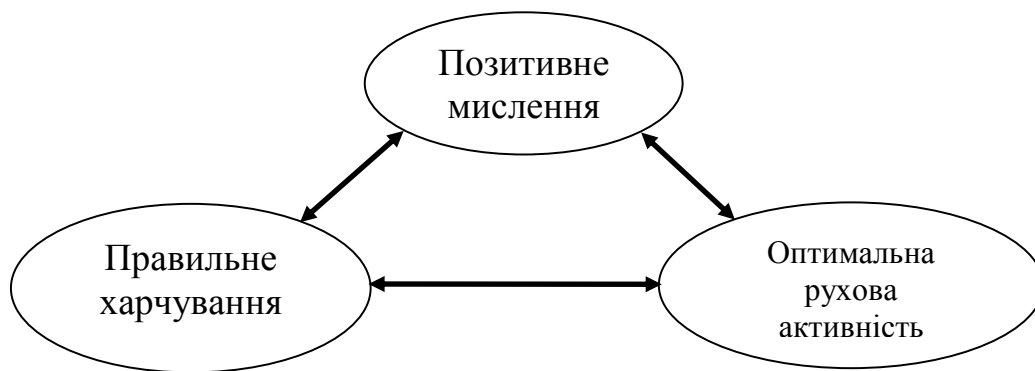


Рис. 2. Тріада здоров'я

Отже, ефективно впливати на стан здоров'я неможливо без зміни способу життя людей. Проблему виховання свідомого і дбайливого ставлення до власного здоров'я необхідно вирішувати засобами освіти. Характерною рисою суспільної свідомості є низький рівень поінформованості й компетентності в питаннях здоров'я і, як наслідок, відсутність готовності індивіда взяти на себе відповідальність за своє здоров'я, неспроможність протидіяти найменшим нездужанням.

На державному рівні пересічна людина розглядається як об'єкт реалізації лікувальних технологій, а не як суб'єкт, який здатен творити своє здоров'я і відповідати за нього. Оскільки кожна фізична дія є наслідком прийнятого рішення на рівні свідомості, то будь–яка оздоровча практика є не що інше, як робота з власною психікою і свідомістю. У цьому сенсі систематичну оздоровчу діяльність можна розглядати не лише як суто практичне застосування певних засобів з метою оздоровлення, а як значно більш потужне, більш глобальне – один з інструментів оволодіння волею та духовного вдосконалення. Засвоєння знань про здоров'я не обмежується лише теоретичним рівнем. Науку про здоров'я, як і фізичну культуру, слід розглядати як творчо–практичну діяльність, спрямовану на активне, свідоме і цілеспрямоване використання знань, розвиток уміння їх застосовувати.

З погляду оздоровчої практики поняття власної відповідальності за стан здоров'я набуває ключового значення, оскільки здоров'ятворення є індивідуальною діяльністю.

Список використаних джерел

1. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. – Донецк: Сталкер, 2002. – 464 с.
2. Аткинс Р., Бафф Ш. Омолаживающее питание / пер. с англ. А. Н. Гордиенко. – Минск: Попурри, 2012. – 432 с.
3. Дінейка К. Рух, дихання, психофізичне тренування. – К.: Здоров'я, 1988. – 176 с.
4. Лібанова Е. В Україні демографічний потенціал вичерпано. Ми вимираємо вже 50 років [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://asn.in.ua/ua/news/interview/75247-ehlla-libanova-v-ukraine-demograficheskijj-potenci.html>
5. Литвак М. Е. Если хочешь быть счастливым: учеб. пособ. по психотерапии и психологии общения. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 460 с.
6. Манашев Г. Зашлакованность организма по ВОЗ, 1985 г. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://32news.ru/news/2012/08/zashlakovannost-organizma-po-voz-vsemirnaia-organizaciya-zdravooxraneniya-1985g.html#comments>
7. Міхеєнко О. І. Основи раціонального та оздоровчого харчування: навч. посіб. – Суми: Університетська книга, 2016. – 189 с.
8. Мурахов І. В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. – К.: Здоров'я, 1989. – 272 с.
9. Неумывакин И. П., Неумывакина Л. С. Эндоекология здоровья. – СПб.: ДИЛЯ, 2005. – 544 с.
10. Оганян М. В., Оганян В. С. Экологическая медицина. Путь будущей цивилизации. – М.: Концептуал, 2013. – 544 с.
11. Пережитная Н.Л. Зашлаковка организма [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://perekitnaya.od.ua/article/7/zashlakovka_organizma.html
12. Тихоплав Т. С., Тихоплав В. Ю. Гармония Хаоса, или Фрактальная реальность. – СПб.: ВЕСЬ, 2003. – 352 с.
13. Тихоплав Т. С., Тихоплав В. Ю. Наше духовное исцеление. О чем нас предупреждают новые болезни. – СПб.: ВЕСЬ, 2004. – 128 с.
14. Чому хворіють люди? Поради по очищенню організму від шлаків [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://i-medic.com.ua/index.php?newsid=16921>
15. Шлаки в організмі [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.krugzdorovia.com.ua/shlaki-v-organizme.html>

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВ'ЯОРІЄНТОВАНОГО СВІТОГЛЯДУ

(Бельорін–Еррера О.М., Корженко І.О.)

Поняття «здоров'я» переосмислюється разом зі зміною цивілізацій, культур, епох, оновлюючись водночас із розвитком суспільства, бо воно відображає одну з фундаментальних характеристик людського існування, форму його життя.

Кардинальні зміни в суспільних відносинах, технічних можливостях людства, стані навколишнього середовища, які сталися на протязі останніх років, зумовлюють необхідність формування нових світоглядних уявлень відносно питання збереження та зміцнення здоров'я.

У всіх суспільствах здоров'я входить до історично неминущих понять, що обумовлено почуттям самозбереження, властивим усьому живому. Однак

сьогодні, в основному, панує розуміння здоров'я як відсутність хвороб, а розглядається воно як бажаний, але недосяжний ідеал [5].

Необхідність зміни світоглядних уявлень відносно здоров'я та формування нового – здоров'яорієнтованого світогляду посилюються подальшим погіршенням показників здоров'я населення нашої країни. Особливу занепокоєність викликає стан здоров'я сучасної молоді. Здорове молоде покоління – це добробут нашої держави, домінуючий фактор її прогресивного розвитку. Через те, що основні світоглядні уявлення закладаються саме у молодому віці, проблема формування світогляду даної вікової категорії стала предметом дослідження філософії, психології, педагогіки.

Теоретичний аналіз психолого–педагогічної літератури свідчить про те, що проблемі формування світогляду приділяється значна увага з боку вітчизняних і зарубіжних авторів, зокрема в таких аспектах: розробка основних шляхів і методів формування світогляду в процесі навчальної діяльності учнів (Б. Бадмаєв, Н. Лалак, І. Лернер, Т. Мухіна, Н. Огурцов, В. Ляудіс, В. Раяцкас, І. Сисоєнко, Г. Школяр та ін.); питання змісту та структури світогляду (І. Лернер, Е. Моносзон, Н. Огурцов, Р. Рогова, І. Сисоєнко та ін.); психологічні закономірності процесу формування світоглядних поглядів учнів: діяльнісна модель формування в учнів світоглядних переконань (Г. Залеський, Л. Липкіна, Т. Мухіна та ін.); дані щодо механізмів соціальної регуляції особистості, властивих їй ціннісних орієнтацій і установок (Г. Андреева, М. Бобнева, А. Бодальов, А. Донцов, І. Кон, А. Петровський, В. Ядов та ін.); як результат взаємодії інтелектуального, емоційного і вольового компонентів, реалізованих в цілісній структурі особистості (А. Липкіна, Н. Менчинська, Т. Мухіна, Г. Шакірова та ін.); питання формування екологічної свідомості (Н. Огурцов, В. Гармасар, Л. Кудрик, Е. Романова та ін.); духовні аспекти формування світоглядних орієнтирів у процесі валеологічної освіти (Л. Божович, Ю. Бойчук, М. Гончаренко, Т. Куйдіна та ін.).

Разом із тим, огляд наукової літератури свідчить про те, що проблема формування здоров'яорієнтованого світогляду не ставала предметом спеціального дослідження сучасної науки. У наукових роботах залишилися недостатньо вивченими питання щодо: функції світогляду як характеристики особистості, що має визначальну роль у формуванні способу життя людини; механізмів взаємодії світогляду з іншими особистісними утвореннями, які визначають вектор розвитку особистості (ціннісними орієнтаціями, інтересами, самооцінкою тощо); значення рівня розвитку мотиваційного (спонукального) компонента культури здорового способу життя тощо.

Установлено, що проблема збереження здоров'я не вирішується лише застосуванням комплексів профілактичних заходів, спрямованих на формування, збереження та зміцнення здоров'я, підвищенням соціальних стандартів, розвитком медицини та пропагандою здорового способу життя. Для вирішення даної проблеми необхідна її трансформація в глобальну проблему формування цілісного здоров'яорієнтованого світогляду[1].

Необхідність повного розкриття предмета дослідження вимагає з'ясування сутності поняття «світогляд». У «Концепції національно-патріотичного виховання дітей і молоді» зазначено, що у формуванні духовності особистості чільне місце посідає світогляд як узагальнена система поглядів на світ, на своє місце в ньому, розуміння смислу життя. Ю. Руденко розуміє світогляд як «дороговказ кожної людини, надійний інструмент, за допомогою якого особистість визначає свої орієнтири, цінності, критерії, напрямки своєї діяльності» [10, с. 4]. На думку відомого вченого А. Спіркіна, світогляд – це «гранично узагальнений, упорядкований погляд на навколишній світ, на явища природи, суспільства і самого себе, а також витікаючи із загальної картини світу основні життєві позиції людей, переконання, соціально-політичні, моральні та естетичні ідеали, принципи пізнання і оцінки матеріальних і духовних подій» [11].

Аналіз сучасних наукових підходів до визначення поняття «світогляд», наші власні дослідження дозволили інтерпретувати здоров'яорієнтований світогляд як систему поглядів, переконань, ідеалів, ціннісних орієнтацій, яка забезпечує: усвідомлене дотримання здорового способу життя та моделей безпечної поведінки; ціннісне ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих; гармонійну взаємодію організму людини з навколишнім середовищем; прагнення до самовдосконалення та постійного розвитку; сповідання вищих духовних цінностей.

Для дослідження нашої проблеми важливими є результати експериментальних досліджень Н. Менчинської, на основі яких дослідницею було виділено закономірності формування світогляду учнівської молоді і сформульовано гіпотезу про місце світогляду в структурі особистості. На її думку він не тільки пов'язаний з усіма підструктурами, а й визначає «домінування мотивів», обумовлюючи тим самим характер загальної моральної спрямованості особистості, а отже, і формуючи її систему цінностей [8].

На думку науковців В. Кузнецова та В. Погрібної, світогляд молоді в сучасних умовах характеризується модернізацією (емансипацією) підвалин, що виявляється у: розпаді цілісної системи загальних уявлень про світ; знятті пізнавального і ціннісного способів освоєння дійсності; парадигма «я – світогляд» замінилася парадигмою «я – чутливість», де суб'єкт/сучасне покоління є усього лише посередником у нескінченному процесі розрізнення відчуттів. Це призводить до «розсвітогляднення» і «розкультування» людини, зворотного негативного перетворення її з особистості в дивід – розщеплений суб'єкт, уламок від «машини бажання». Зміни не встигають закріпитися ні в традиції, ні в ментальності. Соціальна програма модернізації має на меті створення нових сфер діяльності, нестримне експериментування, збільшення можливостей вибору шляхом розширення меж дозволеного, автономію одиничного, окремого. Але, на превеликий жаль, свобода вибору обмежується свободою споживацького, сексуального і віртуального вибору[9].

Таким чином, у зв'язку з насторожуючими змінами у системі ціннісних орієнтацій, витісненням традиційних моральних та культурних цінностей, проблема формування системи ціннісних орієнтацій як компоненту світоглядної позиції сучасної молоді сьогодні постає особливо гостро.

Особливий інтерес для теми нашого дослідження представляють міркування Л. Божович, згідно з якими основна функція світогляду полягає в його перетворюючому впливі на мотиваційну сферу суб'єкта: визначає структуру провідних мотивів і організовує всі інші потреби. «Роздум», «внутрішній план міркування» дослідниця називає механізмами прийняття намірів. З його допомогою суб'єкт намагається зважити і врахувати всі внутрішні і зовнішні обставини, їхню соціальну значимість, їх наслідки та знайти розумне рішення. Особливо яскраво, підкреслює авторка, «робота» такого механізму проявляється в ситуації боротьби мотивів, коли виникає конфлікт між прагненням виконати прийняте на основі світоглядних ідеалів і будь-яким безпосереднім бажанням, таким, що суперечить наміру і відповідному ідеалу [3]. Тут ми знаходимо пряму вказівку на важливість формування у сучасної молоді стійких переконань в необхідності здорового способу життя, які виконують функцію регулятора актів вибору одного з конфліктуєчих між собою мотивів.

У зв'язку з цим, у концепції формування здоров'яорієнтованого світогляду наголошується та тому, що здоров'яорієнтований світогляд пов'язаний з переконаннями – усвідомленою потребою особистості діяти у відповідності зі своїми ціннісними орієнтаціями, провідне місце серед яких займають цінності життя та здоров'я.

Виходячи з переконання у тому, що здоров'я включає чотири основних елемента – фізичне, психічне, духовне і соціальне [7], вважаємо за необхідне уточнити важливість кожного з елементів у контексті запропонованій концепції здоров'яорієнтованого світогляду.

Так, здоров'я як цінність за фізичними параметрами являє собою значення біологічних показників стану людини для його життєдіяльності, гармонійності фізичного розвитку. Духовне здоров'я в аксіологічному контексті демонструє значення ідеальних феноменів, що дозволяють людині бути гідним членом суспільства, здатність свідомо обирати цілі й цінності внаслідок високої організації внутрішнього світу. Соціальне здоров'я виражає значення соціальних зв'язків, місце і роль людини у вирішенні соціальних завдань, ступінь участі людини у вирішенні суспільних інтересів, життєву активність, раціональні соціальні домагання, соціальне благополуччя [6]. Психічне здоров'я стосується особистості в цілому, передбачає саморозуміння, самоприйняття, саморозвиток, самодостатність особистості у взаємодії з людським оточенням.

У різні історичні часи роль елементів, або складових здоров'я варіювалася. Так, у первісному племені домінуючим показником здоров'я виступала фізична складова, у давньогрецькій міфології здоров'я та красу уособлювали боги та герої. Епоха Середньовіччя характеризується роздвоєнням душі й тіла та превалюванням духовної складової. В епоху

Відродження та Реформації людське здоров'я вже не поділяється на фізичне й духовне та розглядається як найбільш значуща цінність. В буржуазну епоху, коли Р. Декарт назвав організм людини механічною машиною, сутність здоров'я взагалі знаходить механічне тлумачення [4; 5].

У зв'язку з появою проблем, створених сучасним стилем життя, а саме: розвитком інформаційного суспільства, доступністю спілкування у соціальних мережах, збільшенням кількості контактів з носіями інших культур, особливу значущість набуває соціальна складова як визначальний фактор здоров'я людини і соціуму.

Посилення соціальної складової здоров'я підтверджується процесом соціалізації, тим, що людина все більше і більше включається в систему соціальних зв'язків, а тому будь-які зміни в соціальному середовищі впливають (позитивно або негативно) на її здоров'я. Основними причинами (прямими чи непрямими) сучасних хвороб виступають саме соціальні фактори, наприклад, такі, як екологічні проблеми, дистрес як наслідок соціальних потрясінь [6], а також засоби масової інформації, Інтернет мережі, які артикують відповідні соціально-поведінкові установки [9].

Так, прикладом загрози, створеної сучасними інформаційно-комунікаційними технологіями, є підліткова гра в соціальних мережах, яка затягує в свої страшні тенета підлітків з країн колишнього СНД, зокрема з України – «Синій кит» («Тихий дім», «Море китів», «Розбуди мене о 4:20» тощо). Існує низка психоемоційних та соціальних передумов вступу підлітків у подібні суїцидальні групи: емоційна нестабільність, зумовлена гормональною перебудовою; зміна структури соціальних ролей; засвоєння нових цінностей та норм; розвиток самосвідомості та поглиблення рефлексії; відсутність усвідомленої потреби у змістовних формах культурного дозвілля тощо.

Подібні соціальні проблеми потребують не тільки втручання педагогів, батьків, психологів, проведення профілактичних заходів, але й організації виховання у зростаючої особистості вищих духовних цінностей: суспільні погляди на такі цінності, глибину їх осягнення, відповідні ставлення до них. У самосвідомості зростаючої особистості потрібно сформулювати переконання, що саме духовне діяння, вчинки виступають значною мірою її розвитку [2], сприятимуть збереженню та зміцненню духовної складової здоров'я.

Посилена увага до соціальної та духовної складових здоров'я людини у наведеній концепції здоров'яорієнтованого світогляду обумовлена також переконанням у тому, що фізичні хвороби, деякі недуги та вади можна компенсувати високою духовністю і соціальною активністю [6]. Але це ні в якій мірі не знижує значущості фізичної складової здоров'я, сформованість якої у значній мірі залежить від способу життя людини, наявності (відсутності) шкідливих звичок, рівня обізнаності про фактори, які завдають шкоди здоров'ю тощо.

Багато захворювань людина провокує сама, нехтуючи правилами здорового способу життя, піддаючись спокусам і поганим прикладам, що згодом призводить до конституційної ослабленості конкретних органів і стає

причиною розвитку патологій. У цьому контексті чітко простежується тісний зв'язок між фізичною, духовною та соціальною складовими здоров'я.

Останньою, але не за значущістю, у контексті запропонованої концепції здоров'яорієнтованого світогляду, є психічна складова здоров'я. Саме міцне психічне здоров'я дозволяє людині відчувати себе повноцінною особистістю, жити в злагоді із зовнішнім світом і самим собою, відчувати всю красу буття, прагнення до самовдосконалення, постійного розвитку. Показниками психічної складової здоров'я є емоції, мислення, пам'ять, темперамент, характер. Будь-яке порушення психічної складової здоров'я обумовлює низький рівень психічної енергії, низьку працездатність, а також дисгармонію, неадекватність поведінки. Та навпаки, високий рівень сформованості психічної складової здоров'я визначає успіх у роботі щодо особистісної реалізації, пошуку свого призначення, сенсу життя.

Наявність такого уявлення щодо значущості психічної складової здоров'я дозволяє стверджувати про необхідність її врахування в рамках концепції здоров'яорієнтованого світогляду нарівні з фізичною, соціальною та духовною складовими.

Наведені уточнення важливості складових здоров'я відносно сприйняття концепції здоров'яорієнтованого світогляду, на нашу думку, обґрунтовують зміни орієнтирів світоглядно-методологічного плану, та дають надію на можливість створення інтегративної теорії здоров'я.

Таким чином, Концепція містить положення, реалізація яких сприятиме формуванню здоров'яорієнтованого світогляду, заснованого на холістичному підході до вивчення людини, урахуванні закономірностей функціонування її фізичної, психічної, духовної та соціальних складових, а також розумінні здоров'я як показника правильності обраного способу життя, моделей безпечної поведінки, гармонійної взаємодії організму з навколишнім середовищем, прагненні до самовдосконалення та постійного розвитку, сповіданні вищих духовних цінностей.

Високий рівень сформованості здоров'яорієнтованого світогляду характеризується цілісною єдністю: усвідомленого дотримання здорового способу життя та моделей безпечної поведінки; ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих; науково обґрунтованих знань про: здоров'я, методи і засоби його контролю, збереження та зміцнення; шляхи, методи протидії інфекційним та неінфекційним захворюванням; новітні методики досягнення високої працездатності та тривалої творчої активності; створення сприятливого навколишнього середовища; прагнення до самовдосконалення та постійного розвитку; сповідання вищих духовних цінностей.

Перспективи подальшої роботи в цьому напрямі вбачаємо дослідженні механізмів формування здоров'яорієнтованого світогляду, розробці моделі формування стійких переконань щодо пріоритетності цінностей здоров'я, які дозволять сучасній молоді у повній мірі розкрити та реалізувати свій особистісний, професійний та духовний потенціал.

Список використаних джерел

1. Бельорін–Еррера О. М., Корженко І. О., Удовенко М. А. Холістичний підхід до збереження здоров'я студентської молоді // Педагогіка здоров'я: VII Всеукр. наук.–практ. конф. (7–8 квітня): зб. наук. пр. – Чернігів: ЧНТУ, 2017. – Т. І. – С. 57–59.
2. Бех І. Д. Довершена особистість у психо–виховному вимірі // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди. – К.: Гнозис, 2017. – Вип. 37 (3). – С.73–82.
3. Божович Л. И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе // Вопр. психологии. – 1976. – № 6. – С. 45–53.
4. Козырь П. В. Проблема ценности здоровья в историческом аспекте // Вестн. Томск. гос. ун–та. – Томск, 1999. – С. 20–22.
5. Ларионова И. С. Здоровье как витальная ценность. – М.: Информационно–внедренческий центр «Маркетинг», 2004. – 160 с.
6. Ларионова И. С. Здоровье человека как социальная ценность. – М.: Изд–во МГСУ, 2003. – 112 с.
7. Мельник Ю. Б. Класифікація понять «здоров'я» на підґрунті системного підходу // Вісн. Харк. нац. ун–ту ім. В. Н. Каразіна. Сер.: Валеологія: Сучасність і майбутнє: зб. наук. пр. – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2011. – № 951. – Вип. 10. – С. 76–81.
8. Менчинская Н.А. Психологические закономерности формирования научного мировоззрения // Под ред. Е.Д. Божович. – М.: Изд–во «Институт практической психологии»; Воронеж: Изд–во НПО «МОДЭК», 1998. –С. 304– 316.
9. Погрібна В.Я. Формування цілісного світогляду студентів у сучасному освітньому просторі як методологічна проблема // Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі імені Михайла Туган–Барановського. – Донецьк, 2014. – Вип. 2. – С. 124–133.
10. Руденко Ю.Д. Концепція формування світогляду громадянина України «Освіта». – 20 листопада 1996. – С. 4.
11. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. – М., 1972. – 269 с.

СКЛАДНИКИ ТЕХНОЛОГІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В РАМКАХ ДЕРЖАВИ.

(Мединський С.В.)

Осмислення цінності здоров'я людини, визнання високої соціальної значущості індивідуального здоров'я людини, формування позитивного ставлення широкого загалу до здорового способу життя – усе це зумовлює потребу в розширенні сфер і напрямків діяльності на державному рівні щодо здоров'язбережувальних технологій.

У США проводиться унікальна пропаганда та законотворча діяльність щодо покращення як рівня інформованості, знань, доступності так і рівня фізичного розвитку та стану здоров'я населення. Урядом США не лише пропагується здоровий спосіб життя, заняття руховою діяльністю, спорт, але й організовується і фінансується у всій багатогранності проявів. Для залучення громадян до активного способу життя, розвитку фізичної культури створюються максимально сприятливі умови для кожної людини.

Високий відсоток залучення населення до занять оздоровчою руховою діяльністю і спортом, впроваджені на загальнонаціональному рівні рекомендацій з оздоровчої рухової активності та заохочення осіб, які ведуть

здоровий спосіб життя, високий рівень розвитку інфраструктури спортивно-оздоровчих споруд є обов'язковою умовою для здобуття престижної роботи, у якій громадяни зможуть реалізуватися, здійснити успішну кар'єру, досягти позитивних показників розвитку галузі, фінансового успіху і соціальної стабільності.

Комплексна державна політики заохочення громадян до оздоровчої рухової активності, розвинута система оздоровчої рухової активності населення, широкий спектр участі держави у просуванні здоров'язбереження зумовлюють необхідність узагальнення досвіду цієї країни, дають змогу фахівцям України оцінити власні теоретичні позиції, досягнення, недоліки.

Розуміння значення рухової активності, її потенціалу для гармонійного розвитку суспільства в свідомості американців формувалося поступово.

Відомо, що в 1950 р. у США були проведені дослідження фізичної підготовки шкільної молоді віком від 6 до 16 років. Показники, що опинилися майже на 10% нижче, ніж у їхніх європейських однолітків, вразили американську громадськість. При цьому фізична підготовка учнів державних навчальних закладів, які майже не мали спортивних споруд, значно відставала від показників учнів приватних навчальних закладів. Це зажадало серйозної уваги до сфери фізичної культури і допомоги з боку держави і суспільства. Йшлося, насамперед, про шкільне фізичне виховання, професійну підготовку кадрів, проведення науково-дослідної роботи, а також координацію роботи рекреаційних органів [1].

Президент США Д. Ейзенхауер скликав в 1956 р. спеціальну Конференцію з фізичної підготовки, на якій було вирішено уніфікувати по всій країні норми фізичної підготовки школярів (проголошувалося гасло: «На велосипеді до фізичного загартування»). При Президентові країни була створена в якості дорадчого органу комісія з досліджень у галузі фізичної підготовки. Наприкінці 1960-х років рекреаційні організації були прийняті в Національний союз з фізвиховання. Конгрес США прийняв постанови, які зобов'язали уряди штатів більше уваги і коштів приділяти шкільному фізичному вихованню. У 1971 р. президент Р. Ніксон перетворив комісію з досліджень у галузі фізичної підготовки у федеральний дорадчий і наглядовий орган при президентові країни. Її очолив льотчик-астронавт Дж. Лоуелл, до складу увійшли також відомі тренери та спортсмени. Одночасно були підвищені спортивні стипендії у вузах, надані податкові пільги підприємствам, які будували спортивні стадіони, майданчики та інші рекреаційні споруди. У 1984 р. в США з ініціативи Президентської Ради відбувся загальнонаціональний тиждень перевірки рівня фізичної підготовленості жителів, у програму якого увійшли змагання зі спортивної ходьби, плавання, бігу, у вправах на гнучкість і т.д. Учасники, які показали кращі результати, були нагороджені почесними грамотами за підписом голови Ради Дж. Аллена [2].

Визначальну роль у розвитку фізичної культури і спорту відіграють громадські організації оздоровчої та фізкультурно-спортивної спрямованості. Серед таких, зокрема, Американський союз охорони здоров'я,

фізичної культури, відпочинку і танцю, що поєднує 5 національних асоціацій: національну асоціацію танців, Американську асоціацію фізичної активності та рекреації, національну асоціацію спорту та фізичного виховання, національну асоціацію для дівчат та жінок у спорті. Основна діяльнісна спрямованість – популяризація різнопланової рухової діяльності, мотивація, досягнення та підтримка достатньої фізичної форми, залучення населення до активного способу життя; розробка та розповсюдження професійних стандартів, вимог, настанов та кодексів [3].

Американське суспільство прийшло до потреби науково обґрунтованого регулювання мінімальної рухової активності, що і було законодавчо закріплено державою. Законодавча влада у США за останні роки активно розглядає питання щодо законодавчого регулювання у сфері збереження здоров'я населення та фізичного виховання.

Конгресом США протягом 2011 р. було прийнято ряд законопроектів фізкультурно–оздоровчої спрямованості, представлені як Палатою представників, так і Сенатом:

- 20 січня 2011 р. були внесені поправки до «Податкового кодексу» (H.R.369) щодо дозволу класифікації певного спортивного обладнання та плати за фітнес–програми як витрат виділених на медичну сферу відповідно до програм із заощадження коштів (Flexible Spending Account, FSA та Health Savings Account, HSA);

- 25 лютого 2011 р. внесені поправки (H.R.422) до Закону про початкову та середню освіту від 1965 р. (Elementary and Secondary Education Act) щодо відповідності шкільних програм із фізичного виховання новим вимогам. Освітні установи, що отримують державне фінансування забезпечення, повинні дотримуватися наступних вимог: 150 хвилин фізичного виховання на тиждень для учнів початкової школи; 225 хвилин – для учнів середньої та старшої школи; фізичного виховання дітей із вадами у межах, прийнятних для їхніх індивідуальних освітніх програм;

- 25 лютого 2011 р. були підтримані завдання та ідеали програми «Хокей для кожного» (*Hockey is For Everyone, H.RES.68*), щодо посилення ролі юнацького хокею у боротьбі з ожирінням дітей, дитячим насильством та освітніми проблемами; включає розвиток за рахунок підтримки некомерційних хокейних клубів; використання хокею як реабілітаційного засобу для поранених ветеранів та дітей із вадами;

- 23 березня від 2011 р. прийнятий Закон про оживлення міст та створення прийнятних для життя умов (H.R.709), надає гранти на відновлення та спорудження місць та установ для рекреації, розвиток та вдосконалення рекреаційних програм у містах. Закон передбачає покращення місць і установ для рекреації, розширення спектру рекреаційних послуг у містах із високим рівнем злочинності, розширення можливостей для рекреації підростаючого покоління;

- 4 квітня 2011 р. прийнято фітнес інтегрований у Закон «Жодна дитина не забута» (*No Child Left Behind*) (H.R.1057/S576), у якому

передбачено: підвищення рухової діяльності дітей упродовж їхнього перебування у школі із вимогою від усіх шкіл, освітніх округів та штатів звітувати про якість та кількість фізичного виховання, внесення поправок до існуючих навчальних програм щодо інтеграції фізичного виховання і рухової діяльності протягом усього часу перебування у школі, підтримка професійного розвитку та вдосконалення вчителів фізичного виховання, які допомагають дітям вести здоровий спосіб життя, моніторинг впливу рухової активності на успіхи учнів у навчанні та способи збільшення частки рухової діяльності протягом дня [4].

Палатою представників були розглянуті «Закон про заощадження і доступність здоров'я», «Закон про оживлення міст та створення прийнятних для життя умов», «Закон про общинні школи із повним обслуговуванням», були внесені поправки до «Закону про початкову та середню освіту» від 1965 р. щодо відповідності шкільних програм із фізичного виховання мінімальним вимогам із фізичного виховання.

Конгресом США 5 березня 2013 р. прийнято «Закон про інвестиції в персональне здоров'я» (*H. R. 956*), у якому вносяться поправки до Податкового кодексу щодо дозволу вираховування витрати на заняття у спортивних і фітнес-центрах та спортивне обладнання у розмірі до 1000 доларів на особу (2000 доларів на одружену пару) як плату за медичну страховку.

24 березня 2013 р. Конгресом США прийнято «Закон про запровадження «Програми рухової активності для американців»» (*Physical Activity Guidelines for Americans*), у якому зазначається, що такі програми друкуватимуться кожні 10 років; будуть наведені сучасні наукові та медичні підходи до засад рухової діяльності; наведено керівні принципи та кращі методичні підходи до організації рухової діяльності.

Конгрес США вніс поправки до Закону про початкову та середню освіту (*H.R.1090*) щодо надання дозволу міністерству освіти надавати гранти різноманітними установами задля допомоги державним початковим та середнім школам проводити діяльність у якості установ із повним обслуговуванням. Це сприятиме наданню координованих послуг у галузі освіти, здоров'я та ін. Законопроект містить пункт «розвивальне фізичне виховання» у якості однієї із представлених послуг.

Федеральний уряд Сполучених Штатів Америки, діючи в інтересах своїх громадян, визнає людину, її життя та здоров'я найвищими соціальними цінностями держави. З проблемами, пов'язаними із покращенням здоров'я і якості життя на основі щоденної фізичної активності в адміністрації президента Сполучених Штатів Америки займається ряд департаментів: Рада президента з питань фітнесу, спорту та харчування; Центр з контролю і профілактики захворювань; Департамент охорони здоров'я та соціальних служб; Центр медичної допомоги та медичного обслуговування; Відділ хвороб серця і профілактики інсульту; Відділ підлітків та охорони здоров'я школярів; Відділ громадського здоров'я; Відділ здоров'я населення; Бюро здоров'я матері і дитини; Управління з попередження захворювань і

зміцнення здоров'я; Управління здоров'я національних меншин; Канцелярія помічника секретаря з охорони здоров'я; Управління першої леді; Управління охорони здоров'я.

За участі й підтримки цих департаментів і управлінь на даний момент у США розроблено та впроваджено наступні програми у сфері збереження здоров'я, рухової активності, спорту:

- «Основні напрями фізичної активності для американців» – це надання науково обґрунтованих рекомендацій та керівних принципів щодо рухової активності та висвітлення позитивного профілактичного впливу регулярної рухової активності. Основною ідеєю є те, що регулярна фізична активність протягом декількох місяців, років призводить до довгострокових переваг для здоров'я типи та обсяги фізичної активності описані у «Основних напрямках фізичної активності для американців» для різних вікових груп висвітлені наступним чином: діти та підлітки (6–17 років) повинні отримувати 60 або більше хвилин фізичної активності в день. Принаймні три дні на тиждень більшість з цього часу мають бути вправи аеробного характеру помірної або високої інтенсивності. Принаймні три дні на тиждень, в рамках цих 60 (або більше) хвилин щоденної фізичної активності дітей і підлітків, повинні бути включені силові навантаження; дорослі (18–64 років) повинні отримувати принаймні дві з половиною години (30 хвилин на день) аеробної активності помірної інтенсивності щотижня. Щонайменше два дні на тиждень дорослі також повинні виконувати силові навантаження [5];

- «Основи здорового харчування для американців» відображають наявні тенденції і принципи здорового харчування, дієтології та медицини. Ці рекомендації допомагають американцям робити здоровий вибір продуктів харчування і напоїв та служать в якості основи для життєвих стратегій і програм в сфері харчування на всій території Сполучених Штатів розроблені, щоб допомогти людям вибрати здорове харчування і дієту, та окреслюють 3 основні принципи рекомендовані американцям: баланс калорій з фізичною активністю, щоб керувати вагою; споживати більше таких продуктів, як фрукти, овочі, цільні зерна, знежирені і нежирні молочні продукти, морепродукти; споживати менше продуктів з натрієм (солі), насичених жирів, транс-жирів, холестерину, цукру, очищеного зерна [6];

- «План дій в галузі суспільної охорони здоров'я з метою попередження серцевих захворювань та інсульту» забезпечує основи охорони здоров'я громадян, визначає дії при хворобах серця і спрямований на профілактику інсульту. План дій визнає, що хворобам серця, інсультам та супутнім факторам ризику, в тому числі високому артеріальному тиску та ожирінню можна запобігти. План дій передбачає конкретні рекомендації та практичні кроки для забезпечення здоров'я людей [7];

- «Здорове суспільство» – дана програма зосереджена на профілактиці хронічних захворювань. Програма допомагає збільшити кількість громад та зацікавлених сторін щодо розробки і просування стратегії, які допоможуть

людям обрати здоровий спосіб життя. Завдяки цій програмі фінансуються 331 громада і 52 державні та територіальні управління охорони здоров'я [8];

- Ініціатива «*Давайте рухатись!*» присвячена вирішенню проблеми ожиріння в дитячому віці. Основними складовими є: навчання батьків та заохочення суспільства щодо підтримки здорового способу життя; споживання корисної їжі у школах; залучення до фізичної активності дітей. Вклад у боротьбу з дитячим ожирінням повинно вносити все суспільство, у тому числі й батьки, чиновники на різних рівнях влади, працівники галузі освіти, медицини, громадські організації та ін. [9];

- Ініціатива «*Мільйон сердець*» – це рекомендаційна система здорового способу життя в цілому та основа клінічної профілактики серцево–судинних захворювань. поширенню освітніх програм з профілактики серцево–судинних захворювань; використанню інформаційних технологій в стандартизації та покращенні надання медичної допомоги; контролю артеріального тиску; підтриманню оптимального рівня холестерину; відмові від куріння; використанню відповідної терапії. Головне завдання ініціативи полягає у тому, щоб запобігти одному мільйону інфарктів та інсультів до 2017 р. [10];

- «Національна ініціатива щодо покращення здоров'я підлітків» (*National Initiative to Improve Adolescent Health*) «Національна ініціатива покращення здоров'я підлітків» (*National Initiative to Improve Adolescent Health*) є результатом спільних зусиль для покращення здоров'я та благополуччя підлітків і молодих людей у віці 10–24 років. Національна ініціатива зосереджена на розширенні доступу до якісної охорони здоров'я та освіти. Основною метою Національної ініціативи є: покращення благополуччя підлітків, молодих дорослих та членів їх сімей; розширення доступу до якісної охорони здоров'я, у тому числі загального стану здоров'я, гігієни порожнини рота, психічного здоров'я; профілактика зловживання психотропними речовинами та лікуванням; покращення показників здоров'я у підлітків та молодих людей; ліквідація розривів у галузі охорони здоров'я, добробуту серед підлітків і молодих дорослих [11];

- «*Національна стратегія запобігання*» спрямовує націю використовувати найбільш ефективних і дійових засобів для поліпшення здоров'я і благополуччя особи і збільшення числа американців, які є здоровими протягом усіх етапів життя. Стратегія визначає наступні сім пріоритетів: відмова від тютюнопаління, запобігання зловживанню наркотиків та надмірного вживання алкоголю, здорове харчування, активний спосіб життя, життя вільне від травм і насильства, репродуктивне та сексуальне здоров'я, психічне і емоційне благополуччя [12].

Таким чином, нами досліджено, що здоров'язбереження в США є сферою серйозної уваги як з боку держави, так і з боку суспільства. В американському суспільстві введено науково обґрунтоване регулювання мінімальної рухової активності, збереження здоров'я законодавчо закріплено державою у ряді програм. Федеральний уряд Сполучених Штатів Америки, діючи в інтересах своїх громадян, визнає людину, її життя та здоров'я

найвищими соціальними цінностями держави. Проблеми, пов'язані із здоров'язбереженням в адміністрації президента Сполучених Штатів Америки вирішують декілька департаментів. Вагому роль у пропаганді та розвитку здоров'язбереження відіграють громадські організації оздоровчої та фізкультурно–спортивної спрямованості.

Список використаних джерел

1. Мединський С.В. Концептуальні ідеї розвитку фізичного виховання у Сполучених Штатах Америки // Міжнародні читання пам'яті професора Богдана Шияна: зб. наук. пр. – Тернопіль, 2014. – С. 136–140.
2. President's Council on Fitness, Sports & Nutrition. Our History [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.fitness.gov/about-pcfsn/our-history/>.
3. Мединський С.В. Діяльність американського Альянсу здоров'я, фізкультурної освіти, рекреації і танців крізь призму часу. / С. В. Мединський // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. / гол. ред. А.В. Цьось. – Луцьк: Волинський національний ун-т імені Лесі Українки, 2012. – № 3 (19). – С. 35–38.
4. Physical Activity Legislation in the 112th United States Congress (Updated June 28, 2011) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ncppa.org/static/assets/Physical_Activity_Legislation-112th_Congress_Updated_6-28-11.pdf.
5. Physical Activity Guidelines for Americans [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.fitness.gov/be-active/physical-activity-guidelines-for-americans/>.
6. 2010 Dietary Guidelines [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.gov/dietaryguidelines/2010/>.
7. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cdc.gov/dhdsp/action_plan/.
8. Healthy Communities Program (2008–2012) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/>.
9. Learn The Facts [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.letsmove.gov/learn-facts/epidemic-childhood-obesity>
10. Million Hearts Campaign [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://millionhearts.hhs.gov/index.html>.
11. National Initiative to Improve Adolescent Health (NIAH) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.amchp.org/programsandtopics/AdolescentHealth/Partners/Pages/NIAH.aspx>.
12. National Prevention Strategy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/#The%20Priorities>.

НАУКОВІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ НАЙПОШИРЕНІШИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУЧАСНОСТІ

(Мелега К. П.)

На сьогоднішній день у більшості країн світу спостерігається значне поширення неінфекційних захворювань (НІЗ). Глобальний тягар і загроза НІЗ становлять найбільшу небезпеку громадській охороні здоров'я й підривають соціальний і економічний розвиток в усьому світі [8]. Глобальний тягар хвороб – це об'єднаний показник втрат від передчасної смерті й втрат активного життя через хворобу та інвалідність. НІЗ – найпоширеніша причина смерті у світі: щороку від НІЗ помирає 40 мільйонів чоловік, що становить 70% усіх випадків смерті у світі. У структурі смертності від НІЗ

найбільша частка припадає на серцево–судинні захворювання, від яких щороку помирає 17,7 мільйонів людей. Наступними є ракові захворювання (8,8 млн. випадків), респіраторні захворювання (3,9 млн. випадків) і діабет (1,6 млн. випадків) [10]. За прогнозами експертів, при збереженні нинішніх тенденцій до 2030 р. епідемія НІЗ буде щорічно забирати 52 мільйони людських життів.

Доктор Маргарет Чен, Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), виступаючи на Всесвітньому саміті з охорони здоров'я (Берлін, Німеччина, 11 жовтня 2015 р.) наголосила, що з початку 21 століття нові загрози здоров'ю людей набирають силу [1]. Поліпшення санітарно–гігієнічних умов і умов життя людей, що розпочалося в 19 столітті, привело до колосального підвищення рівня здоров'я й тривалості життя. Ці поліпшення дозволили успішно боротися з інфекційними захворюваннями й повністю позбавити сучасне суспільство від деяких, колись широко розповсюджених смертельних хвороб. Сьогодні все змінилося. Поліпшення умов життя більше не супроводжується відступом хвороб; навпроти, соціально–економічний прогрес створює сприятливі умови для поширення НІЗ. Економічний ріст, модернізація й урбанізація широко розгорнули двері для повсюдного поширення нездорового способу життя. В усьому світі на здоров'я людей впливають подібні потужні чинники, такі як старіння населення, швидка урбанізація, глобальна торгівля продуктами, шкідливими для здоров'я. Під тиском цих сил хронічні НІЗ за показниками смертності випередили інфекційні захворювання. Така метаморфоза в тягарі захворюваності несе із собою цілий ряд серйозних наслідків і ставить під питання звичне поняття соціально–економічного прогресу [1; 6–8].

Неінфекційні захворювання – це хронічні захворювання, які не передаються від людини до людини; як правило, вони повільно прогресують. До основних типів НІЗ належать: серцево–судинні захворювання (такі, як інфаркт і інсульт), ракові захворювання, хронічні респіраторні захворювання (такі, як хронічна обструктивна хвороба легень і астма) та діабет. НІЗ поширені у всіх вікових групах і всіх регіонах. Проте 17 мільйонів людей, які помирають від НІЗ, входять до складу вікової групи до 70 років. 87% випадків передчасної смерті від НІЗ відбувається в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [10]. Зниження тягаря НІЗ у загальносвітовому масштабі є головним пріоритетом і необхідною умовою для сталого розвитку [2; 8].

У 2013 році Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я був прийнятий «Глобальний план дій ВООЗ по профілактиці НІЗ і боротьбі з ними на 2013–2020 рр.» (відомий як Глобальний план дій по НІЗ), що включає дев'ять добровільних глобальних цілей і глобальну систему моніторингу [7; 8]. Вони спрямовані на скорочення шкідливого вживання алкоголю, поширеності недостатньої ФА, споживання солі/натрію, вживання тютюну й поширеності підвищеного АТ, а також на припинення збільшення кількості випадків діабету й ожиріння, збільшення зусиль по профілактиці інфарктів і інсультів та забезпечення доступу до основних медичних технологій і лікарських

засобів. На сьогоднішній день більшість країн світу, у т.ч. й Україна, приєднались до цього Глобального плану дій по профілактиці НІЗ.

Як відомо, профілактика – комплекс заходів, спрямованих на збереження й зміцнення здоров'я, які включають формування здорового способу життя, попередження виникнення і/або поширення захворювань, їх раннє виявлення, встановлення причин і умов їх виникнення й розвитку, а також спрямованих на усунення шкідливого впливу на здоров'я людини факторів середовища її проживання. Розрізняють наступні види профілактики: 1) первинна – спрямована на запобігання розвитку захворювань у здорових осіб; 2) вторинна – проводиться у осіб, які мають фактори ризику, з метою запобігання розвитку певної хвороби, а також у пацієнтів, що мають початкові стадії хронічних захворювань; 3) третинна – призначається для пацієнтів із хронічними захворюваннями. У стадії ремісії проводиться з метою зменшення кількості рецидивів, їх тривалості, важкості, уповільнення термінів прогресування захворювання, а в стадії загострення – з метою якнайшвидше відновлення пацієнта та соціальної адаптації. Іноді виділяють четвертинну профілактику, розуміючи під нею медико–соціальну реабілітацію й виключення соціальної ізоляції пацієнта [9, с. 22].

Ефективна профілактика захворювань насамперед базується на виявленні та усуненні факторів ризику. ВООЗ визначає фактор ризику як «певну властивість або особливість людини або який–небудь вплив на неї, що підвищує імовірність розвитку хвороби або травми» [2]. Виділення факторів ризику особливо важливе для побудови програм профілактики хронічних НІЗ. Найчастіше фактори ризику поділяють на: такі, що коригуються або модифікуються (модифіковані), вплив на які можливий в результаті проведення тих або інших профілактичних програм – куріння, зловживання алкоголем, підвищення артеріального тиску (АТ), хронічний стрес, надлишкова маса тіла, підвищення рівня холестерину у крові, знижена рухова активність, професійні шкідливості; такі, що не коригуються або не модифікуються (не модифіковані), вплинути на які неможливо – стать, вік, обтяжена спадковість [9, с. 63].

Установлено, що усі найпоширеніші НІЗ пов'язані із чотирма поведінковими факторами ризику: вживанням тютюну, нездоровим режимом харчування, недостатнім рівнем фізичної активності (ФА) та шкідливим вживанням алкоголю [7; 10]. Як показують результати міжнародних досліджень, профілактика захворювань і зміцнення здоров'я, ефективні тільки тоді, коли здійснюються як медичними, так і немедичними методами [9, с. 60–61]. На державному рівні повноцінні програми зміцнення здоров'я реалізуються в Канаді, Фінляндії, Португалії, Великобританії, Німеччині, Литві й ряді інших країн. У нашій країні розпочата розробка й реалізація подібних програм. Можна виділити чотири основні напрямки діяльності щодо профілактики НІЗ та зміцнення здоров'я: 1) оптимізація фізичної активності, 2) оптимізація харчування, 3) обмеження куріння тютюну, 4) обмеження шкідливого вживання алкоголю.

1. *Оптимізація фізичної активності.* Глобальний план дій по НІЗ передбачає відносне скорочення поширеності недостатньої фізичної активності (ФА) на 10% [7]. Недостатня ФА за даними ВООЗ вважається четвертим з найважливіших факторів ризику, визнаних причинами смерті в глобальному масштабі (на її частку припадає 6% від загальної кількості випадків смерті у світі). За оцінками, фізична інертність є основною причиною близько 21–25% випадків захворювань на рак молочної залози й товстої кишки, 27% випадків захворювання на діабет і близько 30% випадків захворювання на ішемічну хворобу серця (ІХС) [4; 6]. Натомість регулярна ФА з використанням великих м'язових груп, наприклад ходьба, біг або плавання, поліпшують серцево–судинну адаптацію, підвищують толерантність до фізичного навантаження, витривалість і м'язову силу [13]. ФА – це один із ключових факторів у боротьбі із сучасною епідемією надлишкової маси тіла й ожиріння. Дорослі, які не займаються ФА в достатній мірі, мають більш високий ризик смертності від будь–яких причин у порівнянні з тими, хто щонайменше 150 хвилин у тиждень (або еквівалентний період) приділяють ФА помірної інтенсивності відповідно до рекомендацій ВООЗ. Регулярна ФА знижує ризик розвитку ІХС, інсульту, діабету, раку молочної залози й товстої кишки [4; 9, с. 60]. «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я», опубліковані ВООЗ у 2010 р., сфокусовані на первинну профілактику НІЗ за допомогою ФА. З метою зміцнення ССС, скелетно–м'язових тканин і зниження ризику НІЗ рекомендовані належні рівні ФА для трьох вікових груп [4]: 1) діти й підлітки у віці 5–17 років: повинні приділяти ФА від помірної до високої інтенсивності не менше 60 хв. у день; ФА тривалістю більше 60 хв. у день принесе додаткову користь для їхнього здоров'я; ФА, спрямованою на розвиток скелетно–м'язової системи, слід займатися, як мінімум, три рази в тиждень; 2) дорослі люди у віці 18–64 років: повинні приділяти ФА помірної інтенсивності не менше 150 хв. у тиждень або ФА високої інтенсивності не менше 75 хв. у тиждень, або приділяти час аналогічній за навантаженням комбінації ФА середньої та високої інтенсивності; для того, щоб заняття приносили додаткову користь для здоров'я, слід збільшити час ФА середньої інтенсивності до 300 хв. у тиждень або іншим способом досягти аналогічного рівня навантаження; силові вправи, у яких задіяні основні групи м'язів, слід виконувати два рази в тиждень або частіше; 3) дорослі у віці 65 років і більше: повинні приділяти ФА не менше 150 – 300 хв. у тиждень аналогічно до попередньої вікової групи; особи з обмеженою рухливістю повинні займатися ФА, спрямованою на поліпшення рівноваги й запобігання ризику падінь, три рази в тиждень або частіше; силові вправи, у яких задіяні основні групи м'язів, слід виконувати два рази в тиждень або частіше.

Кілька розвинених країн досягли поліпшення показників ФА за останнє десятиліття в результаті здійснення національних стратегій і програм, спрямованих на підвищення ФА [9, с. 60]. Відповідно до прийнятого Розпорядження Кабінету Міністрів України № 653–р від 8 вересня 2016 р. [11] до кінця 2017 р. у нашій країні має відбутись розробка та затвердження

рекомендацій щодо оздоровчої рухової активності. Цей документ міститиме конкретні вказівки стосовно обсягів, інтенсивності, форм і видів рухової активності для зміцнення здоров'я осіб різної статі та віку (від народження до 5 років; від 6 до 11 років; від 12 до 18 років; від 19 до 64 років; 65 років і старших). Заплановано формування інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд, що мають бути легко доступні для різних верств населення. Слід працювати над формуванням ціннісного ставлення дітей та молоді до власного здоров'я, покращення фізичного розвитку та фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності [11].

2. *Оптимізація харчування*, яке має задовольняти не тільки енергетичні, але й пластичні потреби організму, включаючи адекватне надходження вітамінів, макро– і мікроелементів, харчових волокон. Новітні рекомендації щодо здорового харчування відображено у Інформаційному бюлетені ВООЗ № 394 (вересень 2015 р.) [3]. Зазначено, що здорове харчування допомагає уникнути проблеми неповноцінного харчування у всіх його формах, а також запобігти НІЗ сучасності, включаючи діабет, хвороби серця, порушення мозкового кровообігу й рак. Практика здорового харчування починається на ранніх стадіях життя – грудне вигодовування сприяє здоровому росту, поліпшує когнітивний розвиток і може забезпечити користь для здоров'я в тривалій перспективі, наприклад, знизити ризик появи надлишкової ваги й ожиріння й розвитку НІЗ пізніше в житті.

У бюлетені ВООЗ наголошено на тому, що енергія (у калоріях), яка надходить в організм з їжею, має бути врівноважена з енергією, що витрачається. Сумарне споживання жирів не повинно забезпечувати більше 30% від усієї спожитої енергії, щоб уникнути нездорового набору маси тіла, і має супроводжуватися переходом з насичених жирів на ненасичені, й усуненням з раціону промислових транс–жирів. Для здоров'я корисно вживати щонайменше 400 г (5 порцій) фруктів і овочів у день [3].

Одним із проявів здорового харчування є обмеження надходження в організм вільних цукрів до менше, ніж 10% сумарної енергії, що еквівалентно 50 г (або приблизно 12 ч. л. без верху) для людини зі здоровою масою тіла, що споживає приблизно 2000 калорій у день. Для одержання додаткового оздоровчого ефекту рекомендується знизити цей показник ще більше – до менше, ніж 5% від сумарної енергії [3, 12]. У «Керівництві ВООЗ по вживанню цукрів дорослими і дітьми» [12] відмічено, що вільні цукри включають моносахариди і дисахариди, які додаються в харчові продукти й напої виробником, кухарем або споживачем, і цукри, які від природи присутні в меді, сиропі, фруктових соках і концентратах фруктових соків.

Високе споживання солі (у середньому 10 г в день) й недостатнє надходження в організм калію (менше 3,5 г) сприяють високому кров'яному тиску, який у свою чергу підвищує ризик хвороби серця й інсульту [3]. ВООЗ рекомендує скоротити споживання солі до менше 5 г у день (2 г натрію в день), що сприяє запобіганню гіпертензії й знижує ризик хвороби серця й інсульту у дорослих. Держави–члени ВООЗ у Глобальному плані дій по НІЗ домовилися про те, щоб скоротити вживання солі на 30% [7].

Оскільки людина вільна у виборі їжі, то в багатьох країнах світу проводяться рекламні й просвітницькі кампанії, спрямовані на мотивацію населення до вибору здорового харчування. У європейських країнах обговорюється питання введення акцизів (додаткових податкових зборів) на нездорові продукти харчування (з високим вмістом жиру, солі та цукру). Необхідно активно реалізувати програми підвищення поінформованості населення з питань харчування та фізичної активності.

3. *Обмеження куріння тютюну.* Глобальний план дій передбачає відносне скорочення на 30% показника поширеності вживання тютюну серед осіб у віці від 15 років [7]. В усьому світі куріння викликає близько 71% випадків раку легень, 42% випадків хронічних респіраторних захворювань і майже 10% випадків захворювань ССС [6]. Від наслідків вживання тютюну щорічно помирає 7,2 млн. чоловік (в т. ч. від наслідків впливу пасивного куріння), і за прогнозами в наступні роки ця цифра помітно виросте [10]. Присутність тютюнового диму в навколишньому середовищі й куріння під час вагітності також заподіюють шкоду здоров'ю інших людей. Кількість курців росте в багатьох країнах з низьким і середнім рівнем доходу, у той час як у більшості країн з високим рівнем доходу неухильно, хоча й повільно, скорочується [6–8; 15].

У боротьбі проти тютюну у світовому масштабі за останні роки вдалося домогтися помітного прогресу: виросла як кількість країн, які захищають своє населення від тютюну, так і кількість людей по всьому світу, охоплених ефективними заходами боротьби проти тютюну [7; 8; 14]. Наша країна також втілює у життя стратегію, яка передбачає суворі заходи по обмеженню куріння тютюну.

4. *Скорочення шкідливого споживання алкоголю* щонайменше на 10% відповідно до Глобального плану дій по НІЗ [7]. Шкідливе вживання алкоголю є третім провідним фактором ризику, що викликає передчасні випадки смерті та інвалідності у світі. За оцінками, у 2004 р. в усьому світі від причин, пов'язаних із уживанням алкоголю, померли 2,5 мільйони людей, у тому числі 320 000 молодих людей у віці від 15 до 29 років [5]. Алкоголь сприяє розвитку більше, ніж 60 видів хвороб і травм, хоча він може також зменшити ризик розвитку ІХС, інсульту й діабету. Проте, навіть у країнах з високим рівнем доходу, незважаючи на сприятливий чистий вплив алкоголю на профілактику серцево–судинних захворювань, загальний вплив алкоголю на тягар хвороб залишається негативним. Крім безпосередньої втрати здоров'я внаслідок алкогольної залежності, алкоголь є причиною близько 20% випадків смерті в результаті дорожньо–транспортних пригод, 30% смертей від раку стравоходу, раку печінки, епілепсії й убивств, а також 50% смертей у результаті цирозу печінки [6].

Існують достатньо ефективні методи регулювання, що сприяють зниженню шкідливого вживання алкоголю. Після прийняття Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 2010 р. «Глобальної стратегії скорочення шкідливого вживання алкоголю» [5] у справі боротьби зі шкідливим уживанням алкоголю був досягнутий певний прогрес. Росте низка країн, в

тому числі й Україна, які розробили або переглянули національну політику й плани дій відносно вживання алкоголю.

Отже, на сьогоднішній день НІЗ є однією з основних проблем в галузі охорони здоров'я 21 століття як з огляду заподіюваних ними людських страждань, так і з огляду їх негативного впливу на соціально-економічну структуру країн, особливо країн з низьким і середнім рівнями доходу. За відсутності проведення ефективних профілактичних заходів наслідки НІЗ для людей, суспільства й економіки будуть продовжувати збільшуватися. Профілактика, спрямована на запобігання дії факторів ризику та дотримання основних засад здорового способу життя, а саме, оптимізацію фізичної активності та харчування, обмеження куріння тютюну та шкідливого вживання алкоголю, є найбільш ефективною в плані зменшення ризику НІЗ та зміцнення здоров'я.

Список використаних джерел

1. Вступительная речь на Всемирном саммите по здравоохранению. Д-р Маргарет Чен, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения. Всемирный саммит по здравоохранению, Берлин, Германия 11 октября 2015 г. Генеральный директор // Всемирная организация здравоохранения / URL: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/world-health-summit/ru/> (дата звернення: 20.06.2017).
2. Факторы риска. Вопросы здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения / URL: http://www.who.int/topics/risk_factors/ru/ (дата звернення: 20.06.2017).
3. Здоровое питание. Информационный бюллетень №394, Сентябрь 2015 г. Центр СМИ // Всемирная организация здравоохранения / URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru/> (дата звернення: 20.06.2017).
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. – Женева: ВОЗ, 2010.
5. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. – Женева: ВОЗ, 2010.
6. Глобальные факторы риска для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. – Женева: ВОЗ, 2015.
7. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. – Женева: ВОЗ, 2014.
8. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность». – Женева: ВОЗ, 2014.
9. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Под ред. Ющука Н.Д., Маева И.В., Гуревича К.Г. – М.: Изд-во «Перо», 2012. – 659 с.
10. Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень, Апрель 2017 г. Центр СМИ // Всемирная организация здравоохранения / URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> (дата звернення: 20.06.2017).
11. Про затвердження плану заходів на 2017 рік щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Розпорядження Кабінету Міністрів № 653-р від 8 вересня 2016 р. // Кабінет міністрів України / URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/653-2016-%D1%80> (дата звернення: 20.06.2017).
12. Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми. Резюме. – Женева: ВОЗ, 2015.
13. Eckel R.H. Preventive Cardiology by Lifestyle Intervention: Opportunity and/or Challenge? Circulation. – 2006. – V. 113. – P. 2657–2661.
14. WHO report on the global tobacco epidemic. – Geneva: World Health Organization, 2008.

КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ – ВИКЛИК ЧАСУ

(Молчко О.Ю.)

Серцево–судинні захворювання (ССЗ), незважаючи на прогрес медичної науки, займають провідне місце в структурі захворюваності й смертності в Україні та світі, продовжують охоплювати все ширші, молодші верстви населення. Це основна причина смертності пацієнтів середнього і похилого віку в багатьох країнах [17]. У 2015 р. кількість дорослих з ССЗ в нашій країні склала 22381985 осіб, тобто 52,5% всього населення, із них в працездатному віці – 36,9%. Найбільш поширені серед осіб працездатного віку гіпертонічна хвороба (ГХ) 44,1% та ішемічна хвороба серця (ІХС) 30,1%. Поширеність і захворюваність на ССЗ стрімко зростає у пенсійному віці – 50,5% і 18,4%, відповідно, в якому значна питома вага ІХС (39,4% і 29,9%) та ГХ (27,0% і 18,3%) [19].

ССЗ призводять не лише до тривалих періодів тимчасової непрацездатності, а й до високого рівня інвалідності та значною мірою впливають на збільшення витрат на охорону здоров'я, особливо за умов невинного постаріння населення. Кардіологічна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26%. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок ССЗ близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [8].

Щорічні втрати, за даними ВООЗ, складають понад 17,5 млн людських життів. За тривалістю життя Україна нині займає передостаннє місце серед країн Європи, випереджуючи лише Росію. Сьогодні середня тривалість життя українців знаходиться на рівні 71,37 року. Станом на 2010 р. відставання від провідних європейських країн на 8–9 років у жінок та на 12–13 років у чоловіків [14].

ССЗ у світі є основною причиною смертності – 30%. Найбільший внесок у смертність від ССЗ має ІХС – 68,9%. У країнах Європи ІХС – одна з основних причин смертності (біля 2 млн випадків на рік). Серед окремих хвороб найбільше зростання смертності зафіксовано від ІХС – на 27,0% (за період 1995–2003 рр.), ГХ, цереброваскулярних ускладнень, серцевої недостатності [14].

Лікування серцево–судинної патології дороговартісне та включає, поряд з медикаментозним, малоінвазивні або оперативні методики (для лікування гострих форм ІХС). Незважаючи на це, в багатьох випадках не вдається досягти довготривалого позитивного ефекту через економічні витрати на лікування, наявність серйозних побічних дій та ускладнень від прийому фармакологічних середників, необхідність позитивної терапії, а тому, відповідно, низький комплаєнс пацієнтів. Крім того, через відсутність корекції психологічних реакцій хворих на свій стан і перебіг хвороби [7]. Розвиток ССЗ тісно пов'язаний зі способом життя хворого. Аналіз останніх досліджень свідчить про наявність великої кількості факторів ризику, що сприяють розвитку ССЗ. Серед них найвагоміші – надлишкова вага, гіперхолестеринемія, гіподинамія, шкідливі звички, ГХ, гіперглікемія, стрес,

спадковість та ін. [8]. Отже, лікування ССЗ повинно бути комплексним, щоб забезпечити довготривалий позитивний ефект, збільшення виживання, покращання якості життя кардіологічних пацієнтів.

Стан проблеми вимагає багатофакторного підходу, цілого спектру лікувальних впливів. І серед них особливо актуальним є питання широкого використання кардіореабілітації, як невід'ємної частини вторинної профілактики ССЗ у поєднанні з традиційним лікуванням, а також, і первинної профілактики. Про недостатні поінформованість і застосування лікарями–кардіологами терапевтичного ефекту через зміни в способі життя

Кардіореабілітація – міждисциплінарна галузь медицини, в якій працюють кардіологи, терапевти, психотерапевти, дієтологи, лікарі лікувальної фізичної культури (ЛФК), сімейні лікарі, середні медичні працівники, які пройшли спеціальну підготовку [1; 2].

Наріжними аспектами кардіореабілітації є [2]: навчальне консультування пацієнтів, медикаментозна терапія, лікувальна фізична культура (ЛФК), дієтотерапія, психосоціальна реабілітація, усунення шкідливих звичок.

Лише лікар–кардіолог призначає хворому вид і об'єм кардіореабілітації, в залежності від медикаментозного і/або хірургічного лікування, загального стану й віку хворго, перебігу захворювання, наявності супутньої патології чи ускладнень, функціональних можливостей та фізичної адаптованості організму, визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, послідовність їх використання, залучає до цього процесу відповідних фахівців, координує колективні дії. Одне з провідних місць у комплексі відновного кардіологічного лікування займає фахівець з фізичної реабілітації, що закінчив вищий навчальний заклад з фізичної культури і спорту. Виконуючи призначення лікаря–кардіолога, він підбирає засоби і форми ЛФК, розробляє методику застосування фізичних вправ на ранніх етапах лікування, окреслює і контролює програму подальшого функціонального відновлення дієздатності хворого, виявляє і розширює резервні можливості організму, тренує і готує до фізичних навантажень на роботі й в побуті, повертає до активного життя в соціумі [13; 18].

Дуже мало кардіологів мають досвід проведення кардіореабілітаційних заходів, оскільки цей вид лікування недостатньо висвітлений в навчальному матеріалі у вищих медичних закладах та на курсах вузької спеціалізації. Як лікарі, так і хворі на ССЗ захворювання, повинні володіти інформацією щодо лікувальних можливостей та довгострокової користі кардіореабілітаційних програм, обов'язкового їх виконання на рівні з медикаментозною терапією. Проте, пацієнти потребують не лише підтримки та керівництва лікуючого лікаря, а й доступну інфраструктуру, яка сприятиме стійкості змін їх способу життя.

У багатьох країнах обмежені ресурси для проведення кардіореабілітації пацієнтів, так як недостатньо розвинена відповідна мережа закладів для проведення амбулаторної кардіореабілітації. Такі об'єкти (спеціальні відділення, клуби, громадські об'єднання, школи здоров'я) мають бути

територіально зручно розміщені, повинні включати в штат психологів, дієтологів та ін. спеціалістів. Лікарні загального та кардіологічного профілю повинні створювати програми амбулаторного етапу реабілітації. Статистично доведено, що набагато кращі результати щодо зниження захворюваності та смертності досягаються при поєднанні засобів кардіологічної реабілітації зі загально-прийнятним лікуванням на ґрунті тривалих і стійких змін поведінки і способу життя хворих на ССЗ [11; 12].

Надзвичайно важливим постає розуміння лікарями головних цілей кардіологічної реабілітації серед яких слід відмітити: формування довгострокових змін в способі життя і поведінці хворих; психологічна адаптація до стану хронічної недуги; суттєве збільшення функціонального резерву організму; пристосування до повсякденного життя і праці; підтримання здорового стилю життя протягом максимально тривалого часу; диспансерне спостереження над реабілітованими [10].

Засоби медицини, наприклад, фармакологічні препарати, діють на одну–дві ланки патогенезу основних ССЗ, в той час як фізичні фактори, мають набагато ширший вплив не тільки на серце, а й на весь організм хворої людини [15]. Тому ефективність та успішність кардіореабілітації визначається дотриманням її основних принципів: раннього початку реабілітаційних заходів, що сприятиме швидшому відновленню функціонального стану серцево–судинної системи, попередженню виникнення ускладнень; неперервності та поетапної черговості реабілітаційних заходів, яка є запорукою скорочення строків стаціонарного лікування, зниження інвалідності та витрат на лікування; комплексності реабілітаційних заходів, що передбачає залучення, під керівництвом лікаря–кардіолога, інших спеціалістів: лікаря–ЛФК, психолога, соціолога та ін.; індивідуальності, бо кардіореабілітаційні програми складаються індивідуально для кожного хворого і залежать від загального стану, особливостей перебігу захворювання, вихідного рівня фізичного та функціонального стану, особистості хворого, віку, статі, професії; колективної реабілітації, яка морально підтримує пацієнта, показує позитивний приклад інших хворих, нівелює дискомфорт через наслідки захворювання, надає впевненості у можливості доброго прогнозу та швидшого одужання; психосоціальної реабілітації, що включає повернення індивіда до активної праці та сімейних відносин, робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою [16].

У кардіореабілітації, як і в медичній реабілітації в цілому, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди лікарняний та післялікарняний. У кожному з них є визначені етапи. У лікарняному періоді – один етап – I етап реабілітації, лікарняний (стаціонарний). А у другому післялікарняному періоді розрізняють: II етап реабілітації, поліклінічний або реабілітаційний (включно з санаторним або санаторно–курортним) та III етап реабілітації – диспансерний [13].

Стаціонарний етап розпочинається в лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму кардіореабілітації, що включає

загальноприйняті методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, започаткування розвитку компенсацій, відновлення функції органів і систем, поступову фізичну активізацію хворого. На цьому етапі застосовується ЛФК, лікувальний масаж, деякі засоби фізіотерапії. Відбувається визначення функціонального стану хворого, його резервних можливостей. А наприкінці етапу коректується і накреслюється подальша програма реабілітаційних заходів [9].

Поліклінічний або реабілітаційний, санаторний етап проводиться після виписки хворого зі стаціонару, зі значним розширенням рухової активності. Тут домінує ЛФК з основною увагою на поступове збільшення фізичних навантажень, загальне тренування, підготовку до повсякденного життя і праці. Наприкінці відбувається тестування функціонального стану серцево-судинної системи [20].

Метою диспансерного етапу є нагляд над реабілітованими, психологічна підтримка, закріплення досягнених результатів, періодичні повторні обстеження з проведенням навантажувального тестування для визначення функціонального стану серця та організму загалом [5].

Розглянемо ланки кардіореабілітації, серед яких основною складовою є ЛФК. Головними особливостями, що відрізняють ЛФК від усіх інших методів лікування є свідомо і активна участь хворого в процесі лікування його фізичними вправами [5].

Обґрунтування для використання засобів фізичної реабілітації у хворих на ССЗ, зокрема ІХС, базується на відомих даних про те, що фізичні вправи покращують функціональні можливості міокарду вже через 3–6 місяців після початку застосування. Це доведено інструментальними методами дослідження (електрокардіографія, ехокардіографія) та функціональними тестами (велоергометрія, тейдміл–тест). Крім того, фізичні вправи нормалізують артеріальний тиск (АТ), знижують рівень холестерину, зменшують надлишкову вагу, пригнічують потяг до тютюнопаління [4]. Виконання фізичних вправ хворими навіть не щоденно, а три рази на тиждень по 40–60 хв. сприяло не тільки значному зниженню рівня загального холестерину та холестерину низької щільності, а й стримувало прогресування цього фактора ризику ССЗ. Поряд із покращанням показників ліпідного спектру крові, настає каскад послідовних позитивних змін – поступово знижується вага хворого, АТ спочатку має тенденцію до зниження, а потім до нормалізації. Довготривале заняття ЛФК приводить в ряді випадків до повної відмови від цигарок. Використання засобів фізичної реабілітації зміцнює загальний фізичний стан кардіологічних хворих, що супроводжується покращенням їх психічного статусу по типу сомато–психічних реакцій [10].

Слід згадати і про ще один вагомий вид лікування фізичними вправами, а саме, механотерапію. Механотерапія в системі кардіореабілітації включається на післялікарняному періоді реабілітації в основну частину комплексу ЛФК. До механотерапевтичного лікування належать тренажери різних конструкцій, які шляхом дозованих фізичних навантажень здатні

впливати на серцево–судинну систему, сприяти підвищенню фізичної працездатності [18; 20].

Лікувальний масаж (ЛМ) також з успіхом застосовується як доповнення методик комплексної кардіореабілітації хворих на ССЗ. Він є ефективним засобом функціональної терапії. Терапевтичний вплив масажу досягається дозованими механічними діями на тіло хворого, які наносяться руками масажиста чи спеціальними апаратами. ЛМ викликає місцеві та загальні нейрогуморальні зрушення в організмі, що зумовлено рефлексорними реакціями і виділенням біологічно активних речовин. Тому, ЛМ різнобічно і корисно впливає на організм хворого: стимулює функціональну здатність серцево–судинної та нервової систем, посилює репаративні процеси, розширює і збільшує кількість функціонуючих капілярів, знижає периферичний опір судин, посилює лімфовідтік. Все це сприяє ліквідації набряків, покращанню кровопостачання серця. Крім того, позитивно впливає на дихальну систему, сприяючи ліквідації застійних явищ в малому колі кровообігу. Важко переоцінити корисний вплив ЛМ на обмін речовин, що полягає в активізації окислювально–відновних процесів, прискоренні виведення продуктів розпаду. Також, покращує настрій і самопочуття хворого [20].

Для кардіореабілітації можна використовувати з користю і деякі види фізіотерапії. Такі, як медикаментозний електрофорез, ампліпульс–терапія, електросон, магнітотерапія, світлотерапія, аероіонотерапія, гідротерапія та ін. [13]. Лікар–кардіолог у співпраці з реабілітологом може призначати поєднання засобів фізичної реабілітації з метою досягнення оптимального лікувального ефекту.

За даними ВООЗ, стан здоров'я людини лише на 15% залежить від медичної допомоги, так само 15% припадає на генетичні фактори, а 70% визначається способом життя, з якого більша частина стосується харчування [17]. Лише 33% населення Європи і США мають індекс маси тіла менше 25 кг/м². Більше 50% населення у світі й Україні страждають від надлишкової маси тіла. Загально визнано, що раціональне харчування – основа профілактики ССЗ. Корекція порушень харчування в розвитку ССЗ може мати позитивний вплив від 10 до 40%, що співставно з ефектом медикаментозної терапії [12]. Традиційні фактори ризику розвитку ССЗ, такі як ожиріння, дисліпідемія, ГХ, цукровий діабет, добре піддаються дієтичному впливу. Доведена ефективність *DASH* дієти в зниженні ваги, нормалізації артеріального тиску, ліпідного спектру [10]. Тому важко переоцінити значення і необхідність включення дієтотерапії в комплекси кардіореабілітації. Хворий на ССЗ повинен отримати вичерпне консультування (за потребою, дієтолога) і супровід лікаря впродовж всієї тривалості програми кардіореабілітації. Застосування принципів кардіопротективної дієти, спрямованої на зниження загальної калорійності раціону та питомої ваги в ньому насичених жирів, збільшення споживання овочів і фруктів, обмеження солі та алкоголю, здатні значно знизити кардіологічні ризики [4; 8].

Психологічні фактори, такі, як депресія, дистрес, низький моральний дух можуть підвищувати ризик подальшої смертності серед хворих, що перенесли інфаркт міокарду, перешкоджаючи адаптації людини до захворювання. Згідно даних метааналізу більш ніж 20 контрольованих досліджень, застосування психотерапії у хворих кардіологічного профілю виявилось ефективним не лише в напрямку позитивізації психологічного статусу цих хворих, а й щодо нормалізації АТ, зниження частоти серцевих скорочень і рівня холестерину [3]. Проблема використання психотерапевтичних методик у лікуванні ССЗ, нажаль, полягає у недостатній їх доступності та якості через відсутність психологів та психотерапевтів, які б спеціалізувалися у цій галузі. Психокорекція повинна бути всебічною, включно з відновленням статевого життя, цьому якнайкраще сприяє участь в програмах ЛФК, які приводять до збільшення функціонального резерву серцево-судинної системи і нівелюють хвилювання, відчуття безпорадності або страху, часто пов'язані з недостатньою обізнаністю пацієнта [7]. Дуже важливо підібрати для конкретного хворого індивідуальну чи групову методику корекції біоповедінкових порушень в комплексі кардіореабілітаційних заходів з метою позитивного впливу на якість і тривалість життя.

На сучасному етапі фармакологічна реабілітація хворих на ССЗ є домінуючою і достатньо ефективною в кардіології. Проте вона не вирішує проблему довгострокової, часто позитивної, перспективи лікування таких пацієнтів. Малоінвазивне та кардіохірургічне лікування проводиться недостатній кількості хворих, які його потребують, що не вирішує проблему смертності від ССЗ. Так само і не сприяє зменшенню фінансових витрат в підтримці здоров'я кардіологічних пацієнтів.

Збільшення кількості хворих на ССЗ, які можуть приймати участь в програмах кардіореабілітації вимагає оцінки безпечності для пацієнта та його рівня прогресу в процесі лікування. Методи стратифікації ризику дозволяють розробити прості, ефективні й недорогі програми для хворих з низьким ступенем ризику, заощаджуючи тим самим засоби для розробки програм для хворих з високим ступенем кардіологічного ризику.

Лікарі-кардіологи недостатньо поінформовані про методики кардіореабілітації, які слід включати в обов'язковий матеріал на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних закладах. Доцільно впровадження спеціальності кардіолога-реабітолога у номенклатуру лікарських спеціальностей з вищою медичною освітою, як це є у більшості країн Європи, США, Канаді, Австралії. Де для здобуття сертифікату кардіолога-реабітолога необхідно пройти 3-5 річне стажування «Реабілітація в кардіології» після закінчення ВНЗ [2].

Для популяризації кардіореабілітації, підвищення її ваги у комплексному лікуванні хворих на ССЗ та просвіти пацієнтів можна використовувати друковані матеріали (методичні рекомендації, пам'ятки) та різні технічні засоби (аудіо-відеоматеріали, інтернетресурси), що дозволяють максимально зручно донести пацієнту користь і необхідність ЛФК,

дієтотерапії, психокорекції та ін. кардіореабілітаційних методик. Слід також значно розширити мережу кардіореабілітаційних центрів.

Кардіореабілітація повинна, також, охоплювати психосоціальні фактори. Оскільки інвалідність, зумовлена психологічними факторами не має нічого спільного з порушенням фізіологічних функцій. Багато хворих не повертаються до звичної професійної діяльності, нехтують сімейними обов'язками та ін. внаслідок депресії й тривожності.

Стає очевидним, що кардіореабілітація є не лише одним із аспектів лікування будь-якої кардіологічної патології, а набуває все більшого значення як незамінна його ланка, оскільки виявляється економічно ефективним методом терапії.

Враховуючи величезну медичну, соціальну і економічну значимість проблеми лікування серцево-судинної патології, необхідно використовувати фізичні та ін. засоби кардіореабілітації, які підтвердили свою ефективність і показані до застосування в комплексному відновлювальному лікуванні хворих на ССЗ.

Список використаних джерел

1. Bethell H. Cardiac rehabilitation: from Hellerstein to the millennium // *Int. J. Clin. Pract.* – 2000. – № 54. – P.92–97.
2. *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* / J. Perk, H. Gohlke, I. Hellemans at all. – Springer London, 2007. – 503 p.
3. Clark A., Hartling L., Vandermeer B. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease // *Ann. Intern. Med.* – 2005. – № 143. – P. 659–672.
4. Hammil B., Schulman C. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries // *Circulation.* – 2010. – № 121. – P. 63–70.
5. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріали лекційного курсу): навч. посіб. – Львів: НВФ «Українські технології», 2008. – 200 с.
6. Європейська база даних ЗДВ.– Копенгаген, WHO. – Регіональне відділення для Європи, лютий, 2010 р.
7. Коваленко В.Н. Долженко М.Н., Несукай Е.Г. Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета EUROASPIRE IV: результаты госпитального этапа в Украине // *Український кардіологічний журнал.* – 2014. – № 4 (дод.). – С. 4–15.
8. Заболевания сердца и реабилитация / под ред. М.Л. Поллока, Д.Х. Шмидта. – К.: Олимпийская Список використаних джерел, 2000. – 407 с.
9. Кардиореабилитация / под ред Г.П. Арутюнова. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 336 с.
10. Кардиореабилитация: практ. рук. / под ред. Дж. Ниебауэра, Ю.М. Позднякова.– М.: Логосфера, 2012. – 328 с.
11. Клінічні рекомендації по профілактиці серцево-судинних захворювань Європейського товариства кардіологів (перегляд 2012 р.). – 70 с. – URL: <http://www.strazhesko.org.ua/>.
12. Лутай М.И. Как улучшить прогноз больного со стенокардией: изменение образа жизни и фармакология // *Здоров'я України.* – 2012.– № 4, лютий. – С.16.
13. Медицинская реабилитация в Украине: современное положение и перспективы развития / В.Н. Сокрут, В.Н. Казаков, В.Я. Уманский и др. // *Новости медицины и фармации в мире.* – 2003. – № 10 (138). – С. 19–20.
14. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підруч. для студ. вищих навч. закл. фіз. виховання і спорту. – К.: Олімпійська Список використаних джерел, 2005. – 472 с.

15. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: посібн. / за ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2016. – 261 с.
16. Пур Хейдарі Рудбери Анвар Морад, Манжуловский В.Н., Ломаковский А.Н. Особенности применения средств физической реабилитации в зависимости от ведущих факторов риска при нарушении коронарного кровообращения // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 1. – С. 56–60.
17. Соколовський В.С., Романова Н.О., Юшковська О.Г. Лікувальна фізична культура: підручн. – Одеса: Одеськ. держ. мед. ун-т. – 2005. – 234 с.
18. Статистична інформація Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – режим доступу: URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
19. Сухан В.С., Дичка Л.В., Блага О.С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: метод. рекомендації. – Ужгород, 2014. – 62 с.
20. УНІАН: Суспільство. URL: <https://www.unian.ua/society/97834-za-trivalistyju-jittyu-ukrajina-posidae-peredostanne-mistse-sered-krajin-evropi.html> (дата звернення 23:05, 20 лютого 2008).
21. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих. мед. закладів / В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Б. Неханевич та ін.; за ред. проф. В.В. Абрамова та доц. О.Л. Смирнової. – Дніпропетровськ: Журфонд. – 2014. – 456 с.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ НАРОДНИХ ТРАДИЦІЙ У ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАННІ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

(Мірошниченко О. М.)

Відомо, що здоров'я кожної людини обумовлене її способом життя на 50% і є важливим показником для здоров'язбережування індивідууму та нації. В останні роки здоров'язбережувальний спосіб життя став однією з найактуальніших проблем існування як особистості, так і суспільства в цілому. Це питання обговорюється в наукових колах, фахівці-практики намагаються вирішити його, тим самим збагачуючи науку про спосіб життя новими методами збереження і зміцнення здоров'я. Проте існує проблема, що не завжди новітні методи оздоровлення можуть бути впроваджені в спосіб життя, оскільки потребують різкої зміни «стилю» життя, переоцінки вже сформованих цінностей тощо. Певним рішенням цієї проблеми може стати звернення до так званої «народної» традиції оздоровчого способу життя, різновидом і основою якого є здоровий спосіб життя на принципах і світогляді українського народу [3].

У філософському розумінні спосіб життя – це синтетична характеристика сукупності типових видів життєдіяльності людей (індивідів і соціальних утворень) у поєднанні з умовами життя суспільства [5]. Здоров'язбережувальні традиції українського народу охоплюють всі сфери буття суспільства: працю і побут, суспільне життя і культуру, поведінку, людей та їхні духовні цінності. Отже, поведінка – це один із найважливіших елементів способу життя в цілому, який не може не впливати на здоров'я окремої особи або на здоров'я тих чи інших соціальних груп населення.

Традиції, ритуали та обряди наших предків – це частина культури суспільства, яка разом утворює нормативну систему поведінки, прийняту в цій спільноті. Традиція (від лат. *traditio* – передача) – досвід, звичаї, погляди,

смаки, норми поведінки тощо, що передаються з покоління в покоління; звичайна прийнята норма, манера поведінки, усталені погляди, переконання, узвичаєння, узвичаєність, неписаний закон.

На думку вчених, народні традиції є механізмом акумуляції, передачі та реалізації національного досвіду, а в широкому розумінні – це є культура [11]. Традиції тлумачать як «зорієнтовані на певний ідеал вірування, спосіб мислення, норми поведінки, а також прагнення, що в різних формах на ірраціональному та раціональному рівнях передаються з покоління в покоління» [6, с. 352].

У «Філософському енциклопедичному словнику» за редакцією В. Шинкарука (2002) дефініцію «традиція» окреслено як категорію, що «визначає різноманітні форми впливу минулого на сучасне й майбутнє» і подано кілька підходів її розгляду: 1) соціокультурними формами традицій є звичай, стереотип, ритуал, обряд, «які притаманні суспільним стосункам від часів виникнення суспільства»; 2) філософсько–методологічний підхід передбачає розгляд аналізованого поняття як проблеми «доцільності використання досвіду минулого в інноваційних процесах сучасного та як проблема впливу соціокультурних та індивідуальних форм минулого на формування людського досвіду»; 3) онтологічний підхід до традицій визначає їх як «буттєву єдність часу та здійснення майбутнього на основі постійного осучаснення минулого» [9, с. 646].

Отже, здоров'язбережувальна традиція – це національна система ідеалів, досвіду, знань, установок, принципів, проявів поведінки, сукупність поглядів, звичок, способів діяльності, які направлені на збереження та зміцнення здоров'я кожної людини та суспільства в цілому.

Українські народні традиції мають важливу роль у здоров'язбережуванні сучасної людини, обумовлюють усі складові здоров'я і підкреслюють їх взаємозв'язок, а саме: фізичне, психічне, духовне та соціальне. Фізичне здоров'я проявляється у чергуванні праці та відпочинку; українських народних іграх; помірній руховій активності та загартуванні; харчуванні (українські страви); особистій гігієні; українських народних танцях; прогулянках на свіжому повітрі тощо. Психічне здоров'я – стресостійкість, самоорганізація (вміння з користю провести вільний час); адекватна поведінка – емоції (перегляд корисних телепередач, кіно, концерти, виставки, музеї, читання книжок), інтелект. Духовне здоров'я має прояв у мові, українському фольклорі, українській народній творчості, здатності допомагати іншим, прагненні до творчості. Соціальне здоров'я відображається у дружбі, спілкуванні, самоактуалізації, життєвій стійкості (здатність подолання життєвих труднощів без збитку для загального здоров'я), одязі; соціальній адаптації, соціальній активності й ефективності виконання різних соціальних ролей [1, с. 43].

Системна лінія зв'язку між минулим і сучасним сьогодні підкреслюється у традиції відзначення свят. Більше третини днів року в українців займають свята. Свято від слова «святий», «святість». Отже, це день, який слугує для освячення людини, для очищення її душі, для того,

щоб привести себе у відповідь з вищими законами буття, у гармонію із Всесвітом, з природою.

До основних сучасних календарних народних свят українців можна віднести День Святого Миколи (Чудотворця) – 19 грудня, Святий вечір (напередодні Різдва) – 6 січня, Різдво (7 січня), Щедрий вечір (13 січня), Старий Новий Рік (14 січня), Водохреща (19 січня), Стрітення, Масляна, Великдень, Трійця, Івана Купала та інші. Ця традиція покликана об'єднувати людей та сім'ї (не забувати про близьких, родичів), відчутти атмосферу радості, побажати щастя та здоров'я, не забувати про життєво важливі справи, піклуватися про раціон харчування, чергування праці та відпочинку, бути в гармонії з природою, самовдосконалюватися, духовно очищатися, переосмислювати буття людини на землі та оздоровлюватися за допомогою обрядових дій.

У житті сучасного українця широкої популярності набули оздоровчі технології за допомогою фауни (тварини, птахи, комахи) та флори (траволікування й ароматерапія). Оздоровчі технології за допомогою фауни поділяються на три великі групи: 1) спілкування з твариною та позитивні емоції – анімалотерапія (домашні улюбленці – собака, кінь, кішка, риби, птахи); 2) лікування за допомогою продуктів діяльності тварин; 3) лікування за допомогою медичних п'явок.

Великої уваги заслуговує бджільництво. Лікування продуктами бджільництва: медом, прополісом, квітковим пилком, пергою, маточним молочком, воском і, навіть, бджолою отрутою, називається апітерапія. За допомогою продуктів бджільництва можнавилікувати велику кількість різноманітних захворювань. Мед має високу живильну цінність, містить фруктозу, глюкозу і сахарозу, мінеральні речовини і вітаміни. Він володіє антибактеріальним і бактерицидним, протизапальними і антиалергічними властивостями. Глюкоза, яку він містить, дуже швидко заповнює в організмі дефіцит енергії, регулює роботу нервових клітин, викликаючи заспокоєння і знімаючи нервову напругу. Вона покращує процеси тканинного обміну і сприяє підвищенню опірності організму інфекціям. В наш час можна знайти безліч методик щодо апітерапії, але перед тим як застосовувати мед чи інші продукти бджільництва треба індивідуально проконсультуватися з лікарем.

Зі стародавніх часів до наших днів людині допомагає флора. Трави, кущі та дерева мають цілющу силу. Знання про лікування за допомогою флори збиралися та накопичувалися багато століть. Сьогодні для лікування та оздоровлення використовують плоди, листя, корені, квіти, бруньки, кору, сік та інше. Особливо популярними є чаї, відвари із суміші засушених трав, квітів і плодів [2, с. 33].

Оздоровчі аспекти родинного виховання – актуальне питання сьогодення. Українське родинознавство (фамілологія) – це народна мудрість й досвід щодо створення, збереження і розвитку міцної, здорової, щасливої сім'ї, про рід і родину та їх значення в долі людини, народу, держави. «Сім'я – ключ до щастя», «Тому роду нема переводу, у якому браття милують згоду». Українське родинознавство розглядає питання про родину як втілення

духовності і національного духу, про типи і форми української сім'ї, її склад, структуру, основні функції; про шлюб і сім'ю як виховну організацію, народний ідеал сім'ї, українське родинне звичаєве право, статус членів сім'ї, її авторитет, найпоширеніші вади й біди сучасної сім'ї, про відродження традиційно високого статусу української родини [4, с.13]. Діти – це майбутнє народу, нації, держави, утвердження її вічності. «Якщо твої наміри розраховані на рік – сій жито; якщо твої наміри розраховані на десятиріччя – саджай дерева; якщо твої наміри розраховані на віки – виховуй дітей» – вчить народна мудрість [4, с. 87].

Лікувальні властивості народної пісні. Музикотерапія. Мелодійна народна українська пісня тісно зв'язана з емоційним світом людини та діє як заспокійливо, так і стимулююче (напр., м'яка музика знімає мігрень; тиха колісанка матері заспокоює дитину та допомагає їй заснути; танцювальна музика приносить радість, надихає до праці). Народні пісні вчать любові до людини, світу та до природи. Музика гармонізує психоемоційну сферу, визволяє від жахів, стресів, очищає людину від поганих думок, надає сили, бадьорості, радості. Оздоровчу дію мають дзвони чи бубенці, духовний та церковний спів, органна музика.

Існують й інші технології оздоровлення: 1) загартування та помірний рух активність (обливання водою зранку, стрибки у сніг після лазні); 2) лікування рухом – кінезіотерапія; 3) терапія мистецтвом або арт-терапія; 4) оздоровчі технології за допомогою води; 5) масаж; 6) грязелікування; 7) повітряні ванни; 8) літотерапія (оздоровлення та лікування камінням). Кожна технологія містить у собі цілу науку, але необхідно пам'ятати про застереження та протипоказання, важливо консультуватися з лікарем.

Український народ мав гарний вигляд, високий зріст, надзвичайну силу, був сміливим та помітним. Досконала будова тіла формувалася фізичною працею, без якої стародавня людина не вижила б в тих умовах. До нас дійшли прислів'я та приказки, які підтверджують працьовитість українського народу: «Праця – здоров'я, а лень – хвороба», «Ходи більше, проживеш довше», «Чистота та рух – запорука здоров'я». Землеробство, скотарство, мисливство, гончарство й інші заняття потребували гарної фізичної підготовки та праці [2, с. 19].

Відомо, що в стародавніх уявленнях національний ідеал здоров'я формувався через систему обрядів, повір'їв, приказок. Характерною особливістю світогляду українців є асоціювання ідеалу з рослинами, тваринами, природною стихією. Наприклад, «Здоровий, як бугай», «Здоровий, як дуб», «Дівка, як ягідка», «Цвіте, як маківка». Проте народні уявлення про фізичну досконалість ґрунтувались не лише на позитивних асоціаціях. Непропорційний фізичний розвиток та тілесна недосконалість висміювались у таких приказках: «Товстий, як бочка», «Худий, аж ребра світяться», «Оддусь, як барило» та ін. Про те, що здоров'ю надавалося першочергове значення, підтверджують колядки, щедрівки, веснянки. Вітаючись, люди зичили один одному доброго здоров'я. Народні правила

гарної поведінки вимагали, щоб, зустрівши родичів, друзів, знайомих, неодмінно запитати про здоров'я один одного і родини [10, с. 120].

Будь-яка подія в житті слов'ян відзначалась жертвою богам і спортивними змаганнями. У народній системі збереження і зміцнення здоров'я головне місце займають фізичні вправи, які були постійними супутниками наших предків. Фізичне виховання, як і кожна сфера людської діяльності, розвивалась в залежності від соціально-економічних та політичних умов, географічного положення краю. Ураховуючи ці чинники, можна припустити, що в Україні фізичне виховання розвивалося у двох взаємопов'язаних напрямках: військово-фізичне та оздоровчо-рекреаційне [10, с. 121].

Система фізичного виховання запорозьких козаків увібрала в себе весь багатотисячолітній народний досвід та стала вершиною українського тіловиховання й однією з найдосконаліших систем підготовки воїнів тодішньої Європи. Фізична сила київських богатирів завжди гармонійно поєднувалась з моральною досконалістю. Це підтверджують прислів'я, які дійшли до нашого часу: «Сила без голови шаліє, а розум без сили мліє», «Сила та розум – краса людини». Таке поєднання було ідеалом виховання і має велике освітнє значення для майбутніх поколінь.

Здорове харчування козаків полягало в споживанні простої, різноманітної, смачної та поживної їжі. Відомо, що в Січі, у походах кухарі готували саламаху, тетерю, гречані галушки з часником, рибну юшку. Запивали все медом, пивом або брагою. Полюбляли також галушки з сиром, гетьманську яєчню (яйця, сметана та зелений лук), гетьманську кашу (пшоняна каша з вареним яйцем). Національними стравами слов'ян вважаються: борщ, вареники, гречана каша, галушки, товченки, жур, таратута, млинці, пироги, бублики, печиво, короваї, великою популярністю користуються овочі та фрукти, сир та інші молочні продукти, сало, м'ясо. Основними напоями, крім вище перелічених, були: вода, компот, кисіль, чай з гілочок, листочків та коренів певних рослин. Кожна страва мала велике оздоровче значення і була тісно пов'язана з календарними обрядами та святами. Але найсвятішим і найдорожчим назавжди для українців був і залишається хліб [2, с. 20].

Прихід весни наші предки зустрічали веснянками – хоріві пісні з іграми й танцями, в яких органічно поєднуються слово, рух і мелодія. Танці, пісні, забави, жарти – у веселих розвагах швидко минав час. Український народний танець і досі користується великою популярністю. Хоровод – найдавніший та найвідоміший танок. Гопак – популярний український народний танець, який включає стрибки, присядки, обертання, часто має величний та героїчний характер. Раніше його танцювали тільки чоловіки. Побутові танці були невід'ємною частиною повсякденного життя народу. Переважно їх виконували на вечорницях і гулянках [2, с. 21].

В Україні користувалися популярністю різноманітні ігри. Існували ігри й розваги для дорослих (напр., лови, до яких входили вправи, які відображали засоби приручення диких тварин і способи полювання на них) та дитячі ігри. Українська етнопедагогіка розглядає дитячу гру і народну

іграшку як універсальні засоби формування здорової особистості дитини в ранньому віці [4, с. 96].

Наші предки вірили, що існує потойбічний світ: чорти, відьми, русалки, домовики, упирі, вовкулаки та песиголовці [8, с. 123–135]. Цих істот уявляли по-різному, вони виконували певні функції, були злими або добрими. Звичайно, потойбічний світ для стародавніх українців мав певний зміст та впливав таким чином на психічне здоров'я більш за все, а також на духовне та соціальне.

Багато тисячоліть тому виникла потреба вимірювати час. Критеріями виміру часу були небесні світила. Стародавні слов'яни жили у гармонії з Всесвітом та з природою. У нашого народу календар вважався священним, тому, що він завжди був пов'язаний із Космосом: місяцем, сонцем, зірками, небом [7, с. 7–37;]. Цикл важливих господарських справ завжди був тісно пов'язаний з народними традиціями святкування в Україні. Основу святкового календаря складав 12-місячний рік, де мали місце три сонячні фази: літнє рівнодення та зимове й літнє сонцестояння. Людина відчувала ритми життя рослин, тварин, Космосу. Основою життя стародавніх українців були польові роботи. Багато поколінь землеробів збирали унікальні знання про властивості природи, які відображені в численних народних прикметах, магічних діях, обрядах і традиціях святкування [2, с. 24].

Соціально значущими для стародавніх українців були знання, які накопичувалися певним досвідом. Так, наприклад, люди вже знали про властивості певних рослин, трав, квітів (народна ботаніка); накопичувалися знання про поведінку хижих тварин, тваринний світ, птахів, комах (зоологічні знання). Народна метеорологія (атмосферні явища) включала завбачення та прикмети – спостереження за: природою, тваринами, комахами, птахами. Все своє життя селяни зв'язали з Місяцем (коли треба садити, солити, збирати врожай); орієнтувалися на місцевості за Чумацьким Шляхом, Сонцем, Місяцем, Зірками; знали окремі сузір'я (народна астрологія). Людина знала про таємниці смерті та життя – знання про енергію оберегів; знання про енергію дерев, трав, кушів; знання про доброносні (біогенні) зони, наприклад, місце під забудову хати вибирали на висоті. А ще наші предки казали: «Де лягає худоба, там і треба зводити хату» [2, с. 24].

Важливою ланкою знань була народна медицина. Діагностували за волоссям, шкірою, обличчям, руками, нігтями, пальцями, ногами, вухами, конституцією людини й ін. Лікували засобами рослинного та тваринного походження або природою: вогнем, сонцем, місяцем, водою, повітрям, землею. Також могли лікувати засобами мінерального походження (сіль, глина, пісок, попіл, сажка); магічними діями (словесна магія, молитви, замовляння); механічними діями (залякування); кольорами, звуками, дзвоном дзвонів, співом птахів, тощо [2, с. 25].

Роками та тисячоліттями розвивається та утверджується могутність та сила народного українського слова. Мова – це засіб спілкування та виховання дитини. Недарма говорять: «Народ скаже, як зав'яже». Мудрість наших предків та виховання здорових дітей, підрастаючого покоління передавалося

за допомогою українського фольклору: казок, міфів, легенд, загадок, гумору, скоромовок, лічилок, прислів'їв та приказок тощо.

Наведемо приклад декількох народних прислів'їв та приказок, які дійшли до нашого часу та вміщують у себе велику мудрість і здоров'язбережувальний зміст: 1) Весела думка – половина здоров'я; 2) У здоровому тілі – здоровий дух; 3) Чиста вода для хвороби біда; 4) Бережи одяг, поки новий, а здоров'я – поки молодий; 5) Здоров'я маємо – не дбаємо, а загубивши – плачемо; 6) Коли б голова здорова, то будуть воли та й корова; 7) Люди часто хворіють, бо берегтися не вміють; 8) Здоровий злидар щасливіший від хворого багача; 9) У кого болять кості, той не бажає в гості; 10) Глянь на вигляд – і про здоров'я не питай; 11) Здоровому пір'я, а хворому каміння та ін.

Духовна сфера стародавнього українця супроводжувалася язичництвом, віруваннями, уявленнями, забобонами, повір'ями, прикметами, замовляннями та інше. До запровадження християнства в Київській Русі вже існувала багата і своєрідна культура, був народний календар свят, який тісно пов'язаний із Природою та її життям. З прийняттям християнства відбулося втілення церковних традицій, які відображали найважливіші події життя людини, народних традицій, їх органічне та своєрідне злиття. Велика роль відводилася снам, навіть існував народний сонник. Ще з язичницьких часів дійшло до нас уявлення про сон, як про чарівну істоту підземного царства. Під час сну, який надсилає Дрімота, людина зустрічається зі своїми мріями та переживаннями. Було відомо про існування тижневого календаря сновидінь. Вважалося, що з неділі на понеділок сни не збуваються, а з понеділка на вівторок – збудуться. Тлумачення сновидінь українцями відбувалося на двох рівнях: побутовому – розгадували ті, хто бачив сни; та знахарському – розгадував той, хто більше на цьому розумівся.

Отже, українські народні традиції – це досконала здоров'язбережувальна система, яка охоплює кожен мить життя людини від народження до смерті; всі сфери людської діяльності та сільського господарства. Традиції українського народу гармонійно поєднують минуле і сучасне, формують майбутнє людини. Українські народні традиції мають важливу роль у збереженні та зміцненні здоров'я сучасної людини, обумовлюють усі складові здоров'я і підкреслюють їх взаємозв'язок.

Список використаних джерел

1. Бойчук Ю.Д., Мірошніченко О.М. Технологія формування здоров'язбережувальної поведінки молодших школярів засобами українських народних традицій // Вісник черкаського університету. Сер.: Педагогічні науки: наук. журн. – Черкаси: вид-во ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2016. – № 9. – С. 39 – 46.
2. Бойчук Ю.Д., Мірошніченко О.М., Бельорін–Еррера О.М. та ін. Роль українських народних традицій у формуванні культури здоров'я сучасної людини: метод. рекомендації. – Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2015. – 39 с.
3. Конох А. П., Притула О. Л. Здоровий спосіб життя в козацькій традиції «Спас» // Вісник Запорізького національного університету. Сер.: Фізичне виховання та спорт: наук. журн. – Запоріжжя: вид-во ЗНУ, , 2012. – № 1 (7). – С. 54 – 59.
4. Мосіяшенко В.А. Українська етнопедагогіка: навч. посіб. – 2-ге вид., стер. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. – 174 с.

5. Приступа Є.Н., Пилат В.С. Традиції української національної фізичної культури. – Львів: Троян, 1991. – 275 с.
6. Савчук Б. Українська етнологія. – Івано–Франківськ: Лілея–НВ, 2004. – 560 с.
7. Скуратівський В.Т. На криласах храму: Екологічні уявлення українського народу. – К.: Київський еколого–культурний центр, 1998. – 120 с.
8. Супруненко В.П. Народина: Витоки нації; символи, вірування, звичаї та побут українців. – Запоріжжя: МП «Берегиня» – СП «ФАСЗ», 1993. – 136 с.
9. Філософський енциклопедичний словник / гол. ред. В.І. Шинкарук. – К.: Абрис, 2002. – 744 с.
10. Цьось А.В. Ідеал здоров'я в традиціях українського народу // У кн.: Проблеми екології людини. – Луцьк: Надстир'я, 2004. – С. 120 – 126.
11. Чистов К.В. Народные традиции и фольклор. – Л.: Наука, 1986 – 304 с.

КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА ЗАГАЛЬНОЛЮДСЬКОЇ КУЛЬТУРИ

(Фаласеніді Т.М., Шийка Ю.І.)

Проблема здоров'я індивіда як суб'єкта сучасного суспільства завжди була предметом уваги вчених і практиків, медиків і педагогів. Відповідно з сучасним розвитком і станом науки і практики про формування здоров'я людини, природно, змінюються й уявлення про цей феномен. Якщо раніше сутність здоров'я людини розглядалася тільки з позиції природничо–наукових знань, то сучасний рівень розвитку науки, культури, соціуму передбачає розгляд сутності здоров'я людини з гуманітарної позиції в єдності з природничими науками і культурою, що може свідчити про системність, цілісність вивчення феномена здоров'я. Назріла історична необхідність розширення уявлень і знань про здоров'я (духовне, психічне, фізичне). Необхідно відзначити, що поняття «культура здоров'я» розробляється в сучасних дослідженнях в галузі валеології та акмеології як міждисциплінарна категорія, що інтегрує знання антропологічних наук у культурологічному аспекті. Має місце змішання понять «культура здоров'я», «культура здорового способу життя», «валеологічна культура». Найчастіше вчені роблять акценти на таких компонентах культури здоров'я, як ціннісний, мотиваційний, діяльнісний. З погляду *валеології*, людина являє собою єдину біоенергоінформаційну систему, що складається з трьох ієрархічних рівнів (підсистем): духовного, психічного і тілесного. Крім того, при розгляді поняття «здоров'я» зачіпається процес побудови рівноваги, балансу між внутрішнім середовищем (адаптаційними можливостями людини) і постійно мінливих умов зовнішнього середовища.

Основними критеріями здоров'я, як правило, є: адекватність як здатність до ефективної відповіді на впливи середовища, а також адаптація як властивість особистості, що полягає в здатності до ефективного існування і розвитку в умовах, що змінюються середовищем. У свою чергу, В. Ананьєв виділяє три основні ознаки здоров'я: структурна і функціональна збереженість систем і органів людини; індивідуальна пристосованість до фізичного і суспільного середовища; збереження звичного самопочуття.

У наш час нараховується близько 300 визначень поняття «здоров'я». Слід зазначити, що цей феномен привернув увагу багатьох дослідників з різних галузей наук. Визначення поняття здоров'я є актуальною проблемою науковців, воно має багато аспектів і обумовлене багатьма чинниками, тому вимагає для свого розв'язання комплексного підходу. Найбільш поширеним та відомим є визначення стану здоров'я, сформульованого фахівцями ВООЗ (1948 р.), які вважають, що здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів.

Нова концепція терміну здоров'я в Статуті ВООЗ має таке визначення: «Здоров'я – це ступінь здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольняти потреби, а з другого, змінювати середовище чи кооперуватися з ним. Тому здоров'я розглядається як ресурс, а не мета життя» [2].

Під визначальним впливом культури здійснюється розвиток суспільства, і в першу чергу людини. Поза культури, поза культурного оформлення поведінки і діяльності людини втрачаються доцільність і цілеспрямованість розвитку, сенс її існування, оскільки в них виражається людський досвід, суспільні традиції і механізми їх реалізації на практиці.

Тому самий небезпечний дефіцит суспільства – це дефіцит культури. Стан культури – найбільш характерна, загальнозначуща цінність. Рівень розвитку культури є вирішальною умовою прогресу суспільства і людини. Культура як універсальне явище, що пронизує всі сфери суспільного життя і види людської діяльності. Залежно від цього виділяють різні види культури: політичну, економічну, духовну, правову, фізичну, культуру здоров'я та ін. На основі цього можна виділити культуру здоров'я як відносно самостійне й особливе соціальне явище. Культура здоров'я – не просто механічний зв'язок цих слів, понять, а синтез, який утворює нову якість, новий сенс. Одна з проблем культури здоров'я – це проблема визначення сутності поняття «культура здоров'я».

Останнім часом до терміна «культура здоров'я» привернуто увагу фахівців різного профілю, зокрема педагогів, психологів, медиків, фахівців з фізичної культури та спорту. Сам термін «культура здоров'я» був уведений у 80-х р. ХХ століття філософом В. Клімовою, проте саме значення цього поняття не було розкрито.

Культура здоров'я – це важливий складовий компонент загальної культури людини, що визначає формування, збереження та зміцнення її здоров'я. Культурна людина є не тільки «споживачем» свого здоров'я, але й його «виробником». Високий рівень культури здоров'я людини передбачає її гармонійне спілкування з природою й оточуючими людьми.

Елементом культури здоров'я є уважне і правильне ставлення людини до самої себе, прагнення до самопізнання, формування, розвитку і самовдосконалення своєї особистості.

Культура здоров'я – це не тільки сума знань, обсяг відповідних умінь і навичок, але й здоровий спосіб життя гуманістичної орієнтації. Рівень

культури здоров'я визначається знанням резервних можливостей організму (фізичних, психічних, духовних) і вмінням правильно використовувати їх.

Ураховуючи різноплановість та об'ємність феномену культури здоров'я в науковій літературі є різні підходи до його визначення. Зокрема, О. Ахвердова та В. Магін стверджують, що: «феномен культури здоров'я слід розглядати як інтегративну особистісну освіту, яка є вираженням гармонійності багатства і цілісності особистості, універсальності її зв'язків з оточуючим світом і людьми, також здібності до творчої та активної життєдіяльності» [1, с. 29]. Дослідниками виділяються інтегративні характеристики культури здоров'я особистості, що включають: ціннісний, інтелектуальний, когнітивний, мотиваційний, емоційний, особистісний, вольовий і інші компоненти. Різні компоненти культури здоров'я особистості виконують особливі функції (аксіологічну, комунікативну, відновну, творчу, діагностичну та інші). У дослідженнях О. Ахвердової та В. Магіна запропонована структура культури здоров'я, що являє собою єдність когнітивно–мотиваційного, емоційного й комунікативно–вольового компонентів (табл. 1) [1; 3].

Таблиця 1.

Критерії і показники культури здоров'я особистості

Структурні компоненти	Критерії	Показники
Когнітивно–мотиваційний	Когнітивний	1. Розуміння сутності культури здоров'я. 2. Поповнення обсягу знань про духовне, психофізичне та соціальне здоров'я особистості. 3. Усвідомлення здоров'я і культури як загальнолюдських цінностей.
	Мотивація	1. Усвідомлене проектування життєвих прагнень, які визначають <i>modus Vivendi</i> – спосіб життя. 2. Валеологічна поведінка, що обумовлює здоровий спосіб життя.
Емоційний	Емоційний	1. Емоційна стійкість. 2. Подолання труднощів і психічних станів на емоційно–позитивному тлі.
Когнітивно–вольовий	Комунікативно–дієвий	1. Наявність і обсяг знань з культури спілкування. 2. Прояв комунікативної толерантності. 3. Пошукова активність. 4. Задоволення оптимального рухового режиму.
	Вольовий	1. Прагнення до саморозвитку, самовдосконалення та самовиховання. 2. Вольова регуляція поведінки, подолання труднощів у досягненні поставлених цілей

Достатньо вичерпне визначення поняття культури здоров'я надав С. Свириденко: «культура здоров'я – це історично визначений рівень розвитку вмінь і навичок, що сприяють збереженню, зміцненню та відновленню здоров'я людини, реалізації з цією метою внутрішніх резервів організму. Культура здоров'я відбивається у специфічних формах і способах

життєдіяльності особистості, орієнтованих на формування як індивідуального, так і суспільного здоров'я» [4].

Приходимо до висновку, що культура здоров'я включає у себе комплекс, пов'язаних із здоров'ям соціокультурних якостей особистості: її спроможності до виокремлення здоров'я та здорової діяльності поміж інших соціальних явищ.

Отже, як свідчить дефінітивний аналіз, більшість науковців схиляються до думки про те, що культура здоров'я – це вкрай важлива складова загальної культури людини, що є однією із найактуальніших проблем сьогодення.

Розвиток культури здоров'я відбувається в два етапи.

Так, *I етап* – культура здоров'я на основі збереження і збільшення резерву здоров'я, який включає наступні опорні розділи: створення масової національної системи оздоровлення на принципах соціальної доступності і цілісного (антропософського) підходу до людини шляхом пріоритетів страхової, податкової політики, економічного регулювання фінансового забезпечення культури, освіти, медицини з переходом на індивідуальну самосвідомість; формування сучасного світогляду на основі традицій культури Заходу і Сходу з урахуванням національних особливостей для формування філософсько–психологічного уявлення про різноплановість організації людини і моральності життя — реалізації внутрішньої гармонії фізичного, психічного, духовного стану людини і соціального середовища з відповідальністю за своє здоров'я і здоров'я близьких людей; оптимізація інститутів громадського здоров'я як єднання медико–профілактичної та економічної ефективності системи охорони здоров'я з консолідацією дій органів виконавчої влади всіх рівнів, організацій громадян у взаємодії зі структурами медичного і соціального страхування для впровадження системи медичного страхування здоров'я.

Здійснення комплексних заходів додасть здоров'ю полісистемної сутності, що включає: людину, яка еволюціонує і є джерелом інтелектуальних ресурсів нації і світоглядного благополуччя країни; економіку як структуру стійкості нації; екологію як сукупність необхідних фізичних і хімічних умов довкілля; соціальну політику і модель системи охорони здоров'я як регуляцію пріоритетів здоров'я здорового населення.

II етап – культура здоров'я на основі світогляду на життя, спосіб життя поза картиною державної політичної домінанти, включає наступні опорні розділи: розробку системи обов'язкового медичного страхування ризиків втрати здоров'я та фінансування оздоровчих заходів з бюджету та фонду соціального страхування, положення добровільного медичного страхування; створення системи доказової відновлювальної та профілактичної медицини, при якій суб'єктом стає переважно не хвора, а здорова людина, з розробкою універсальної концепції здоров'я та хвороби людини на основі уявлень про неї як про складну, замкнену багатофункціональну систему, з урахуванням подальшого вивчення особливостей виникнення, перебігу та лікування захворювань. Проведення реструктуризації профілактики шляхом підсилення існуючих структурних підрозділів, упровадження сучасних технологій

превентивної медичної допомоги (оздоровлення); створення в сучасних оздоровчо–реабілітаційних комплексах центрів здоров'я на основі єдиної технологічної доказової відновної медицини і високої якості сервісних послуг з перспективою розробки нормативно–правової документації, що передбачає створення служб і зміцнення здоров'я здорової людини, включаючи необхідні складові: підготовку кадрів, стандарти оздоровчих послуг, структуру профільних підрозділів та підрозділів з порядком фінансування та спадкоємністю з організаціями системи охорони здоров'я [6].

Формування культури здоров'я особистості будується також з урахуванням дієвого підходу, для якого характерні такі ознаки: організація різноманітних видів культурно–оздоровчої та дозвільної діяльності особистості; особистість виступає не тільки як організатор дозвілля, а й як транслятор певної суми знань з культури оздоровлення; пізнавальний матеріал використовується як засіб освоєння здоров'язбережувальної діяльності, а не як мета навчання.

Майбутнє культури здоров'я нації і процвітання населення України вимагає прийняття програми «Здоров'я нації» відповідно з загальноєвропейською політикою «Здоров'я для всіх», з урахуванням накопиченого досвіду сучасної науки про здоров'я.

Таким чином, від рівня культури здоров'я людини залежить збереження і відтворення її власного здоров'я. Культура здоров'я включає не тільки певну систему знань про здоров'я, а й відповідну поведінку щодо його збереження і зміцнення. Тому культура здоров'я входить до системи *найважливіших людських цінностей*. Ми виділяємо три підходи до аксіологічного аспекту культури здоров'я: як до психологічної проблеми, як до педагогічної і як до соціальної. Психологічними аспектами виступають мотиви, стимули, потреби, інтереси, ціннісні орієнтації, поведінка. Як педагогічна проблема, цінність культури здоров'я є об'єктом громадянського виховання, а саме – способом організації життєдіяльності особистості, значущістю й актуальністю цієї проблеми у контексті здорового способу життя. Культура здоров'я, як соціальна проблема, виступає чинником культурного засвоєння дійсності і стосується відчуттів, емоцій, ідей, є найважливішим елементом загальної культури, сферою духовної діяльності людини, моральної свідомості, оцінок [2].

Отже, людський організм – це цілісна і взаємопов'язана тонка саморегульовальна система, яка складається із духовного, психічного і фізичного рівнів, що найтіснішим чином взаємообумовлені, взаємопов'язані і взаємозалежні між собою.

Список використаних джерел

1. Ахвердова О. А., Магин В. А. К исследованию феномена «культура здоровья» в области профессионального физкультурного образования // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 1. – С. 28 – 35.
2. Оржеховська В. М. Педагогіка здорового способу життя // Проблеми освіти: Наук.–метод. зб. – К.: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, 2006. – Вип. 48. – С. 37.
3. Поняття, що характеризують людину [Електронний ресурс]. – URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/fiz_reabil/lectures_stud/uk/med/health/ptn/Мето

дика%20навчання%20основ%20здоров'я/2%20курс/01.%20Поняття%20що%20характеризу ють%20здоров'я%20людини.htm. – Назва з екрану

4. Свириденко С. О. Активізація пізнавальної діяльності учнів у процесі формування здорового способу життя // Сучасні технології навчання в початковій освіті: Матеріали Всеукр. наук.–практ. конф. (13–14 квітня 2006 р.) / Ред. кол.: З. Сіверс, О. Кононко, Е. Белкіна та ін. – К.: КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2006. – С. 125 – 127.

5. Статут Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: 25.06.2015 URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_599 – Назва з екрану

6. Торопов Г. Н., Фомин А. С. Культура здоров'я – еволюція движенья // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 9. – С. 7.

ПЛЕКАННЯ ЦІННОСТІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ: ДОСВІД, ШЛЯХИ, ЕТАПИ *(Пріма Р.М., Циплюк А.М.)*

Життя і здоров'я – найбільше благо, дароване людині природою, беззаперечна цінність якого усвідомлюється, нажаль, з його втратою. Україна, незважаючи на значний досвід пропаганди здорового способу життя, визнання здоров'я пріоритетним напрямом державної політики та одним із основних факторів національної безпеки, належить до числа країн зі старіючою нацією, де смертність переважає над народжуваністю, а тривалість життя населення є найнижчою, в порівнянні з іншими європейськими державами. Відтак, актуалізується потреба в пошуку нових шляхів, підходів до розуміння проблеми здоров'язбереження, зокрема дітей дошкільного віку.

У сучасній дошкільній педагогіці на перший план висуваються завдання гуманізації процесу виховання і навчання, охорони і зміцнення психічного і фізичного здоров'я дітей, їх повноцінного розвитку. Нагадаємо, розвиток – це безперервний процес, що виявляється у кількісних та якісних змінах, які пов'язані з фізіологічним розвитком (генетично зумовленими особливостями), але визначаються не лише ним, а наслідками взаємодії людини з зовнішнім світом, зокрема в дитинстві здійснюється за допомогою дорослих у спеціально організованій діяльності і спілкуванні з ними [7, с. 134]. Тобто здійснюється процес соціалізації дитини, шляхом якої відбувається формування індивіда як особистості, здатної до самовдосконалення й особистісного становлення, яке, за твердженням Г. Костюка, стає можливим у наслідок «саморуху» – суперечності між внутрішнім індивідуальним та зовнішнім суспільним, що викликає активність індивіда. Наприклад, це можуть бути розходження між новими потребами, прагненнями особистості, яка розвивається й досягнутим нею рівнем оволодіння засобами, необхідними для їх задоволення [7, с. 140]. Так виникають суперечності, подолання яких вимагає здійснення певних операцій. Наприклад, у дошкільному віці такі суперечності розв'язуються у грі, яка є провідним, універсальним і найбільш доступним засобом передачі суспільного досвіду дитині. У негативному ж випадку, наявні суперечності

можуть стати гальмівним фактором розвитку дитини, спричинивши її відставання, дисгармонію, а отже – погіршення стану здоров'я.

Відтак, як слушно зауважує Г. Костюк, завдання педагога полягає у забезпеченні умов для здійснення «саморуху» особистості у своєму становленні. Рішення означених питань, на наш погляд, уможлиблюється через створення цілеспрямованої системи психолого–педагогічних умов організації освітньої діяльності дітей у дошкільному навчальному закладі, у ході якої здійснюється їхній всебічний гармонійний розвиток на засадах здоров'язбереження. Концентрацію різноманітних умов професійного педагогічного впливу на становлення особистості дошкільника, в контексті яких здійснюється збереження фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я дитини доцільно розглядати як здоров'язберезувальне середовище дошкільного навчального закладу.

Наукові розвідки (О. Вакуленко, Б. Долинський, М. Сентізова, Л. Татарникова, О. Шиян, О. Яременко та ін.) засвідчують: відсутність здоров'я визначається багато в чому способом життя людини, яка свідомо чи несвідомо не приймає системи цінностей здоров'я і як наслідок не здатна бути благополучною.

У науковій літературі [3; 4] «спосіб життя» розглядається як інтегративний спосіб буття індивіда в зовнішньому і внутрішньому світі, як система взаємин індивіда із самим собою та факторами зовнішнього середовища. Іншими словами, спосіб життя – це біосоціальна категорія, що інтегрує уявлення про певний тип життєдіяльності людини і характеризується її трудовою діяльністю, побутом, формою задоволення матеріальних і духовних потреб, правилами індивідуальної й суспільної поведінки.

Спосіб життя як наявність корисних звичок, що зміцнюють природний ресурс здоров'я, і відсутність шкідливих, що руйнують його, називають «здоровим способом життя». Влучне визначення цього феномена належить О. Север'янову, згідно якого, здоровий спосіб життя – це оптимальний фізичний, психоемоційний, функційний стан організму за рахунок регулярної рухової активності, правильного харчування, систематичного загартовування, спеціальних вправ, що зміцнюють дихальну, серцево–судинну, нервову систему [4]. Інакше кажучи, це процес виконання певних норм, правил, вимог, що забезпечує комфортне самопочуття і високий рівень життєдіяльності.

За визначенням Т. Воронцової та В. Пономаренка, здоровий спосіб життя – це поведінка, яка сприяє задоволенню базових потреб і досягненню загального благополуччя: гарного самопочуття, гармонії внутрішнього стану, збалансованих стосунків із оточенням, інтелектуального та духовного розвитку [8, с. 45].

У контексті окресленої проблеми звертаємо увагу на низку досліджень (Г. Беленька, О. Богініч, М. Машовець та ін.) щодо проблеми формування здорового способу життя дітей дошкільного віку. Так, у колективній монографії зазначається: знання, розуміння і використання на практиці основ

здорового способу життя – це три ключових моменти, від яких залежатиме повноцінність, добробут та тривалість життя кожної особистості, цілого покоління й усіх наступних поколінь людей [1, с. 86].

О. Богініч трактує означений феномен як сформованість психологічної настанови на збереження, зміцнення та примноження власного здоров'я та здоров'я оточення, активну діяльність індивіда в цьому напрямі, зокрема оздоровлення способу життя, боротьбу зі шкідливими звичками і факторами ризику для здоров'я, подолання інших несприятливих чинників способу життя [2, с. 8].

Відтак, формувати у дітей ціннісне ставлення до здоров'я, навички ведення здорового способу життя необхідно вже з раннього та дошкільного віку. І в даному контексті постає питання – що має зробити освітня установа для збереження і зміцнення здоров'я суб'єктів педагогічного процесу. Цінним, на нашу думку, у цьому плані є досвід створення здоров'язбережувального середовища зарубіжних освітніх навчальних закладів. Для цього там, наприклад, розробляються моделі шкіл сприяння здоров'ю. Нагадаємо, що модель – це розроблений на основі теорії варіант практичної діяльності, що є певною системою (Є. Ямбург).

Під моделлю освітнього закладу, що сприяє здоров'ю, розуміється такий навчальний заклад, всі напрямки діяльності якого в процесі виконання своїх виробничих функцій оптимально впливають на здоров'я суб'єктів педагогічного процесу.

У світовому освітньому просторі відомі організовані в 80–і рр. ХХ ст. у центральній Європі перші школи, в яких реалізовувались програми збереження та зміцнення здоров'я дітей. Згодом школи здоров'я з'явилися і в США. На сьогодні такі школи створено в багатьох країнах світу, а досвід їхньої діяльності, на наш погляд, корисний у створенні здоров'язбережувального середовища ДНЗ і в нашій країні.

Так, діяльність перших шкіл здоров'я здійснювалася за трьома напрямками: поширення інформації щодо необхідності ведення здорового способу життя; профілактика та рання діагностика негативних змін у здоров'ї дітей; створення умов для фізичного розвитку, сприятливої психологічної атмосфери, забезпечення збалансованого харчування, створення мотивації навчально–пізнавальної діяльності.

Згодом програма збереження здоров'я в Європі та США була значно доповнена і розширена. Вона включає в себе такі розділи, як [6]: освіта в галузі фізичного і психічного здоров'я, коли суб'єкти педагогічного процесу набувають знання про стан, зміни соматичного і психічного здоров'я, про шляхи та способи їх збереження та зміцнення; фізичний розвиток учнів, що здійснюється за спеціальною програмою, яка реалізується на фізкультурних заняттях і поза ними на заняттях фізкультурно–оздоровчої та спортивної діяльності в цілісній системі фізичного виховання; медичне обслуговування, що передбачає профілактику, ранню діагностику захворювань, надання медичної допомоги, проведення планомірних реабілітаційних заходів; психологічна та соціальна консультативна служби, здійснювані педагогами

освітнього закладу з питань здоров'я та здорового способу життя; служба харчування, що займається як консультацією з питань дієтичного, здорового харчування, так і його організацією; спільна робота з батьками, громадськими організаціями, державними службами для реалізації розроблених програм здоров'я; підготовка викладачів та персоналу освітнього закладу до забезпечення здорового освітнього середовища, їхнє навчання задля реалізації програми здоров'я, проведення моніторингу їхньої готовності до здоров'язбережувальної діяльності [6].

Отже, здоров'язбережувальне середовище ДНЗ як осередок засвоєння норм здорового способу життя включає організаційно–педагогічний, соціально–психологічний, санітарно–гігієнічний та фізкультурно–оздоровчий напрямки роботи.

Виходячи з вище сказаного, можна відзначити, що найбільш істотною якісною характеристикою здоров'язбережувального середовища є його цілісність, оскільки саме в цьому випадку забезпечується максимальна ефективність його впливу на особистість дитини. При цьому ми виходимо з того, що цілісність процесу формування здорового способу життя дітей дошкільного віку значною мірою забезпечується спільністю цілевизначення, тобто рішучою налаштованістю всіх учасників освітнього процесу на пошук і втілення в життя зразків здорової життєдіяльності.

Суттєвим також є те, що спільне цілевизначення для дітей, педагогів, батьків сприяє розумінню необхідності прийняття цінності культури здоров'я. Так, для дітей це означає розуміння того, що шкодить здоров'ю людини, як і чим підтримувати своє здоров'я, до чого прагнути. Для дорослих, і передусім, вихователів – це відповідальність за збереження здоров'я своїх вихованців, особистий приклад здорового способу життя, щира і зацікавлена участь у вирішенні питань здоров'я дітей в дитячому закладі освіти і поза ним.

Ураховуючи той факт, що дошкільний навчальний заклад – це наступне після сім'ї мікросередовище, в яке потрапляє дитина та перебуває у ньому досить тривалий час (близько 12 годин) щоденно, важливо, щоб організатором її діяльності була професійно компетентна, вдумлива людина, спроможна результативно здійснювати освітній процес на засадах здоров'язбереження.

Ми глибоко переконані в тому, що лише той вихователь, у якого особисто в процесі професійної підготовки буде сформоване активно усвідомлене ставлення до власного здоров'я, мотивація щодо ведення здорового способу життя зможе здійснювати успішну педагогічну, в тому числі й здоров'язбережувальну, діяльність у дошкільному навчальному закладі, в наслідок якої очевидними стали б позитивні зрушення у фізичному, психічному, соціальному розвитку підростаючої особистості.

Тому пропонуємо «озброювати» майбутніх вихователів знаннями та навичками здоров'язбереження, формування основ здорового способу життя поетапно. Так, до таких етапів відносимо: мотиваційно–орієнтаційний, пізнавально–збагачувальний, творчо–технологічний. Схарактеризуємо їх.

Так, перший, *мотиваційно–орієнтаційний етап*, має на меті поступове «занурення» студента в атмосферу, сприятливу для виникнення глибоких позитивних переживань стосовно пізнавальної діяльності, її змісту, форм і методів здійснення. Цей етап спрямований на активізацію мотиваційної сфери майбутніх вихователів щодо зміцнення і збереження здоров'я; формування ціннісних орієнтацій щодо власного здоров'я та здоров'я майбутніх вихованців, професійної спрямованості особистості майбутнього педагога–вихователя, яку, власне, розглядаємо як сукупність усвідомлених, стійких мотивів і прагнень до здійснення здоров'язбережувальної педагогічної діяльності та вважаємо суттєвим стимулом і головним чинником до професійного зростання і самовдосконалення [8, с. 223].

У дослідженні ми зробили спробу досягнути цієї мети, впливаючи, перш за все, на емоційно–почуттєву сферу майбутніх педагогів, намагаючись викликати глибокі позитивні переживання стосовно пізнавальної діяльності здоров'язбережувального характеру, оскільки, як зауважують науковці (Л. Дихан, В. Козлов, Є. Пир'єв), саме емоції, а не потреби, як традиційно стверджувалося, «створюють» мотивацію, яка є своєрідним фільтром, крізь який пропускаються всі сигнали, котрі отримує людина ззовні.

Дослідження Л. Дихан свідчать, що на формування переконань молоді впливає: 1) нова інформація (інформація, почута вперше, здатна впливати на переконання людини); 2) особистісно значуща інформація, котра відповідає актуальній на сьогоднішній день потребі, проблемі; 3) інформація, яка викликає у людини сильні емоції (збереження такої інформації на глибинному, рефлексорному рівні може відбутися з одного–двох разів, надовго залишаючись у пам'яті); 4) інформація, пов'язана з поважною особистістю; 5) поєднання тої чи іншої проблеми здоров'я з особистісними, внутрішніми цінностями людини за принципом їх розширення, доповнення [5].

Тож яким чином зацікавити майбутніх вихователів проблемами здоров'язбереження? Перш за все, доречно використовувати інформаційні джерела (інтернет–ресурс), активними користувачами яких є сучасні студенти. Так, наприклад, до їхньої уваги можна запропонувати мотиваційні ролики здоров'язбережувальної спрямованості, які містять різноманітну інформацію про здоров'я, способи його збереження, саморозвиток; приклади життєвих ситуацій (незламної сили духу людей з особливими потребами тощо), навчальні кінофільми. На основі побаченого та почутого організовуються жваві дискусії, особливою вимогою яких є дотримання вільної атмосфери полілогу. Окрім цього, студентам можна запропонувати зробити добірку сайтів, що висвітлюють проблеми здоров'я, здорового способу життя, при цьому увага звертається на уміння розрізняти та критично аналізувати потік інформації, обирати правдиву та найбільш об'єктивну. Як підсумок – створення власного мотиваційного ролика (наприклад, на такі теми: «Рух – це життя», «Твоє життя – твій вибір», «Обирай здоровий спосіб життя», «Здоровим бути модно» та ін.). Для виконання цієї форми роботи необхідно об'єднатися у декілька мікрогруп, а це вимагає узгодженої творчої взаємодії, сприяє виробленню

умінь працювати у команді, тобто досягати синергії, що сьогодні надзвичайно актуально.

Пізнавально–збагачувальний етап (етап поглиблення, систематизації, узагальнення знань) реалізується під час викладання для студентів спеціальності «Дошкільна освіта» спецкурсу «Формування основ здорового способу життя дітей дошкільного віку», який має на меті ознайомити студентів із теоретико–методичними засадами проблеми здоров'язбереження, формування здорового способу життя дітей дошкільного віку. Завданнями спецкурсу є: ознайомити майбутніх вихователів із психолого–педагогічною сутністю феномена «здоров'я»; дослідити його співвіднесеність із поняттями «здоров'язбереження», «здоров'язбережувальне середовище», «здоровий спосіб життя»; систематизувати наукові уявлення студентів про здоров'язбережувальне середовище як ключову умову формування здорового способу життя людини; виокремити провідні якості особистості педагога, необхідні для здійснення успішної здоров'язбережувальної діяльності у ДНЗ; ознайомити із сучасними здоров'язбережувальними технологіями.

Третій етап – **творчо–технологічний** спрямований на активізацію та виявлення здатності, потреби студентів до творчого вияву знань, умінь та навичок у практичній здоров'язбережувальній діяльності.

До форм і методів інтерактивного навчання, які можуть, на наш погляд, оптимізувати процес професійної підготовки, віднесені такі як: *мозковий штурм*, який стимулює пізнавальну й творчу активність студентів; *дебати* – сприяють розширенню світогляду, розвитку інтелектуальних і комунікативних здібностей майбутніх вихователів («Дитина у глобалізованому суспільстві. Вплив цивілізації на здоров'я дітей дошкільного віку: за і проти»); рефлексивні ситуації, вирішення ситуаційних завдань – забезпечують набуття студентами суб'єктного досвіду прийняття рішень у межах педагогічної діяльності; тренінгові заняття («Я – успішний педагог»), які дозволяють створити невимушену доброзичливу атмосферу спілкування, сприяють налагодженню зворотнього зв'язку; ділові ігри (наприклад, «Педагогічний ринг – здоров'я найбільше благо») – створюють умови для підвищення мотивації та емоційності, самовираження, продукування цікавих думок, неординарних рішень в активній творчій діяльності; заняття прес–конференції; виконання творчих завдань у формі есе на тему: «Взаємозв'язок здоров'я та професійного становлення фахівця у галузі дошкільної освіти»; сценарії майстер–класів із використання здоров'язбережувальних технологій: «Психогімнастика», «Імунна гімнастика», «Дихальна гімнастика», «Мудри», «Ароматерапія», «Фітотерапія», «Арт–терапія (пісочна терапія, кольоротерапія, музикотерапія, ізотерапія)», «Фітотерапія», «Сміхотерапія» тощо.

Окрім цього, вагому роль у процесі фахової підготовки майбутніх вихователів є педагогічна практика у базових дошкільних навчальних

зкладах. Для вдосконалення власних умінь здоров'язбережувальної діяльності, формування основ здорового способу життя дітей дошкільного віку студентам пропонуються такі завдання: заповнення щоденника педагогічної практики, зошита спостережень, у якому варто аналізувати різноманітні режимні моменти організації життєдіяльності дітей дошкільного віку та діяльність щодо збереження і зміцнення їхнього здоров'я, фіксувати наявні помилки, причини їх виникнення; складання конспектів занять із формування основ здорового способу життя дітей дошкільного віку та їх проведення; складання портфолію ідеального вихователя, інтерв'ю «Особливості роботи сучасного вихователя» з метою вивчення педагогічного досвіду; «Валеологічний поради́к для батьків», папка–пересувка «Правила здорового способу життя», консультація для батьків «Здоров'я дитини – від родини».

І насамкінець, наголосимо, свого часу всесвітньо відомий учений, лауреат Нобелівської премії в галузі медицини І. Павлов твердив, що людина могла б жити до ста років, якби своєю нестриманістю, безпорадністю, байдужим ставленням до організму не зводила цей нормальний для життя час до значно меншої цифри. Тому зрозуміло наскільки важливо уже в дошкільному віці, коли фізичний та психічний розвиток надзвичайно стрімкий і сприятливий до виховних впливів, формувати у дитини активно–дієве ставлення до особистого та суспільного здоров'я, закладати основу розуміння того, що здоров'я – найбільша цінність, дарована людині природою.

Список використаних джерел

1. Беленька Г. В., Богініч О. Л., Машовець М. А. Здоров'я дитини – від родини. – К.: СПД Богданова А М., 2006. – 220 с.
2. Богініч О. Оздоровчу ідеологію в життя малят // Дошкільне виховання. – 2006. – № 7. – с. 7 – 9.
3. Волошина Л. Н. Развитие здоровьесберегающего образовательного пространства дошкольных учреждений (методология, теория, практика): дисс. ... докт. пед. наук: 13.00.04. – Екатеринбург, 2006. – 434 с.
4. Єфімова В.М. Здоров'язбережувальна діяльність у школах здоров'я: зарубіжний досвід // Порівняльно–педагогічні студії. – 2012. – № 3 (13). – С. 98–103.
5. Козлов В. А. Проблеми формування мотивації студентів на здоров'язбереження: [Електронний ресурс]. Режим доступу: // <http://cyberleninka.ru/article/n/problemuy-formirovaniya-motivatsii-studentov-na-zdoroviesberezenie>.
6. Сентизова М. И. Педагогическое обеспечение подготовки будущих учителей к здоровьесберегающей деятельности: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – Якутск, 2008. – 269 с.
7. Трофімов Ю.Л. та ін. Психологія: підручник. – К.: Либідь, 2001. – 560 с.
8. Успенська В. Впровадження здоров'язберігальних технологій у загальноосвітньому навчальному закладі – вимога часу // Рідна школа. – 2009. – № 4. – С. 44 – 47.
9. Шестакова Т. В. Формування готовності майбутніх педагогів до професійного самовдосконалення: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. – К., 2006. – 250 с.

КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ТА СЕРЕДОВИЩНИЙ ПІДХІД ДО ЇЇ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

(Авдєєнко І. М.)

Розбудова нашої держави на демократичних засадах вимагає переходу до нового типу гуманістично–інноваційної вищої освіти, покликаної забезпечити всебічне зростання і розкриття культурного, інтелектуального та духовного потенціалу особистості. Сучасна вища освіта, створюючи сприятливі умови для особистісного розвитку людини, має готувати для сучасного ринку праці конкурентоспроможного фахівця, здатного свідомо й ефективно виконувати професійні функції в умовах високотехнологічного суспільства. Збільшення потоку інформації, інтенсифікація навчального процесу, напружена розумова праця й прогресуюча гіподинамія призводять до істотного зниження функціонального стану організму та фізичної працездатності студентів вищих навчальних закладів. У зв'язку із цим для студентської молоді актуальним є розвиток культури здоров'я як однієї з найважливіших умов успішного здобуття вищої освіти та подальшої особистісної та професійної самореалізації [6].

Низький рівень здоров'я студентської молоді, розповсюдженість наркоманії, алкоголізму, тютюнопаління, епідемічне поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, гепатиту, погіршення репродуктивного здоров'я потребує розвитку культури здоров'я студентів як важливого чинника попередження та подолання таких негативних явищ в українському суспільстві. Формування зазначеної якості покликане оптимізувати освітньо–виховний процес у вищій школі та сприяти: створенню педагогічних умов, необхідних для ефективного розвитку культури здоров'я студентів; упровадженню системного підходу до педагогічного забезпечення цього процесу; вихованню цілісного бачення та активного інтересу студентів до проблеми збереження свого здоров'я в майбутній професійній діяльності.

Шляхом узагальнення нормативно–правових документів, філософської, культурологічної, психолого–педагогічної та валеологічної літератури з досліджуваної теми (М. Агаджанян, Г. Апанасенко, Н. Башавець, Ю. Бойчук, І. Брехман, М. Гончаренко, В. Горашук, В. Казначеев, І. Мурахов, В. Пасинок, Л. Попова та ін.) нами з'ясовано, що культура – це процес розвитку й виховання духовно багатого особистості, у якій фізичні, психічні та соціальні якості знаходяться в оптимальній узгодженості. Збереження і відтворення здоров'я безпосередньо залежить від загального рівня культури особистості. Культура відображає ступінь усвідомлення людиною цінності здоров'я й уважного ставлення у зв'язку із цим до самої себе. У культурі виявляється діяльнісний спосіб опанування людиною в процесі свого розвитку зовнішнього та внутрішнього світу. Враховуючи те, що культура є особливим соціальним механізмом трансляції, збереження і накопичення культурного досвіду, який виконує функцію «соціальної генетики», то культура особистості – це система знань, поглядів, переконань, умінь, які сприяють виникненню механізмів і технологій використання накопиченої

соціальної інформації, що у свою чергу транслюється в усі аспекти життєдіяльності людини, утворюючи культурний генофонд суспільства. У зв'язку із цим і культура, й особистість взаємопов'язані та взаємозалежні.

Оскільки здоров'я належить до загальнолюдських цінностей, провідною для цього дослідження є аксіологічна концепція культури (І. Гердер, В. Гумбольдт, І. Кант та інші), яка ґрунтується на тому, що культура є втіленням «істинної людяності», справжнього людського буття. Покликана бути ареною духовного вдосконалення особистості, вона постає перед кожною окремою людиною як світ цінностей та ідеалів. З огляду на це, культура здоров'я передбачає не тільки певну систему знань про здоров'я, але й відповідну поведінку щодо його збереження, яка базується на духовно-ціннісних орієнтаціях. Доведено, що культура здоров'я – це якісне утворення особистості, яке виявляється в єдності біологічних, психологічних, соціальних і духовних чинників, що визначають спосіб її життя і гуманістичний смисл буття. Вона зумовлює подальший розвиток усіх різновидів культури і передбачає формування людини як цілісного індивіда, охоплюючи всі сторони його життя. Культура здоров'я покликана перетворити будь-яку сферу діяльності людей у засіб фізичного й духовного самовдосконалення та самооздоровлення. Вона характеризує ставлення особистості до життя, до свого здоров'я, її прагнення до самопізнання [3].

Культура здоров'я виражається в глибині й системності засвоєних здоров'язбережувальних знань, сформованості гуманістичних ціннісних орієнтацій, розумінні виховних можливостей національних культурно-історичних традицій щодо ведення здорового способу життя, різних формах активної оздоровчої діяльності, емоційно-ціннісному ставленні до навчання й обраної професії. Усе це дозволяє говорити про культуру здоров'я як особливий вид культури людини.

Теоретичний аналіз різних підходів до розуміння сутності загальної та професійної культури (Ю. Бойчук, В. Горащук, В. Гриньова, Н. Крилова та інші) дав змогу дійти висновку, що *культура здоров'я студента є цілісною інтегрованою професійно-особистісною характеристикою, яка відображає сформованість ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточення, оволодіння сукупністю здоров'язбережувальних знань, здоров'язбережувальними технологіями та вміннями розробляти індивідуальну оздоровчу програму, що дозволяє особистості найбільш повно реалізувати свій здоров'ятворчий потенціал у навчанні та майбутній професійній діяльності.* Культура здоров'я студента як майбутнього фахівця є невід'ємною складовою його професіоналізму: з одного боку, це специфічний напрям фахової підготовки, а з іншого – важливий компонент здоров'яорієнтованої навчальної та професійної діяльності. Культура здоров'я студентів – це аксіологічне й рефлексійне підґрунтя збереження, зміцнення та корекції їхнього здоров'я. Означена характеристика завжди відбиває особисті якості конкретної людини та виявляється насамперед у здоров'язбережувальній діяльності, яка має особистісне значення, універсальний зміст, тобто може бути застосована при розв'язанні широкого кола особистісних і професійних ситуацій.

Здоров'язбережувальну діяльність розглядають як специфічну форму людської активності, яка спрямована на формування здорового способу життя й забезпечує повне біосоціальне функціонування індивіда, його фізичну та інтелектуальну працездатність, достатню адаптацію до соціоприродних впливів та мінливості зовнішнього середовища (Н. Белікова). Ця діяльність охоплює спеціально організовані фізкультурно–оздоровчі, освітні, реабілітаційно–профілактичні, санітарно–гігієнічні та рекреаційні заходи для повноцінного життя людини на всіх етапах її вікового розвитку та професійної діяльності [1].

Спираючись на принципи єдності свідомості й діяльності, розуміння сутності педагогічної діяльності та її основних складників (Л. Виготський, Н. Кузьміна, О. Леонтьєв, І. Лернер, Б. Ломов, С. Рубінштейн, В. Семиченко та ін.), нами визначено зміст структурних компонентів культури здоров'я студентів, а саме: *ціннісно–мотиваційний* (розкривається в наявності стійких мотивів до розвитку культури здоров'я, позитивному ставленні та інтересі до цінностей здоров'я і питань здоров'язбереження); *змістово–поведінковий* (відображається в засвоєнні системи здоров'язбережувальних знань та оволодінні способами здоров'язбережувальної діяльності з урахуванням специфіки професійної діяльності); *аналітико–рефлексивний* (виявляється в здатності до аналізу й самоаналізу власної здоров'язбережувальної поведінки, сформованості культури здоров'я).

Розвиток культури здоров'я характеризується суспільно–оздоровчою орієнтацією та ціннісною мотивацією на збереження й зміцнення здоров'я, оволодіння здоров'язбережувальними знаннями та виявлення здатності застосовувати їх на практиці для активізації суспільної здоров'язбережувальної позиції майбутнього фахівця, що відображає його функціональну готовність на високому рівні здійснювати професійну діяльність. *Розвиток культури здоров'я студентів* ми розглядаємо як процес активного пізнання ними змісту здоров'ятворчого сенсу особистої та професійної соціалізації, причинно–наслідкових зв'язків безпечної життєдіяльності й зміцнення здоров'я як невід'ємного складника фахової освіти.

У вищому навчальному закладі кінцевий результат освітнього процесу визначає багато чинників. Чільне місце серед них належить освітньому середовищу як динамічній системі найбільш оптимальних освітніх умов. На жаль, процес професійно–особистісного становлення студентів і, зокрема, розвитку в них культури здоров'я найчастіше будується без урахування особливостей освітнього середовища та його компонентів [5].

Особлива роль середовища в розвитку особистості аналізувалася в працях І. Беха, А. Бодальова, А. Гагаріна, С. Дерябо, В. Іванової, Є. Климова, Г. Ковальова, Ю. Кулюткіна, О. Макагона, Ю. Мануйлова, В. Орлова, В. Панова, І. Щербак, В. Ясвіна та інших дослідників. Проведений аналіз наукової літератури дав нам можливість розглядати освітнє середовище як складну динамічну систему, що здатна змінюватися, перебудовуватися залежно від зовнішніх умов, впливати на актуалізацію потенціалу особистості. Установлено, що освітнє середовище – це система впливів та умов формування особистості, які містяться в соціальному й просторово–

предметному оточенні. Освітнє середовище визначається як система прямих і непрямих навчально–виховних дій, що реалізують настанови педагогів, які формують завдання, мету, методи, засоби й форми освітнього процесу. Середовищний підхід дозволяє перенести акцент у діяльності викладача з активного педагогічного впливу на особистість студента у сферу проектування освітнього середовища, де відбувається його самонавчання й саморозвиток. Отже, у процесі взаємодії студента із середовищем активізуються механізми його внутрішньої пізнавальної активності. І чим більше студент використовує можливості середовища, тим успішніше відбуваються процеси його вільного й активного саморозвитку, оскільки особистість водночас стає і творцем, і продуктом свого середовища [8].

Ураховуючи те, що чинники освітнього середовища мають потужний вплив на формування та забезпечення благополуччя особистості (Л. Виготський, В. Зінченко, Я. Коменський, Є. Моргунов, В. Сухомлинський, К. Ушинський та ін.), для відображення їх здоров'яформуального ефекту сучасною психолого–педагогічною наукою введено поняття «здоров'язбережувальне освітнє середовище» як сукупність управлінських, організаційних і навчальних умов, спрямованих на формування, зміцнення та збереження фізичного, психічного, соціального й духовного здоров'я та адаптацію суб'єктів навчання через використання комплексу психолого–педагогічних, валеологічних та медико–гігієнічних засобів і методів супроводу освітнього процесу, профілактику чинників ризику для здоров'я, організацію оздоровчих заходів (О. Бельорін–Еррера, Ю. Бойчук, С. Омельченко Г. Остапенко, Ю. Старосельська, Н. Тверська та ін.).

Ми спираємося на визнану ідею науковців стосовно того, що освітнє середовище вищого навчального закладу є не статичним, а динамічним феноменом, у якому існує можливість забезпечення бажаних змін за допомогою педагогічних засобів. Із цією метою нами виділено основні функції освітнього середовища вищого навчального закладу щодо розвитку культури здоров'я студентів та особливості їх реалізації в освітньому процесі, а саме: *ціннісно–орієнтаційна* (передбачає створення належної мотивації та впровадження стимулів для творчого оволодіння студентами культурою здоров'я), *інформаційно–пізнавальна* (набуття знань про здоров'я та способи його збереження), *системоутворювальна* (реалізація неперервної здоров'язбережувальної освіти, узагальнення та систематизація наявного досвіду здоров'язбережувальної підготовки та доповнення його з урахуванням вимог майбутньої фахової діяльності) та *організаційно–діяльнісна* (залучення студентів до реалізації отриманих здоров'язбережувальних знань у професійній діяльності, набуття практичного досвіду застосування здоров'язбережувальних технологій). У межах зазначених функцій освітнього середовища можливим є формування в студентів відповідального ставлення до здоров'я як однієї з найважливіших особистісних професійних та соціальних цінностей людини, забезпечення їх необхідними поняттями та уявленнями про здоров'язбереження, надання інформаційно–організаційного та професійного досвіду здоров'язбережувальної діяльності [2; 7].

Здоров'язбережувальне освітнє середовище створюється внаслідок інтеграції навчально–виховних взаємодій вищого навчального закладу з метою якісного перетворення реального середовища життєдіяльності студентів у сприятливе середовище для розвитку їхнього сутнісного потенціалу та індивідуалізації, формування нової стратегії здоров'язбережувальної поведінки особистості, ціннісного ставлення до здоров'я оточуючих. Процес створення здоров'язбережувальне освітнього середовища вищого навчального закладу характеризується педагогічним цілепокладанням і доцільністю, ґрунтується на цілісному підході до особистості студента.

Здоров'язбережувальне освітнє середовище вищого навчального закладу – це таке середовище, в якому взаємодія всіх суб'єктів педагогічного процесу має своїм результатом їхнє духовне, інтелектуальне, моральне, естетичне, фізичне взаємозбагачення, сприяє розвитку культури здоров'я, самореалізації особистості, формує готовність до особистісного й професійного самовдосконалення, забезпечує реалізацію співтворчості в межах гуманістичної парадигми.

Показниками ефективності здоров'язбережувального освітнього середовища є включеність його суб'єктів у сумісну здоров'язбережувальну діяльність; гармонійність всіх суб'єктів педагогічного процесу; довіра і висока вимогливість один до одного; інформованість суб'єктів педагогічного процесу про цілі, завдання та результати здоров'язбережувальної діяльності та позитивне ставлення до них; задоволеність приналежністю до колективу; сприятливий психологічний мікроклімат; демократичний стиль управління; стан емоційного комфорту як результату сумісної діяльності та високі показники рівня фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я студентів.

Список використаних джерел

1. Авдеєнко І. М. Сучасні підходи до розуміння поняття «культура здоров'я» // Педагогічні науки: зб. наук. пр. – Херсон: ХДУ, 2011. – Вип. 59. – С. 165–169.
2. Авдеєнко І. М. Розвиток культури здоров'я студентів в освітньому середовищі вищого навчального закладу: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. – Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2016. – 20 с.
3. Бароненко В. А., Рапопорт Л. А. Культура здоров'я студента. – Екатеринбург: ГОУ ВПО «УГТУ–УПИ», 2003. – 224 с.
4. Бойчук Ю. Д., Авдеєнко І. М., Туричнов А. В. Педагогічні умови розвитку культури здоров'я студентів в освітньому середовищі вищого навчального закладу // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: наук. журн. – Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2015. – С. 141–149.
5. Бутева Л. П. Личность и среда. – М.: Наука, 1972. – 145 с.
6. Диканова Е. Г. Культура здоров'я в образовательном пространстве. – Волгоград: Перемена, 2003. – 100 с.
7. Омельченко С. Валеонасичений здоров'язбережувальний освітній простір вищого навчального закладу. – Слов'янськ: Вид. центр СДПУ, 2012. – 166 с.
8. Ясвин В. А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. – М.: Смысл, 2001. – 365 с.

ФІЛОСОФСЬКА РЕФЛЕКСІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК НЕОБХІДНІСТЬ ЦИВІЛІЗОВАНОЇ ЛЮДИНИ

(Сайнчук М.М.)

*«У кінцевому підсумку майже будь-яка окремо взята хвороба, від якої потерпає сучасне людство (хай то бактеріальна, вірусна, паразитична чи неінфекційна) корениться у розбіжності між нашою біологією та світом, який ми створили з часів появи агрокультури»
Спенсер Велз «Посіви Пандори» [3, с. 107]*

Вочевидь, відсутність здоров'я, чи то свого, чи то ближніх, чи то народного є найбільшим поштовхом до практикування (експериментування) і зрештою філософування на цю тему різнопланових фахівців і не фахівців. Рефлексії щодо здоров'я людини можна розвивати з позицій різних філософських систем: як то онтології (здоров'я як сутнісна/буттєва категорія), феноменології (здоров'я як суб'єктивний та інтерсуб'єктивний феномен, здоров'я Я та Іншого), футурології (чи можливе відчуження/виродження людської тілесності, перспективи досягнення абсолютного здоров'я), історіософії (поняття здоров'я в історичному міжчассі), теософії (здоров'я як дар вище ..., аскетизм), екзистенціалізму (переживання станів здоров'я та хвороби), епістемології (знання здоровий/хворий) тощо. Філософію здоров'я як світоглядні орієнтири/настанови зі збереження/охорони тіла (тілесності) людство «виробляло» тисячоліттями і навіть після розшифрування ДНК і наукового домінуванні в трактуванні/лікуванні хвороба–здоров'я філософування на цю тему не зупиняться.

З ХХІ ст. почав розвиватись інтегральний напрям філософування на тему здоров'я – валеософія, який В. Кулініченко називає теоретичною основою валеології: «Валеософія допомагає розкривати і вивчати закономірності становлення і розвитку «спонтанно» виникаючих теоретичних систем у медичному і валеологічному знанні, стає своєрідним рефлексивним засобом дослідження інваріантів прямування медичних і валеологічних концепцій і шкіл» [6, с. 27]. Шлях до валеософії йде крізь історичні «терни» теоретичних домінувань різноманітних напрямів: до середини ХХ ст. інтенсивно розвивалась евгеніка, після – валеологія, біоетика тощо. Попри наукові досягнення (в біології, хімії, медицині), які стоять на службі оздоровлення та попередження/знищення хвороботворних субстанцій, філософування є необхідною складовою життя людини. Із загальних «правильних» правил все одно потрібно віднайти найбільш оптимальні і прийнятні для конкретного випадку.

Здоров'я як самоціль в ціннісних орієнтаціях молоді України. Для значної частини людності сучасного цивілізованого світу бути здоровим й життєдіювати здорово стало сенсом життя. Дослідження ціннісних орієнтацій української молоді (за методикою М. Рокіча) показує, що найчастіше на першому місці у них здоров'я. Молодь відкидає «творчість»,

«розвиток» та інші цінності і проголошує здоров'я найважливішим у своєму житті, воно стає їх цілепокладанням [10]. Ситуація склалась не випадково, адже для того, хто у відчаї найголовніше – розрада; для закоханого – взаємність (не завжди звісно, але на той момент життя), а для хворого – це здоров'я. Якщо ж спостерігається тривалий запит на здоров'я, то чи не про хворе покоління і населення можна говорити? В інтерсуб'єктивному соціокультурному просторі України панує відчуття трепету за здоров'ям, навіть серед тих, хто за визначенням не повинен мати дошкульних проблем із ним – діти, підлітки, молодь. Однак, медичні дані інформують про інше – про катастрофічний стан здоров'я населення України і молоді зокрема.

Стан здоров'я населення України характеризується значною поширеністю хронічних хвороб та соціально небезпечних захворювань. Високими залишаються рівні інвалідності та смертності при короткій середній тривалості життя. На здоров'я і відтворення населення негативно впливають якісні показники життя, забруднення довкілля, незадовільні умови праці, поширення інфекційних і паразитарних захворювань, криза галузі медичного обслуговування, недостатній контроль за якістю та вживанням лікарських засобів і біологічно активних домішок, тютюнокуріння [8].

Соціально–економічними наслідками передчасної смертності є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини безповоротних втрат унаслідок смерті, а і значні економічні збитки. Через передчасну смертність населення України лише щороку втрачається близько 4 млн років потенційного життя, відповідно обсяг недовиробленого національного продукту становив від 47,9 до 89,1 млрд гривень, причому лівова частка втрат була зумовлена смертями чоловіків. Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану психічного здоров'я молодих людей [9].

Деякі вчені вважають, що визначальною компонентою не тільки сучасної демографічної, але і соціально–економічної криз України, є саме криза здоров'я, особливо це стосується зайнятого населення. Оскільки стан здоров'я є ядром усіх компонент розвитку людських ресурсів, то підвищення його рівня має стати фактором пом'якшення цих криз, у тому числі в напрямку формування механізму самозбереження здоров'я зайнятого населення України. Криза здоров'я додатково посилює негативні тенденції в культурно–гуманітарній сфері, зокрема руйнуються традиційні цінності (чесність, справедливість, гідність), передумови вітальної поведінки, що не може негативно впливати на ринок праці та на якість людського капіталу [5].

Таким чином, рефлексія на тему здоров'я і здорового способу життя (ЗСЖ) є гострою і актуальною темою для сучасного українського суспільства: рівноцінно для тих, хто є здоровий, прагне бути здоровим чи намагається зробити здоровим інших. Емпіричних даних як виздоровіти (практично від будь–якої хвороби), що робити, щоб залишатися «постійно» здоровим і бадьорим тощо накопичено силу–силенну. Одні пропагують цілющі властивості крайнощів – клізм, уринотерапії, інші – ще–щось не традиційне чи екстравагантне, а подібні експериментування забирають час і можуть коштувати подальших втрат здоров'я і навіть більше – життя. Фахові

медичні фахівці в умовах капіталізму рідко виходять із інтересів хворого, що теж підриває довіру до них. Тож, плюралізм підходів у лікуванні й веденні здорового способу життя з однієї сторони та цинізм фахових медпрацівників з іншої є найкращим поштовхом до рефлексії на тему здоров'я і здорового способу життя окремо взятого індивіда. Сьогодні для освічених урбанізованих людей здорова поведінка за певними правилами є необхідною умовою повсякденного життя. Людина, попри всі обтяження і обмеження, все ж таки постає перед вибором конструювання власного способу життя. Перші кроки зроблені – населення і молодь як віддзеркалення менталітету українського соціуму, усвідомлює важливість здоров'я в житті й для життя, однак іншим не менш важливим кроком є відповідна здорова поведінка.

Охорона здоров'я як історичний поступ цивілізації. Намагання зробити здоровим іншого обов'язкова складова цивілізованого світу й не тому, що цивілізований значить гуманний/філантропічний за своєю суттю, а тому, що нездорова людина несе загрозу всім іншим (може стати розповсюдником інфекцій та різних хвороб). Людство виробило алгоритм поведінки з тими, хто несе для них загрози – воно намагається від них позбутися/відкараскатись (ізолювати).

Поява у 1948 р. ВООЗ як спеціалізованої установи ООН з міжнародного керівництва і координування актуальних питань поліпшення здоров'я людей, профілактики та боротьби з хворобами, раз і назавжди зробила тему здоров'я і хворобливості людської природи у світовий континуумі актуальною. Якби не відбувались процеси глобалізації, транснаціоналізації, не так інтенсивно пересувалися товари і люди, що було характерним для людства до ХХ ст., то й в світовому масштабі подібних до ВООЗ організацій і не потребувалось би. До того ж охорона здоров'я досить прибуткова справа – як у фінансовому, так і політичному плані.

Глобалізація охорони здоров'я дало гарні результати для цивілізованого світу як от подовження тривалості і покращення якості життя людей. Світова тривалість життя протягом останніх двох століть подвоїлась, приблизно на 25 років – до 65 років для чоловіків і 70 років для жінок [14]. На 1840 р. рекорд за тривалістю життя належав шведським жінкам, які жили в середньому трохи більше 45 років. Сьогодні серед народів, найдовша очікувана тривалість життя, майже 85 років, належить японським жінкам. Жіноча тривалість життя в таких рекордсменських країнах як Австралія, Ісландія, Японія, Голландія, Нова Зеландія, Норвегія, Швеція, Швейцарія піднімалася за 160 років (із 1840 до 20000) в стійкому темпі – щотримісяці на рік [15].

Велика частина історичного підйому тривалості життя відображає зниження рівня дитячої смертності через втручання в область суспільної охорони здоров'я, пов'язаної з водою і санітарією, а також медичних втручань, таких як охоплення імунізацією і використання антибіотиків. Натепер, подальше збільшення очікуваної тривалості життя, що спостерігається протягом останніх декількох десятиліть (особливо в країнах з

високим рівнем доходу) і прогнози на майбутнє переважно пов'язані зі зниженням рівня смертності в середніх і старших вікових групах [12].

Саме в ХХ ст. відбувся небувалий «бум» і визначні досягнення в охороні громадського здоров'я. Центри контролю і профілактики захворювань (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) в США підготували десять великих досягнень в галузі охорони громадського здоров'я у 20–му столітті (із 1990 р. до 1999 р.). Перелік звершень наступний: імунізація (вакцини від віспи, кору, туберкульозу, поліомієліту та ін.); безпека автотранспорту (автомобілебудування з новими функціями безпеки – підголівники, поглинаючі енергію рульові колеса, ремені безпеки, дитячі сидіння; покращення доріг – виділення смуг руху, освітленість; зміни у поведінці водія та пасажира, впровадження законів про безпеку дорожнього руху, посилення громадської освіти); безпека робочого місця (зниження фатальних професійних травм, особливо в промисловості, безпека та гігієна праці); контроль інфекційних хвороб (поліпшенням санітарії та гігієни, відкриттям антибіотиків та впровадженням програм універсальної дитячої вакцинації, технологічні досягнення виявлення і моніторингу інфекцій); зниження смертності від серцевих хвороб та інсульту; безпечніше і здоровіше харчування (охолодження, пастеризація харчових продуктів); здоров'я матері й дитини (педіатрія та акушерство); планування сім'ї (засоби контрацепції та системи репродуктивної охорони здоров'я); фторування питної води для запобігання карієсу зубів; визнання вживання тютюну як небезпеки для здоров'я [16].

Усі ці досягнення дозволили переломити ситуацію із тривалістю і якістю життя, що панувала до початку 18–го століття, де глобальна чисельність населення була відносно статична і життя переважної більшості людей було «гидким, жорстоким і коротким» (із Левіафана Т. Гоббса) [12].

Превентивна медицина і фізична активність як неминучі пріоритети в боротьбі за здоров'я. Люди хочуть жити не тільки кількісно, але й якісно, а без здоров'я досягти цього вкрай важко. Певною мірою кожна людина коваль свого щастя і коваль свого здоров'я. Поведінка людини багато в чім може бути визначальною для її власного здоров'я (ВООЗ називає 50% кореляцію поведінка↔здоров'я). Цивілізаційні блага і досягнення вивели на перший план гуманітарні проблеми здоров'я, проблеми пов'язані з саморефлексією.

J. C. Riley виділяє шість тактичних сфер, які сприяють зниженню смертності: охорона здоров'я, медицина, багатство і доходи, харчування, поведінка і освіта. Продовження тривалості життя є процесом, який включає в себе всі шість з цих компонентів в більшій чи меншій мірі [14]. За J. C. Riley перехід до здоров'я («*health transition*») почався із 1800 року і продовжується досі. У залежності від найбільш дошкульних проблем зі здоров'ям, людство виробляло відповідний захист.

С. Велз пише про три хвилі смертності, які заступають одна одну, починаючи з палеоліту і до наших днів. Перша хвиля – травматизм – охоплює час від наших гомінідних предків і до світанку неолітичних часів. Друга хвиля – інфекційні хвороби – залишалися найважливішою причиною

смертності до появи антибіотиків у середині ХХ століття. Остання хвиля почалася з ХХ сторіччя в розвинених країнах, де вакцинація та поширене застосування антибіотиків звели загрозу інфекційних хвороб до мізерності. Третя хвиля – хронічні хвороби (до ХХ ст. більшість людей помирало відносно молодими, тобто до того, як ці недуги – зокрема, цукровий діабет, гіпертонія, інсульт і рак – мали можливість розвинутися). «За допомогою сучасної медицини ми обміняли кару травмами й інфекціями на загрозу зсередини наших тіл» [3, с. 94].

Сьогодні хронічні неінфекційні захворювання за всіма прогнозами нестимуть найбільшу загрозу якості життя людини і звісно впливатимуть на тривалість, при цьому не рахуючись із віком. Одним із каталізаторів хронізації людини є рухова бездіяльність. У 2011 р. вдруге відбулося (вперше пройшло в 2001 р. з проблем ВІЛ/СНІД) засідання Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку, де розглядалися питання охорони здоров'я – неінфекційних захворювань (NCD) та прийнято політичну декларацію, схвалену всіма членами ООН. Декларацією намічені дії, необхідні для вирішення поточних і прогнозованих у майбутньому як тягар для суспільства NCD, де центральний акцент зроблено на усунення змінюваних факторів ризику, в тому числі фізичну бездіяльність [13].

Підсумок багаторічних досліджень Г. Апанасенка говорить: *«заболеваемость и смертность современной популяции обусловлена, главным образом, снижением энергопотенциала биосистемы (уровня здоровья), а ХНИЗ – лишь следствие этого процесса»* [1, с. 20]. Г. Апанасенко стверджує, що ефективність внутрішньоклітинного енергоутворення як прояв функції мітохондрій (кінцевий етап трансформації сонячної енергії) є показником стійкості організму до зовнішніх і внутрішніх негативних дій. Існує рівень енергоутворення, вище за який не реєструються ні ендогенні чинники ризику, ні самі захворювання. Йому дана кількісна характеристика – «безпечний рівень здоров'я» [1]. Фактично єдиним механізмом енергоутворення, згідно Г. Апанасенка, є фізична активність і тренування організму.

Якби лікар не філософував і практикував над оздоровленням людини, без активної участі і рефлексій самої людини, яка змінюватиме свій триб життя, досягти позитивних результатів вкрай важко. В. Платонов акцентує увагу на тому, що пріоритетний напрямок сучасної охорони здоров'я має лежати в площині збереження і зміцнення здоров'я здорових людей [7]. Г. Апанасенко в нищівній критиці цілей МОЗ стверджує про необхідність на додаток до «індустрії хвороби» (установи МОЗ) створити «індустрію здоров'я», в основі якої – збереження і підвищення енергопотенціалу біосистеми на популяційному рівні [1]. Фахівці охорони здоров'я України констатують такий факт: «весь період існування незалежної України державна політика щодо охорони здоров'я спрямовувалась в основному на забезпечення суто медичної складової здоров'я населення і майже нічого не робилось щодо забезпечення цілісного бачення здоров'я нації. Відповідно,

й формування законодавчої бази, стратегії розвитку охорони здоров'я мало суто медичний аспект» [4, с. 170].

Сьогодні в цивілізованому світі подібні напрями (заціклення на хворобі) є застарілими: це довели не поразки, а перемоги і досягнення в боротьбі з інфекційними хворобами у ХХ ст. Опора на превентивну медицину є новим шляхом оздоровлення людей. Превентивна медицина вимагає відповідного конструювання власного способу життя.

Метою Європейської політики «Здоров'я для всіх–21» визначено реалізацію кожною людиною повною мірою свого потенціалу здоров'я. Під потенціалом здоров'я розуміють максимально досяжний рівень здоров'я людини. Потенціал здоров'я визначається здатністю піклуватися про власне здоров'я та здоров'я інших, здатністю приймати рішення і контролювати власне життя, а також забезпечувати створення суспільством умов, що сприяють досягненню здоров'я всіма його членами. Завданнями для досягнення цієї мети визначено зміцнення та охорону здоров'я людей протягом всього життя: зниження поширеності і зменшення страждань, які спричиняються основними хворобами, травмами та ушкодженнями [2].

Сформуванню потенціалу здоров'я без фізичної культури як культури фізичної тілесності (М. Ібрагімов) неможливо. Фізичну культуру з кінця ХІХ – початку ХХ ст. створювали також медики, гігієністи, які через неї хотіли покращувати людську природу.

Місія фізичної культури в глобальній боротьбі за здоровий спосіб життя мусить бути переглянута з позицій об'єктивності. Якщо світова спільнота дійсно зацікавлена в боротьбі за ЗСЖ людей, то на фізичну культуру як соціальний інститут можна покладати не лише чималі надії, але й навантаження саме в плані формування рухливого здорового покоління, через вироблення в них потреб і мотивів до постійної рухової активності. Сьогодні людство постало перед досить складною проблемою в плані того, як вести здоровий спосіб життя і залишатися здоровими в нездоровому оточуючому середовищі та суспільстві [11].

«Валеодекалог» чи заповіді здорової поведінки. Сьогодні можна вивести своєрідний «валеодекалог», так звані заповіді здорової поведінки: раціональне харчування (баланс жирів, білків і вуглеводів, вітамінізація, якісна питна вода тощо); режим праці і відпочинку (уникнення перенапружень і виснажень, зручні робочі і житлові умови повсякденного і вихідного дня); достатня рухова активність і оздоровче тренування організму (згідно ВООЗ не менше 150 хв/тиждень); гігієна сну (необхідна тривалість сну для повного відпочинку і поновлення сил); біоритмосенсизельність (внесення корективів у спосіб життя в залежності від самопочуття); відсутність т.з. шкідливих звичок (відмова від надмірного вживання алкоголю, тютюнопаління, неприйняття наркотичних речовин); психологічна «гармонія» (позитивне мислення, душевний спокій, уникання стресових ситуацій); гігієна тіла (миття, лазні, загартовуючі процедури тощо); вміння релаксувати/розважатися (емоційне розвантаження);

Щоб всього цього досягти, то за великим рахунком лише для потреб свого тіла/тілесності потрібно жити, присвячувати цьому весь свій час. Для цього потрібно бути вільною людиною, а в суспільному «театрі» з відповідними ролями для кожного, здійснити це досить складно. Втім, вибір все ж таки за людиною.

Таким чином, реперною точкою до тривалішого і якісного життя людей стали наукові здобутки в охороні громадського здоров'я і самоусвідомлення того, що здоров'я може залежати від самої людини.

Сучасна українська молодь віддзеркалює аксіосферу сучасного українського світогляду, в якому місце до здоров'я особливе: було б здоров'я, а все інше додається. Втім, цінність «здоров'я» лише декларативно проголошується хлопцями та дівчатами старших класів найголовнішою, тоді як в дійсності є для них не усвідомленою значущістю серед інших цінностей, що в цілому відображає загальне недбале ставлення різних категорій українського населення до збереження власної здорової тілесності [10].

Список використаних джерел

1. Апанасенко Г. Л. Как остановить эпидемию хронических неинфекционных заболеваний // Довкілля і здоров'я. – 2017. – № 1. – С 19–22.
2. Барна О.М., Корост Я.В. Дослідження ВЕСНА: самооцінка стану здоров'я населенням України // Ліки України. – 2015. – № 9/10. – С. 39–43.
3. Велз С. Посіви Пандори : Непередбачена ціна цивілізації / пер. з англ. та наук.ред. Т. Цимбал. – К.: Ніка–центр, 2011. – 240 с.
4. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. У 2 ч. / упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша. – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
5. Заюков І. В. Дослідження здоров'я зайнятого населення як соціально–економічної категорії в умовах трансформацій України // Вісник Вінницького політехнічного інституту. – 2017. – № 1. – С. 45–50.
6. Кулініченко В. Л. Філософсько–методологічний аналіз процесу зміни парадигм у сучасній медицині та охороні здоров'я: автореф. дис... д–ра філос. наук: 09.00.09. – К., 2002. – 32 с.
7. Платонов В. М. Збереження і зміцнення здоров'я здорових людей – пріоритетний напрямок сучасної охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 21–27.
8. Рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про стан соціально–демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні» [Електронний ресурс] <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/n0016525-09>
9. Розпорядження Верховної Ради України від 31 жовтня 2011 р. № 1164–р. – «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-r>
10. Саїнчук М. М. Формування ціннісних орієнтацій в сфері фізичної культури і спорту учнів старших класів у процесі фізичного виховання: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02. – К., 2012. – 22 с.
11. Саїнчук М.М., Саїнчук А.М., Саїнчук О.М. Практика громадянських ініціатив цивілізованих країн в просуванні фізично активного способу життя різних груп населення // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2016. – Вип. 10 (80). – С. 116–119.
12. Bloom D. E., Canning D. Global demographic change: Dimensions and economic significance. – National Bureau of Economic Research, 2004. – № 10817. https://is.muni.cz/el/1456/podzim2008/PEHPII/um/6451412/5_Bloom.pdf

13. How to fulfil national NCD commitments in 2015 and 2016 (in preparation for a third UN High-level Meeting on NCDs in 2018) <http://www.who.int/nmh/events/2016/ncd-concept-note-en.pdf>.
14. Riley J. *Rising Life Expectancy: A Global History* (Cambridge Univ. Press, Cambridge, 2001). – 243 p.
15. Oeppen J., Vaupel J. W. Broken limits to life expectancy // *Science*. – 2002. – Т. 296. – № 5570. – Р. 1029–1031.
16. Ten Great Public Health Achievements in the 20th Century <https://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>

ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

(Вакуленко О. В.)

Здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, який може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем. На початку нового тисячоліття з'явилася нагальна потреба у створенні сучасної теорії формування здорового способу життя, яка увібрала б у себе досвід людства і нові реалії буття сучасної людини, враховувала її потреби, інтереси та бажання. У зв'язку з цим набуває значення дослідження теоретико–методологічних основ здорового способу життя [5].

Питання формування здорового способу життя (ФЗСЖ) стало об'єктом дослідження науковців. Зокрема, проблема здоров'я розроблялась відомими філософами (А. Бойко, Н. Гундарьова, В. Крюкова, О. Сахно та ін.), медиками (М. Амосов, Н. Артамонова, А. Леонтєва, Ю. Лісіцин та ін.), психологами (В. Бітенський, В. Братусь, М. Бурно, А. Личко, В. Леві, А. Маслоу, Н. Фелінська та ін.), соціологами (О. Балакірева, А. Габіані, Я. Гданський, С. Дідковська, В. Козак, А. Міллер, О. Яременко та ін.), валеологами (В. Бобрицька, Т. Бойченко, Ю. Бойчук, М. Болотова, І. Брехман, Є. Булич, М. Гончаренко та ін.).

Історичний досвід ФЗСЖ у дітей висвітлений у працях А. Алчевської, С. Боткіна, Г. Ващенко, І. Мечнікова, М. Пірогова, С. Русової, К. Ушинського та ін. Соціально–педагогічний аспект проблеми ФЗСЖ розглядали О. Вакуленко, О. Ващенко, Г. Голобородько, Н. Зимівець, С. Кириленко, С. Лапаєнко, С. Омельченко, Н. Романова, С. Свириденко та ін.). Сучасні теоретичні засади закладено зарубіжними науковцями М. Гудстатом, М. Лалондом, Л. Піндер, І. Ратманом та ін.

Існує багато підходів, поглядів на здоров'я та здоровий спосіб життя. На думку науковців, якщо здоров'я людини взяти за 100%, то приблизно на 10% воно залежить від функціонування системи охорони здоров'я, на 20% – від спадковості, ще на 20% – від соціоекологічних факторів, але найбільше – на 50%, від способу життя. Особливу увагу привертає визначення поняття

здоров'я в Статуті ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів» [1; 2; 3; 7]. Світова наука передбачає цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує чотири його складові: фізичну, психічну, соціальну і духовну. Всі ці складові є невід'ємними одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності, визначають стан здоров'я людини [7; 8].

Сучасні теорія і практика формування здорового способу життя, прийняті в країнах–лідерах ініціюють віднесення проблематики здоров'я на загально планетарний рівень й виділяють шість рівнів здоров'я світової спільноти [9].

Перший *рівень* – *індивідуальний*, тобто здоров'я окремої людини. Другий рівень визначається як *рівень здоров'я певної групи людей*. Це коло спілкування (сім'я, родичі, друзі, знайомі) де людина майже щоденно перебуває, постійно на нього впливає своєю поведінкою, способом життя у позитивному плані. І навпаки, своєю поведінкою, спілкуванням, ставленням до життєвих норм, правил, дане оточення впливає на людину.

Третій рівень – *рівень організації*. Переважна більшість людей взаємодіє з різними організаціями суспільства (сфери виробництва, послуг, науки, культури, релігії, правові і соціальні інституції тощо) і тим самим впливає на здоров'я працівників (як і в зворотному напрямі організація впливає на здоров'я окремої людини).

Четвертий рівень здоров'я – *здоров'я громади*. Кожній громаді притаманні свої особливості у ставленні до культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку і, природно, ці особливості впливають на стан здоров'я людей.

Наступний, п'ятий рівень – *рівень певної країни*, яким чином влада ставиться до громадського здоров'я своєї країни, чи відповідає чинне законодавство світовим поглядам з питань здоров'я. І останній, шостий – *рівень всього світу*, на якому позначаються проблеми всього людства у планетарному масштабі.

Загалом, визначають такі *основні етапи та відповідні нормативно–правові акти діяльності світової спільноти* щодо відвернення загрози здоров'ю людства:

1 етап (1945–1970 рр.) – Загальна декларація прав людини (1948 р.); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права громадян (1966 р.); Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (1966 р.);

2 етап (1970–1980 рр.) – доповідь міністра здоров'я і соціального забезпечення федерального уряду Канади М. Лейлонда «Нові перспективи здоров'я канадців» (Канада, 1974 р.); Стратегічна концепція «Здоров'я для всіх» (Всесвітня Асамблея охорони здоров'я, 1977 р.); Алма–Атинська декларація «Здоров'я для всіх» (Міжнародна конференція із первинної медико–санітарної допомоги, Алма–Ата, 1978 р.);

3 етап (1980–1990 рр.) – Оттавська Хартія формування здорового способу життя (I Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Канада, 1986 р.), Аделаїдські рекомендації (II Міжнародна конференція

«Сприяння розвитку здоров'я», Австралія, 1988 р.), Європейська хартія по навколишньому середовищу і охороні здоров'я (Зібрання міністрів навколишнього середовища та міністрів охорони здоров'я держав–суб'єктів європейського регіону ВООЗ, Франкфурт–на–Майні, 1989 р.);

4 етап (1990–2000 рр.) – Сундсвальські рекомендації (III Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», 1991 р.), Стратегія розвитку здоров'я населення: інвестування в здоров'я канадців (документ Міністерства охорони здоров'я, Канада, 1994 р.); Копенгагенська декларація (1994 р.); Міжнародний проект Європейської Комісії, Європейського Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Ради Європи «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю», Україна, 1995 р.; Джакартська декларація «За пропаганду здорового способу життя у XXI столітті», Індонезія, 1997 р.; Всесвітня декларація охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI сторіччі: основи політики і досягнення здоров'я для усіх в Європейському регіоні ВООЗ»; Програма «Здоров'я 21» (51 сесія Всесвітньої Асамблеї з охорони здоров'я ВООЗ, 1998 р.), Українська модель формування здорового способу життя (Українсько–канадський проект «Молодь за здоров'я», 1998–2002 рр.);

5 етап (2000–2010 рр.) – V Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Мексика, 2000 р.; Національна доктрина розвитку освіти, Україна, 2002 р.; Бангкокська Хартія сприяння здоров'ю в глобалізованому світі (VI Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Таїланд, 2005 р.); Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ: європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, 2005 р.; регіональні моделі формування здорового способу життя українсько–канадського проекту «Молодь за здоров'я–2», 2003–2005 рр.; Інтегрована загальнонаціональна стратегія поширення здорового способу життя, Канада, 2005–2015 рр.;

6 етап (2010–2020 рр.) – Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», Україна, 2011 р.; Положення про Всеукраїнський конкурс сучасної моделі навчального закладу «Школа сприяння здоров'ю», Україна, 2011 р.; Основи нової регіональної політики – «Здоров'я 2020» (документ для керівників та розробників політики «Основи європейської політики в підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», детальна версія «Здоров'я 2020 – основи політики та стратегія») (Сесія Європейського регіонального комітету ВООЗ, 2012 р.); Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, Україна, 2013 р.; Рекомендації, які ґрунтуються на основних засадах системи «Людина–громада–держава», міжнародна конференція «Молодь України за здоровий спосіб життя», Україна, 2013 р.; Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», Україна, 2015 р.; Рекомендації парламентських слухань «Про реформу охорони здоров'я в Україні», Україна, 2016 р.; Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», Україна, 2016 р.; Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2016–2020 роки», Україна, 2016 р. [1; 2; 3; 6].

Міжнародні та українські нормативно–правові документи є важливим фундаментом щодо науково–методологічного розвитку формування здорового способу життя та декларацією принципової позиції країн–лідерів щодо здоров'я та ФЗСЖ: *кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства; усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини* [9].

Наукові засади ФЗСЖ упродовж своєї історії пройшли шлях від первинного накопичення фактів і свідчень до розробки цілісної теорії. Підґрунтям для обґрунтування ФЗСЖ є теоретичні надбання різних соціальних дисциплін. Теоретичні концепти психології, соціальної психології, соціології, філософії, педагогіки стали базою створення теоретичних підходів та моделей у сфері здоров'я [13]. Так, зокрема, теоретичні концепти зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, систематизують уявлення про зв'язки між подіями й характеристиками, що дозволяє пояснювати та прогнозувати поведінку. На основі теоретичних моделей поведінкових змін розробляються шляхи та механізми зміни поведінки щодо здорового способу життя [1].

Систематизація та узагальнення наукових теорій, які роз'яснюють основні наукові підходи розуміння внутрішніх та зовнішніх факторів зміни поведінки щодо здоров'я, дозволяють виокремити такі теорії:

Теорії внутрішньоособистісного рівня (Модель уявлень про здоров'я, Теорія стимулу–реакції, Теорія обдуманого дії/Теорія планованої поведінки, Теорія стадій змін/транстеоретична модель, Модель обробки споживчої інформації).

Теорії міжособистісного рівня (Соціально–Когнітивна Теорія, Теорія соціальних мереж, Теорія соціальної підтримки, Теорія поширення інновацій).

Теорії громадського рівня (Теорії організаційних змін, Теорія стадій, Теорії організаційних змін, Теорія стадій, Теорія розвитку організацій).

Теорії сприяння здоров'ю на рівні спільнот (Теорія організації спільноти, Організація спільноти = Соціальна мобілізація (Модель Ротмана).

Теорії сприяння здоров'ю рівня суспільної політики (Модель Міліо, Тривимірна концепція здорової суспільної політики, Модель багатьох потоків, або модель вікна) [1].

Окреслимо детальніше деякі з означених теорій [1; 2; 4; 13].

Модель уявлень про здоров'я – одна з перших теорій та найбільш поширених, яка є теоретичним підґрунтям наук про поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Модель уявлень про здоров'я ґрунтується на переконанні, що люди застерігаються захворіти, вважають себе уразливими до хвороби, вважають, що своїми діями вони можуть вплинути на здоров'я, що своєю поведінкою можуть принести користь для зменшення уразливості до хвороби чи наслідків хвороби. Ступінь страху (усвідомленої загрози) – одне з ключових понять теорії – впливає на реалізацію безпечної поведінки щодо здоров'я.

Теорія розвитку організацій. У результаті проведення досліджень та оцінки результатів впровадження програм сприяння здоров'ю в розвинених країнах були сформульовані умови для успішного втілення пов'язаних зі здоров'ям програм на робочому місці: прихильність і пряме залучення керівного персоналу; процес планування має залучати всі зацікавлені сторони; первинний фокус на потребах працівників; оптимальне використання наявних ресурсів; інтеграція програми з корпоративними місією та цінностями; визнання, що здоров'я працівника визначене набором взаємозалежних факторів; пристосування до особливостей конкретного робочого середовища; всебічна оцінка.

Організація спільноти = Соціальна мобілізація (Модель Ротмана) формує розуміння організації спільноти через соціальну мобілізацію. Особливістю практики сприяння здоров'ю в контексті теорії організації спільнот є активне залучення членів спільноти до виявлення їхніх пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я і розробки відповідних дій для вирішення цих завдань. Організація спільноти складається з кількох окремих альтернативних моделей змін:

1. Модель суспільного планування використовує конкретні завдання. Вона орієнтована на вирішення проблем за допомогою досвідчених фахівців–практиків, які надають технічну допомогу в інтересах спільноти.

2. Модель місцевого розвитку – використовує різних членів спільноти для виявлення і вирішення їхніх власних проблем. Ця модель акцентує увагу на досягненні консенсусу; створенні можливостей; орієнтації на найважливіші задачі.

3. Модель соціальних дій націлена на підвищення здатності спільноти вирішувати свої проблеми і досягати конкретних змін.

Модель Міліо. Н. Міліо запропонувала термін «здорова суспільна політика». Головна ідея концепції «здорова суспільна політика» полягає в тому, щоб за допомогою політичних заходів зробити як здоровий персональний вибір, так і створення здорового навколишнього середовища найпростішим і найдешевшим вибором. Н. Міліо розробила понятійну модель для пояснення того, як розробляється дієва політика поліпшення здоров'я. Модель включає певні стадії розробки політики: початок, дії, втілення, оцінка і переформулювання. Подібні моделі, що передбачають визначені стадії політичного процесу були запропоновані також іншими авторами. Особливостями цієї моделі стадій є те, що перелічені кроки розробки та втілення політики розглядаються як послідовні.

Тривимірна концепція здорової суспільної політики. Концепцію здорової суспільної політики розробили Гамільтон та Бгатті. Для демонстрації важливих для здорової політики компонентів і їх взаємозв'язків, автори використали куб. Перший вимір куба складається з конструктивів проблеми, подібних до перелічених у моделі Міліо, а саме: ідентифікація проблеми, формулювання, вибір, адвокація, прийняття, втілення, оцінка, переформулювання політики. Другий вимір включає такі передумови: інформаційна база, політична воля, соціальна стратегія. Третій

вимір описує контекст у таких термінах як дохід та соціальний статус, мережі соціальної підтримки, освіта, умови праці, фізичне оточення, біологічні та генетичні особливості, особисті практики щодо здоров'я, навички подолання труднощів, здоровий розвиток у дитинстві, медичні послуги, гендерні особливості, культура. Усі три виміри куба є важливими для процесу побудови здорової суспільної політики.

Вплив на здоров'я людини може здійснюватися через дві основні стратегії соціальної профілактики:

1) Стратегія боротьби – усунення негативного явища, проблеми, їх ризиків та наслідків. За цією стратегією проблема чи явище визнаються однозначно негативними і неприпустимими, а профілактика спрямована на їх недопущення (основні моделі – Модель стримування, Модель залякування, Модель ствердження моральних принципів, Модель поширення фактичних знань, Модель навчання позитивній поведінці, *Модель ФЗСЖ*, Модель соціального впливу);

2) Стратегія нормалізації – негативне явище, проблема визнаються небажаними, але припустимими (принаймні частково, за певних обставин). У такому разі профілактика спрямовується на недопущення або обмеження їх негативних наслідків (основні моделі – Модель контрольованого впливу, Модель зменшення шкоди) [1].

У кожній з перерахованих стратегій та моделей є свої переваги. Завдання науковців та практиків полягає в найбільш ефективному їх поєднанні та реалізації з метою досягнення оптимальних результатів.

Щодо *моделі ФЗСЖ* життя у ракурсі Стратегії боротьби, то прихильники цієї моделі стверджують, що причиною поширеності негативних явищ є несформованість у молодих людей цінності власного здоров'я, орієнтація на задоволення інших потреб (самоствердження, трудова діяльність, особисті стосунки) за рахунок фізичного і психічного здоров'я. Тому, робота за цією моделлю спрямована на формування у дітей і молоді цінностей життя і здоров'я, розвиток умінь і навичок, на створення умов для ведення здорового способу життя.

Наразі ФЗСЖ виступає як самостійна наукова дисципліна та базується на основних положеннях щодо сучасного розуміння феномену здоров'я людини, які узгоджуються з основними положеннями Оттавської Хартії [7; 10; 11].

Теорія ФЗСЖ ґрунтується на кількох *основних ідеях*, з яких складається певна ідеологія. По–перше, – це ідея пріоритету цінності здоров'я в світоглядній системі цінностей людини. По–друге, – це розуміння здоров'я не тільки як стану відсутності захворювань або фізичних вад, а ширше – як стану повного благополуччя. По–третє, – це ідея цілісного розуміння здоров'я як феномена, що невід'ємно поєднує його чотири сфери – фізичну, психічну, соціальну і духовну. Четверта ідея полягає в тому, що відповідальність за своє здоров'я несе, передусім, сама людина, хоча і держава, і суспільство також несуть відповідальність за здоров'я населення.

Світовою спільнотою ФЗСЖ визначається як процес запровадження зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективних програм, послуг, політики, які можуть підтримати та поліпшити існуючі рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його [7].

Метою ФЗСЖ є сприяння досягненню в широкому розумінні благополуччю і здоров'ю для всіх, на всіх рівнях, у всіх сферах, з усіма передумовами.

Науковці визначають п'ять *основних напрямів ФЗСЖ*, які є взаємопов'язаними між собою: 1) формування сприятливої для здоров'я державної політики, 2) створення сприятливого соціоекологічного середовища, 3) підвищення активності громад, 4) розвиток персональних навичок, 5) переорієнтація служб охорони здоров'я.

Основні принципи ФЗСЖ включають у себе: партнерство та пристосування. Під партнерством мається на увазі, що передумови і перспективи доброго здоров'я не можна забезпечити тільки зусиллями спеціальних структур. ФЗСЖ потребує скоординованої діяльності всіх зацікавлених сторін: урядів, секторів охорони здоров'я, та, зокрема, суспільних і економічних, недержавних організацій, місцевої влади, промисловості та засобів масової комунікації. Під пристосуванням мається на увазі необхідність максимального пристосування діяльності з ФЗСЖ (програм, заходів, ініціатив) до місцевих умов її реалізації, тобто до потреб і можливостей окремих груп людей, громад, організацій, регіонів враховуючи особливості їх суспільного, економічного і культурного устрою [10].

Основним змістом діяльності щодо формування здорового способу життя є розробка і реалізація різноманітних проектів різного спрямування, рівня та обсягу, які спираються на певні передумови, мету, принципи, стратегії, механізми, обумовлені формуванням здорового способу життя як науковою дисципліною і мають на меті покращення здоров'я окремих осіб, груп людей, спільнот країн.

Основним механізмом формування здорового способу життя є створення умов для окремих осіб, груп людей, громад спроможності і можливості позитивно впливати на проблеми здоров'я. Створення засобами формування здорового способу життя того розуміння, що тільки самим особам (групам, громадам) в першу чергу, а не державі чи спеціальним інституціям належить право вибору поведінки (право ініціатив, рішень, дій), істотно підвищує контроль за власною життєдіяльністю і, відповідно, збільшує потенції позитивних впливів на проблеми власного здоров'я [11].

Ключовими принципами сучасної політики здорового способу життя є відповідальність держави за стан індивідуального і громадського здоров'я; багатосторонність підходів; урахування різнопланових детермінант здоров'я; доступність та універсальність послуг, що формують основи здоров'я людини; оперативність і гнучкість у реагуванні на потреби та виклики політики здорового способу життя; активізація участі населення в програмах здорового способу життя та наявність громадського контролю [12].

Отже, наукові підходи щодо здоров'я та здорового способу життя потребують на сучасному етапі особливого інтегрованого підходу. Вченими різних професійних напрямів надавалися різні визначення та підходи до цих понять. Єднальною ідеєю для вчених є соціально-філософський підхід до проблем здоров'я, необхідність формування свідомості людей слідувати засадам здорового способу життя, розуміння інтеграції складових здоров'я, розвитку наукових детермінант ФЗСЖ як підґрунтя ефективності збереження та зміцнення здоров'я людства.

Список використаних джерел

1. Звіт про науково-дослідну роботу «Формування здорового способу життя молоді в контексті профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі» / Архів Державного інституту сімейної та молодіжної політики, 2016 р. – 151 с.
2. Вакуленко О. В. Формування здорового способу життя: генеза теорії та практики у світі та Україні // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Вип. 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. – С. 142–147.
3. Вакуленко О. В. Сучасні аспекти формування здорового способу життя в Україні та світі/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Вип. 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 144–156.
4. Вакуленко О. В. Теоретичні стратегії та моделі профілактики негативних явищ та ФЗСЖ/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Випуск 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2017. – С. 14–19.
5. Летуча А. Здоровий спосіб життя – запорука формування цілісної національної інноваційної системи [Електронний ресурс]: Наукові конференції 09.09.2015 р., URL: <http://ldconf.neasmo.org.ua/node/3168>.
6. Молодь за здоровий спосіб життя: щоріч. доп. Президенту України, Верхов. Раді України, КМУ про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. ін.-т розв., сім'ї та молоді. – К.: СПД Крячун Ю.В., 2010. – 156 с.
7. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Ч. 1 / О.О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В. Вакуленко, Ю.М. Галустян та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005. – 160 с.
8. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 2. / О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В. Вакуленко, Н.М. Комарова та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005. – 212 с.
9. Роль засобів масової інформації та інших джерел у формуванні здорового способу життя молоді / Кер. авт. кол. О. Яременко; Н. Бутенко, О. Вакуленко та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 111 с.
10. Ціннісні орієнтації сучасної української молоді. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року) / Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики / редкол.: Жданов І.О., гол. ред. колег., Ярема О.Й., Беляєва І.І. та ін. – К., 2016. – 200 с.
11. Соціальна педагогіка. Підручник / За ред. Капської А.Й. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 488 с.
12. Романова Н.Ф. Становлення та розвиток політики здорового способу життя. Вісник Харківської державної академії культури: зб. наук. пр. / за ред. В.М. Шейка. – Харків: ХДАК, 2014. – Вип. 45 – С. 282–289.
13. Parcel T. L., Mueller C. W. Occupational differentiation, prestige, and socioeconomic status // *Work and Occupations*. – 1983. – Т. 10. – №. 1. – С. 49–80.

З ІСТОРІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА БРОТЬБИ ЗІ ШКІДЛИВИМИ ЗВИЧКАМИ (ЛІНГВІСТИЧНИЙ, ІСТОРИЧНИЙ І МЕДИКО–СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТИ)

(Беляєва О.М., Беляєв І.С.)

У Преамбулі до Статуту ВООЗ, який вступив у силу 7 квітня 1948 р., здоров'я визначається як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад [21]. Маємо змогу констатувати, що протягом майже 70 років у документах ВООЗ визначення здоров'я залишається незмінним. На нашу думку, така сталість дефініції поняття «здоров'я» обумовлена тим, що вона інтегрує в собі основні сфери життя людини.

Заслуговує на увагу той факт, що в документах ВООЗ зазначається, що здоров'я людини лише на 10–15% залежить від медичного обслуговування, його своєчасності й якості, власне, від якості системи охорони здоров'я; на 15–20% зумовлене генетичними факторами; на 20–25% корелюється зі станом навколишнього середовища і природно–кліматичними умовами; на 50–55% залежить від способу життя. Наведені цифри й усвідомлення того, спосіб життя «як певна стратегія поведінки людини є найпотужнішим фактором впливу на здоров'я, з одного боку, та дієвим засобом його збереження й зміцнення, з іншого» [12, с. 122], свідчать, що формування відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих, пропаганда здорового способу життя, профілактична робота, спрямована на відмову від шкідливих звичок і мінімізацію факторів ризику розвитку захворювань, розвиток екологічної культури – нагальна потреба сьогодення.

У цілому здоровим способом життя (ЗСЖ) прийнято позначати раціональний спосіб життя, *id est* спосіб життя, який сприяє збереженню та покращенню суспільного й індивідуального здоров'я. У нашій роботі услід за С. Мурашевою, під ЗСЖ розуміємо цілісну систему заходів, яка характеризує активність і спрямованість особистості на відновлення, збереження й укріплення фізичного, психічного і соціально–морального здоров'я за допомогою сукупності способів і засобів життєдіяльності, що дає змогу максимально продуктивно реалізувати генетичні можливості людини в умовах конкретного соціального і природного середовища [17, с. 12].

Аналіз літератури засвідчив, що проблематика, пов'язана зі здоров'ям і формуванням ЗСЖ, нині далеко вийшла за межі медицини і, будучи комплексною, багатоаспектною та мультидисциплінарною, постійно перебуває в центрі уваги лікарів, педагогів, психологів, соціологів, філософів.

На підставі аналізу спеціальних джерел маємо змогу стверджувати, що значна кількість актуальних нині питань, які безпосередньо або опосередковано стосуються формування і пропагування ЗСЖ, була сформульована ще на зорі європейської цивілізації, що знайшло своє відображення в працях таких авторів, як: Б. Баликов, котрим досліджено здоров'я і ЗСЖ як культурологічну цінність в історії педагогіки, О. Дмитрієва, яка вивчала трактування поняття «здоров'я» і ЗСЖ у творчій

спадщині античних мислителів, Д. Кирилов, котрий розглядав ідеал фізичної досконалості в Античності, В. Ловчев – витоки європейської алкогольної традиції, Т. Грекова – питання здоров'я та медицини в Біблії, Г. Моїсеєнко – взаємозв'язок античної філософії з античною медициною, Г. Краковецька – історію боротьби з пияцтвом, О. Каунова – філософію здоров'я в Античності. Окремі аспекти проблем формування ЗСЖ в країнах, які стали фундаментами європейської та східної цивілізацій, висвітлено П. Джуринським, А. Надточаєвим, Р. Сірко, В. Слободяник, О. Федько, М. Шах–Майстренко. Неодноразово зверталися до цього питання у своїх публікаціях і автори роботи [1; 2; 3; 18; 25].

Беручи до уваги, що саме в античний період було закладено підґрунтя сучасного розуміння здоров'я і ЗСЖ як інтегрованого феномену, об'єктом дослідження стала латиномовна фразеологія *sensu largo*, тобто прислів'я, приказки, гноми, афоризми, переклади латинською мовою Приповідок Соломона, інший біблійний матеріал, отриманий методом тематичної вибірки з друкованих та електронних джерел [4; 6; 14; 23; 27]. Наш інтерес до фразеології обумовлений тим, що вона має такі незаперечні переваги, як: мультижанровість – представлена в різних літературних жанрах; емпіризм і практицизм – містить значний виховний потенціал, що базується на емпіричному досвіді; спадкоємність і наступність – видозмінювалася і збагачувалася протягом багатьох поколінь; демократичність та антропоцентризм – незалежна від економічних, соціальних, політичних та ідеологічних чинників і спрямована на людину.

Латинська фразеологія унікальна за своєю сутністю, адже, будучи органічною частиною духовної і матеріальної культури багатьох народів (оскільки латинська мова протягом багатьох століть не лише була державною мовою неосяжної Римської імперії, але й мала статус *lingua franca* поза її межами, а також зберігала цей статус після її розпаду більше 1000 років потому), сконденсувала і матеріалізувала наукові знання, величезний практичний досвід, набутий і підтверджений протягом тисячоліть в усіх сферах існування суспільства та в питаннях формування ЗСЖ та боротьби зі шкідливими звичками зокрема [3].

У формуванні ЗСЖ величезна роль належить профілактичній медицині, яка має тисячолітню історію, адже ще в Античності були сформульовані як основні завдання медицини «*Оберігати (від хвороб), запобігати, лікувати*» – «*Est medicina triplex: servare, cavere, mederi*», так і такі, що не втрачають своєї актуальності і в ХХІ ст., принципи: «*Facilius est morbos evitare, quam eos curare*» («*Легше хвороби попередити, ніж їх лікувати*») і «*Principiis obsta, sero medicina paratur*» («*Протидій початку хвороби – пізніше медицина безпорадна*») [2].

На користь того, що стародавні греки чітко усвідомлювали роль профілактичної медицини, свідчить те, що з–поміж дев'яти дітей Асклепія (римського Ескулапа), бога медицини та здоров'я, вже в Античності найвідомішими були його дві доньки – Панацея (Панакейя), покровителька лікування, і Гігієна (Гігіейя), яка уособлювала здоров'я, профілактику та

гігієну, що відображено в таких фразеологізмах, як: «*Hygiene amica valetudinis est*» (Гігієна – подруга здоров'я), «*Cura, ut valeas*» (Якщо хочеш бути здоровим, турбуйся про здоров'я) [3].

Як свідчать джерела, в Античності велика увага приділялася санітарії та гігієні повітря і водопостачання: водогони, водостоки і колодязі слід було тримати закритими, каналізацію – справною, із забезпеченням вільного доступу чистої води. Порушення правил користування водоймищами суворо каралося: у вільних людей конфіскувалося майно, або накладався великий штраф, рабів карали фізично [20]. Вище водозбірних басейнів, ввідних і вивідних протоків заборонялося поїти скот, прати білизну, мити посуд *ibid*.

Вода здавна слугувала символом гігієни та чистоти: «*In aqua sanitas*» (Здоров'я у воді). Ще Гіппократ у трактаті «Про повітря, води та місцевості» («*De aere, aquis, locis*») описував властивості як шкідливої води, «дурної для вживання» (каламутної, болотної, ставкової, стоячої), так і корисної, наприклад, мінеральної. Заслуговує на увагу, що Гіппократ застерігав від повсякденного вживання мінеральної (солоні) води, але схвалював її вживання при деяких захворюваннях, наприклад, шлункових, наголошуючи на тому, що воді «належить значна роль у становленні здоров'я» [8, с. 283].

Видатний український педагог Г. Ващенко, аналізуючи системи тіловиховання (термін Григорія Ващенка О.Б., І.Б.) у Стародавній Греції, акцентував увагу на тому, що одним із важливих елементів фізичного виховання було саме виховання гігієнічне, метою якого було привчити до чистоти, підтримання діяльності шкіри, здорового харчування [5, с. 10]. Наслідком такого виховання було те, що, наприклад, в Афінах існував звичай приймати ванну щодня після полудня, деякі купалися двічі або й тричі на день, перетворюючи лазні на звичайне місцеперебування, в лазнях вечеряли, займалися різними справами та розважалися [9].

У цьому контексті неможливо оминати аббревіатуру SPA («*Sanitas per aquam*»), варіанти – «*Salus per aquam*», «*Sanus per aquam*» («До здоров'я через воду», «Здоров'я через воду», «Здоровий через воду»). Річ у тому, що такі фізіотерапевтичні методи, як гідротерапія (застосування прісної води у твердому, рідкому або пароподібному стані з лікувальною, профілактичною, реабілітаційною метою [16, с. 352]) і бальнеотерапія (використання природних і штучно приготованих мінеральних вод для профілактики і лікування різноманітних захворювань з метою медичної реабілітації [16, с. 204]) не є винаходом сучасності, а дійшли до нас із сивої давнини.

Термальні джерела і ванни широко використовували для лікування різноманітних недуг не лише в Стародавній Греції, а й у Стародавньому Римі. Загальновідомо, що римляни для дотримання особистої гігієни здавна користувалися громадськими лазнями. Утім, на окрему увагу заслуговують терми, які відносяться до імператорської епохи, терми Каракалли зокрема. Цей шедевр (з архітектурного, санітарно-гігієнічного, естетичного боку), побудований у 216–235 рр., і нині вражає своїм розмахом: на північно-західній стороні був *frigidarium* – величезна зала з мармуровим басейном, наповненим холодною водою, в який (для зручності!) заходили сходами.

Наступною залогою був *tepidarium* – тепла лазня. Далі йшов *calidarium* – зала діаметром 35 метрів з ротондою згори, навколо неї – багато кімнат, в яких розміщувалися гарячі ванни. В термах Каракалли також було два величезні перистилі (внутрішні дворики) і численні приміщення, що мали різне призначення. Обов'язковими були роздягальні (*apodyteria*) і зали для масажу й умасування (*elaeothesia*). Усе це було оздоблене величними мармуровими колонами з фігурними капітелями, фонтанами, мозаїками, красивими кам'яними чашами, статуями, іншими творами мистецтва. Навколо терм був розбитий чудовий парк. У цьому архітектурному комплексі були також численні зали для читання та бесід, бібліотеки, палестри або гімназії [10].

Певну рацію має російська дослідниця О. Лапочкіна, котра вважає римські терми прообразом сучасних фітнес-центрів [15]. Утім, для римлян терми були чимось набагато більшим вони також були і, послуговуючись сучасною мовою, клубами, в яких представники різних верств і різних культурних рівнів знаходили собі заняття, відпочивали та розважались.

Прямі рекомендації щодо дотримання ЗСЖ знаходимо у відомого давньоримського лікаря Асклепіада, котрий рекомендував дотримуватися гігієни житла і тіла, а також приймати масаж, більше рухатися, робити піші та кінні прогулянки, займатися оздоровчим бігом. Принагідно зазначимо, що в багатьох випадках Асклепіад вважав за краще давати хворим під виглядом ліків чисту воду замість поширених у той час різних отрут, які часто призначалися пацієнтам. Отже, з певною вірогідністю можна стверджувати, що саме Асклепіаду належить винахід ефекту «плацебо» [3].

Доречно підкреслити, що увага до фізичних вправ, закалювання та особистої гігієни – одна з визначальних рис усіх культур античного Середземномор'я, про що свідчать не лише численні артефакти, які збереглися до наших часів, і на яких зображено різноманітні гігієнічні процедури, обливання водою, розтирання, масажі, але й літературні джерела. Наприклад, Геродот у своїй Другій книзі «Євтерпа. (Єгипетський лотос)» так описує звичай єгипетських жерців: «Вони (жерці) п'ють із бронзових келихів і щодня вони добре миють їх... . Вони носять льняний одяг, чисто випраний, і цього дотримуються вони дуже пильно. ... жерці кожні три дні голять собі все тіло, щоб на ньому не було, коли вони служать богам, ні вошей, ні якихсь інших огидних паразитів. Жерці носять льняний одяг і взуття з папірус. Вони миються двічі щодня холодною водою і також двічі щоночі» [7, с. 89].

З іншого боку, вже в Античності було добре відомо, що люди часто руйнують власне здоров'я, нехтують порадами і настановами лікарів щодо ЗСЖ [1; 25]. Так, ще сучасник Гіппократа – давньогрецький філософ Демокріт (бл. 470 – бл. 380 до н.е.) писав: «Здоров'я просять у своїх молитвах люди, а самі того не знають, що мають у своєму розпорядженні необхідні для цього засоби». Не менш красномовним є латинський вислів «*Omnes homines sibi sanitatem cupiunt, saepe autem omnia, quae valetudini contraria sunt, faciunt*» (Усі люди бажують собі здоров'я, з іншого боку, усе, що протирічить здоров'ю роблять).

Незважаючи на те, що достеменно відомо, що вино стародавні греки і римляни зазвичай пили сильно розведеним (*Vinum aquae miscere*), надмірне його вживання, тобто пияцтво, засуджувалося і вважалося однією з найбільших вад людини, яка стоїть на заваді ЗСЖ [1; 25]. Це зафіксовано в численних прислів'ях, приказках, афоризмах: «*Absentem laedit, cum ebrio qui litigat*» (Хто з п'яним сперечається, той з відсутнім воює (букв. – “веде тяжбу”), «*Multum vinum bibere, non diu vivere*» (Багато вина пити – недовго жити), «*Ebrietas mores aufert tibi res et honores*» (Пияцтво нищить честь, майно і повагу (почесть), «*Ebrietas animum sapientem reddit iniquum*» (Пияцтво з розумного ледащо робить), «*Ebrietas est metropolis vitiorum*» (Пияцтво – джерело вад), «*Non est culpa vini, sed bibentis*» (Винувате не вино, а той, хто п'є його), «*Plures crapula, quam gladius perdidit*» (Пияцтво згубило більше людей, ніж меч), «*Qui bibit immodice vina, venena bibit*» (Хто непомірно п'є вино, п'є отруту).

Важливість боротьби з пияцтвом як соціальним злом усвідомлювали такі видатні діячі Античності, як «батько математики» – Піфагор, “батько історії” – Геродот, «батько медицини» – Гіппократ, філософи Платон, Аристотель та багато інших. Щоб відлучити п'яниць від лихого питва, Піфагор радив їм частіше думати про ті дії, які вони учиняють у нетверезому стані, а учень Сократа Платон рекомендував частіше дивитися на себе у дзеркало, де можна побачити своє відображення у неприглядному вигляді [20]. Аристотель стверджував, що від жінки, яка вживає алкоголь, народжуються хворі діти, або діти, які рано чи пізно потягнуться за чаркою. Генетичну схильність до алкоголю знаходимо у такому вислові, як «*Ebrii ebrios gignunt*» (П'яні породжують п'яних).

Історія знає чимало методів боротьби з пияцтвом, які застосовувалися в східних і західних культурах: і фізичне покарання, і вигнання за межі міста та держави, п'яницям вливали в рот кипляче вино та розплавлений свинець, навіть застосовувалася смертна кара. Відразу до пияцтва викликали шляхом прилюдного висміювання шанувальників Вакха (Бахуса). Для цього навмисне напоювали рабів і виводили на майдани [20, с. 58].

Численні наукові дослідження підтверджують, що алкоголь – причина близько 60 психічних і соматичних захворювань [26]. Доведено, що надмірне (і особливо регулярне) вживання алкоголю зумовлює різноманітні порушення діяльності практично всіх органів і систем організму людини: печінки, шлунково–кишкового тракту, серцево–судинної системи, системи органів дихання, ендокринної системи, опорно–рухового апарату іbid. Сучасні автори наголошують на особливій шкідливості алкоголю для нервової системи: унаслідок дегенерації мозочка спостерігається дискоординація рухів, психози і розлади пам'яті, мовлення стає плутаним, відбувається «відключення» так званого «морального центру» – навіть при вживанні алкоголю у невеликих дозах у людини притупляється відчуття сорому, вона стає надмірно розкутою і балакучою, схильною до аморальної поведінки.

Усе, про що йшлося вище, повною мірою відображено в латиномовних прислів'ях, приказках та афоризмах: «*Lexis truncatur, cervisia dum (cum)*

dominatur» (Хто у полон чарки попадає, того мова ладу не знає), *Vinum verba ministrat* (Вино розв'язує язик), «*In vino veritas*» (Істина у вині, тобто що у тверезого на думці, те у п'яного на язиці), «*Post vinum verba, post imbrem nascitur herba*» (Після вина – слова, після дощу – трава), «*Qui in animo sobrii, id est in lingua ebrii*» (Що на душі у тверезого, те на язиці у п'яного), «*Ebrietas est voluntaria insania*» (Сп'яніння – добровільне безумство: вислів приписують Аристотелю, також зустрічається у Сенеки), «*Sapientia vino umbratur*» (Вино затьмарює розум s. розум затьмарюється вином), «*Ebrietas frangit, quidquid sapientia tangit*» (Пияцтво ламає, що мудрість набуває), «*Facit incanire sanos copia vini*» (Надмірне споживання вина і розумних зводить з розуму), *Vinum apostatare facit etiam sapientes* (Вино доводить до гріха навіть мудреців), *Ebrietas certe parit insaniam* (Пияцтво породжує безумство).

У контексті нашого дослідження на увагу заслуговує вислів, який приписують Анахарсісу – античному мудрецю скіфського походження, що дивує лапідарною точністю опису стадій сп'яніння: «*Prima cratera ad sitim pertinet, secunda – ad hilaritatem, tertia – ad voluptatem, quarta – ad insaniam*» (З першою чаркою втамовується спрага, з другою приходять веселощі, з третьою – насолода, з четвертою – безумство). Йому приписують думку, що для того, щоб не стати п'яницею достатньо мати перед очима п'яницю у всьому його неподобстві, а також висловлювання що, виноградна лоза приносить три грона: грона насолоди, грона сп'яніння і грона відрази.

Багато розлогих описів, сентенцій і афоризмів, в яких у неприглядному вигляді описуються сп'янілі люди, а також п'яниці, знаходимо у Біблії. У Книзі пророка Ісайї (28:7) описується психічний і фізичний стан сп'янілої людини: «*Verum hii quoque prae vino nescierunt et prae ebrietate erraverunt sacerdos et propheta nescierunt prae ebrietate absorti sunt a vino erraverunt in ebrietate nescierunt videntem ignoraverunt iudicii*» (Але і ці хитаються від вина і збиваються зі шляху від сикери; священник і пророк спотикаються від міцних напоїв; переможені вином, збожеволіли від сикери, у видінні помиляються, у судженні спотикаються) [4].

У цій же Книзі (5:11) знаходимо засудження надмірного вживання алкоголю: «*Vae qui consurgitis mane ad ebrietatem sectandam et potandum usque ad vesperam ut vino aestuetis*» (Горе тим, що з раннього ранку шукають сикери і до пізнього вечора розпалюють себе вином). У цій же Книзі знаходимо (5:22): «*Vae qui potentes estis ad bibendum vinum et viri fortes ad miscendam ebrietate*» (Горе тим, які хоробрі пити вино і сильні виготовляти міцний напій) [4].

У Книзі Приповідей Соломона (20:1) знаходимо застереження від пияцтва: «*Luxuriosa res vinum, et tumultuosa ebrietas : quicumque his delectatur non erit sapiens*» (Вино то – насмішник, напій – п'янкий галасун, і кожен, хто блудить у ньому, немудрий) [4; переклад українською за: 19].

Беручи до уваги, що алкоголь, будучи психоактивною речовиною, обумовлює девіантну поведінку, яка реалізується у трьох основних видах: антисоціальна (делінквентна), асоціальна (аморальна) та аутодеструктивна

(саморуйнівна) [11], алкоголізм належить до соціально значущих захворювань, оскільки зловживання алкоголем майже завжди призводить до різноманітних соціальних наслідків як для самого хворого, його сім'ї, оточення, так і для суспільства, його професійної діяльності зокрема [25; 26].

У Книзі Приповідей Соломона (23:29–34) знаходимо опис соціальних наслідків уживання алкоголю, який наочно демонструє, як живуть п'яниці, а також те зло, з яким постійно доводиться стикатися сім'ям, що живуть із тими, хто постійно заглядає в чарку: *«Cui «Vae»? Cui «Eheu»? Cui rixae? Cui querela? Cui sine causa vulnera? Cui su-usio oculorum? His, qui commorantur in vino et eunt, ut scrutentur mixtum. Ne intuearis vinum, quando flavescit, cum splenduerit in calice color eius: ingreditur blande, sed in novissimo mordebit ut coluberet sicut regulus vulnerat. Oculi tui videbunt extranea, et cor tuum loquetur perversa; et eris sicut dormiens in medio mariet quasi sopitus ad malum navis»* (У кого виття? У кого стогін? У кого сварки? У кого горе? У кого рани без причини? У кого очі багрові? У тих, котрі довго сидять за вином, котрі приходять шукати [вина] присмаченого. Не дивися на вино, коли воно червоніє, як воно іскриться в чаші, як воно приваблює легко. Потім воно вкусить, мов гадина, і вжалить, як змія. Очі твої будуть дивитися на чужих дружин, і серце твоє озветься розпустою. І ти будеш, мов сплячий посеред моря, і як сплячий на вершечку щогли) [4; переклад українською за: 19].

Заслуговують на увагу спостереження і застереження щодо впливу шкідливих звичок на матеріальний стан людини, що відображено в Книзі Премудрості Ісуса сина Сірахова (19:1): *«Operarius ebriosus non locupletabitur: et qui spernit modica paulatim decidet»* (Працівник, схильний до пияцтва, не збагатиться, і той, хто ні в що ставить мале, потроху занепаде) та Книзі Приповідей Соломона (23:20–21): *«Noli esse in conviviiis potatorum nec in comissionibus carnis, quia vacantes potibus et comissatores consumentur, et vestietur pannis dormitatio»* (Не будь поміж тих, що впиваються вином, між тими, що об'їдаються м'ясом. Тому що п'яниця і зажерливий збідніють, і сонливість одягне їх у вереття) [4; переклад українською за: 19].

У цьому ж творі (19:2) знаходимо думки щодо розпусти та моральної деградації, до якої призводить постійне вживання алкоголю: *«Vinum et mulieres apostatare faciunt sapientes, et arguent sensatos»* (Вино і жінки розбестять розумних, а той, хто має справу з блудницями, зробиться ще нахабнішим) [4].

Цікаво, що в Книзі Приповідей Соломона йдеться про те, що неможна вживати алкоголь можновладцям – настанова матері Лемуїлу (31:3–4): *«Non decet reges, o Lamuel, non decet reges bibere vinum, nec magistratus desiderare siceram, ne forte bibant et obliviscantur iudiciorum et mutent causam omnium filiorum pauperis»* (Не царям, Лемуїле, не царям вино пити, і не князям – сікеру. Щоб не впилися вони і не забули закону та не змінили на недобре суду пригноблених) [4; переклад українською за: 19].

Як людина, яка ніколи не бралася за державні справи на підпитку, увійшов у світову історію видатний давньоримський державний і політичний

діяч, полководець, письменник – Гай Юлій Цезар, котрий, за свідченням Марка Порція Катона (Катона Старшого), один із усіх діячів свого часу брався за державні справи тверезим. Натомість історія знає і протилежний приклад. За однією з поширених ще в Античності версій, видатний полководець Олександр Македонський, котрий переміг у численних битвах, мав ганебну смерть від пияцтва [20, с. 61].

Утім, було б тенденційним, якби ми не підкреслили, що на відміну від зловживання вином, яке, будучи випитим у великій кількості, викликає роздратування, гнів і багато бід – *Vinum enim multum potatum irritationem et iram et ruinas multas facit*, його помірне споживання має певною мірою позитивний вплив [26], про що знали і стародавні: «*Vinum moderatum debilem stomachum reficit, vires reparat, algentem frigore calefacit, tristitiam etiam removet, laetitiam infundit*» (*Вино в помірній кількості укріплює слабкий шлунок, відновлює сили, зігріває того, хто страждає від холоду, воно також проганяє печаль, наповнює радістю*). Більше того, античні народи постійно вживали вино у розведеному (1:2, 1:3, 1:4, іноді у пропорції 1:20) водою вигляді і навіть давали дітям, згадку про що знаходимо у Гіппократа, котрий у праці «Про здоровий спосіб життя» («*De diaeta salubri*») пише, що «малих дітей треба довго купати у теплій воді і давати їм розведене водою тепле вино» [8, с. 218].

Слід зазначити, що поміркованість, власне поняття “міра” було одним із центральних понять як народної, так і «ученої» мудрості І філософії, етики, естетики, літератури, що зафіксовано в численних пареміях, з яких однією з найвідоміших є «*Ne quid nimis*» (*Нічого над міру*). Наприклад, в Афінах при питних закладах були так звані *emendatores* або *curatores morum* – наглядачі, в обов’язки яких входило забороняти часто відвідувати ці заклади одним і тим же особам [20, с. 59].

Помірність як основа життєвої філософії та *modus vivendi* зафіксована в таких латиномовних афоризмах: «*Est modus in rebus*» (*Існує міра в речах*), «*Aurea mediocritas*» (*Золота середина*), «*Disce parvo esse contentus*» (*Учися вдовольнятися малим*), «*Omne nimium vertitur in vitium*» (*Будь-який надлишок перетворюється на ваду*), «*Somni, cibi, potus, venus omnia moderata sint*» (*Сон, їжа, питво, кохання І нехай усе буде поміркованим*), «*Fortior est, qui cupiditates suas, non qui hostes subiicit*» (*Сильніший (хоробріший) той, хто переміг свої пристрасті, а не ворогів*), «*Ubi uber, ibi tuber*» (*Де достаток, там порок*), «*Vitiosum est ubique, quod nimium est*» (*Усе, що є надмірним, є порочним*).

Ідея гармонійності розвитку людини як розумної міри поєднання фізичного та психічного була покладена в основу афінського виховання. Як підкреслював Г. Ващенко, «ідеалом атенця була людина бадьора, розсудлива, міцна, спритна і гарна. Платон називає кривою людиною, душа і тіло якої розвинуті не однаковою мірою. Ідею гармонійності і всебічності (збережена орфографія Г. Ващенко – О.Б., І.Б.) виховання підкреслює і Аристотель. Настояючи на тому, що треба рівномірно виховувати душу і тіло, він засуджує однобоке фізичне виховання. На його думку, метою

останнього не мусить бути атлетизм, при якому домінують фізичні властивості людини, стисліше, її фізична сила. Це не відповідає гідності вільної людини, бо атлетом може бути лише раб» [5, с. 9]. Аналізуючи атенську систему тіловиховання, автор робить справедливий висновок, що ця система була побудована так, щоб «розвивати кожний орган з метою виховувати гармонійну людину» [ibid., с. 12].

Українська дослідниця О. Дмитрієва, досліджуючи ідеї античних мислителів про здоров'я та формування ЗСЖ молодого покоління, також наголошує, що наріжним каменем античної філософії з цього питання була думка, що формування всебічно розвиненої людини поєднує в собі фізичну досконалість, високу мораль і духовне багатство [13].

Думку про необхідність гармонійного поєднання в людині фізичного та психічного здоров'я знаходимо в таких латинських виразах: «**Duo, mens valetudoque bona, homini sunt bona**» (Розум і добре здоров'я – два блага для людини), «**Mens sana in corpore sano magnum bonum est**» (Здоровий дух у здоровому тілі – велике благо), «**Optandum est, ut sit mens sana in corpore sano**» (Бажано, щоб у здоровому тілі був здоровий дух).

Про необхідність дотримання дієти та поміркованості у їжі свідчить добре відомий із Середньовіччя вислів «**Esse oportet, ut vivas, non vivere, ut edas**» (Потрібно їсти, щоб ти жив, а не жити, щоб ти їв), а також його більш відомий античний варіант – «**Edimus, ut vivamus, non vivimus, ut edemus**» (Ми їмо, щоб жити, а не живемо, щоб їсти), який є парафразою Сократового «Дехто з людей живе, щоб їсти, а я їм, щоб жити», «**Caseus et panis sunt optima fercula sanis**» (Сир і хліб – найкраща їжа для здорової людини), «**Fructus cape cum pane, si vis vivere sane**» (Овочі і хліб споживай – здоров'я доброго наживай), «**Modicus cibi, medicus sibi**» (Поміркований у їді – лікар собі), «**Omne nimium nocet**» (Усе зайве шкодить), «**E magna coena fit stomacho magna poena**» (Надмір їжі – велика біда для шлунку), «**Ut sis noctu levis, sit tibi coena brevis**» (Якщо хочеш, щоб була легкою ніч, нехай легкою (букв. – «короткою») буде вечерея).

Спостереження античних медиків над шкідливим впливом переїдання та зайвої ваги на фізичний і психічний стан людини відображено в таких латинських пареміях: «**Copia ciborum subtilitas animi imperditur**» (Надмір їжі стримує гостроту розуму), «**Plenus (satur) venter non studet libenter**» (Хто про повний живіт дбає, той голови до науки не має), «**Pinguis venter facit sensum tenuem**» (Від товстого живота в голові пуста), «**E magna coena fit stomacho magna poena**» (Надмір їжі – велика біда для шлунку), «**Modicus cibi medicus sibi**» (Помірний у їді – лікар собі), «**Ut sis noctu levis, sit tibi coena brevis**» (Якщо хочеш, щоб була легкою ніч, нехай легкою (букв. – «короткою») буде вечерея).

У «Збірці Гіппократа» знаходимо настанову про те, що люди, які мають надмірну вагу і хочуть схуднути, повинні натщесерце робити фізичні вправи і лише після цього переходити до прийому їжі [8, с. 216]. Нами знайдено настанови щодо необхідності дотримання рухового режиму і корисності ходьби після їди: «**Post cenam stabis aut mille passus meabilis**» (Після їжі

стій, або відміряй тисячу кроків), *«Post cenam non stare sed mille passus meare»* (Після їжі не стояти, а тисячу кроків проходити).

Заслуговує на увагу, що в сучасній медичній літературі знаходимо дані про те, що щоденна ходьба є не лише ефективним засобом підтримання фізичної форми, але й наукове підтвердження того факту, що під час піших прогулянок, які робляться відразу після прийому їжі, у хворих на цукровий діабет 2 типу відбувається ефективно зниження рівня цукру в крові [22].

Важливо наголосити, що загальним принципом підтримання морального і фізичного здоров'я античного суспільства була фізична та розумова праця з чітким усвідомленням того, що лінощі та бездіяльність згубно впливають на людину [1; 20; 25]. Підтвердження цього знаходимо в таких фразеологізмах: *«Mollities corporis debilitat»* (Зніженість знесилює тіло), *«Ignavia corpus habitat, labor firmat; illa maturam senectutem, hic longam adulescentiam reddit»* (Неробство послаблює тіло, праця зміцнює; перше призводить до передчасної старості, друга забезпечує довгу молодість), *«Otia dant vitia»* ([Надмірний] відпочинок породжує вади).

Таким чином, опрацьований матеріал засвідчив, що основи профілактичної медицини були закладені за багато століть до нашої ери. Значна увага у давніх середземноморських культурах приділялася не лише профілактичним, але й санітарно–гігієнічним аспектам, які охоплювали як особисту гігієну, так і гігієну та санітарію повітря і водопостачання. Таку ж давню історію мають пропагування здорового способу життя та боротьба зі шкідливими звичками. Обраний для дослідження фразеологічний масив проілюстрував, що вже в давнину були добре відомі негативні впливи і наслідки дії алкоголю на психічне та фізичне здоров'я людини, що підтверджені сучасними науковими розвідками у галузі неврології, клінічної психіатрії та наркології. Здійснене дослідження показало, що в античній культурі культивувалося поняття «міра», яке цілком обґрунтовано вважалося однією із передумов дотримання здорового способу життя.

Проаналізований матеріал засвідчив, що основні способи формування здорового способу життя, розроблені в давніх культурах і античній, передовсім, є актуальними й нині та представлені раціональним харчуванням, відмовою від алкоголю, або його помірним уживанням, фізичною і руховою активністю, розумним співвідношенням між працею та відпочинком, дотриманням санітарно–гігієнічних норм та особистої гігієни. Основними засобами формування здорового способу життя у період, що досліджувався, були настанови, побажання, засудження або схвальний відгук, “антиалкогольна пропаганда” у вигляді наочної демонстрації згубного впливу алкоголю на психічний і фізичний стан людини.

Список використаних джерел

1. Беляєв І.С., Шкодїна А.Д., Беляєва О.М. Питання пропагування здорового способу життя в латинських пареміях // Погляд майбутніх лікарів на сучасну медицину: матер. 73 Всеукр. студ. наук. конф. (30 бер.–1 квіт. 2017 р., м. Полтава). – Полтава: Ред.–вид. відділ ВДНЗУ «УМСА», 2017. – С. 103.
2. Беляєв І.С., Беляєва О.М. Профілактика хвороб серцево–судинної системи як актуальна проблема ХХІ століття (медичний і медико–педагогічний аспект) //

Організаційні і правові засади оптимізації системи охорони здоров'я в Україні та світі в сучасних умовах: матер. Всеукр. наук–практ. конф. з міжнар. участю (26 трав. 2017 р., м. Полтава). – Полтава, 2017. – С. 24 – 27.

3. Беляєва О. М. Філософсько–етичний принцип «Ne quid nimis», здоров'я і гігієна в латиномовній фразеології та пропагування здорового способу життя // Формування здорового способу життя студентів–медиків засобами освіти: матер. Всеукр. навч.–метод. конф. (27 січня 2011 р., м. Полтава). – Ч. 1. – Полтава: Ред–вид. від. ВДНЗУ «УМСА». – С. 13 – 14.

4. Библиейская текстология [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hebrew-studies.philosophy.spbu.ru/Biblia/v1>

5. Ващенко Г. Тіловиховання як засіб виховання волі і характеру. – Львів: Українські технології, 2001. – 56 с.

6. ВЕЧНЫЕ СЛОВА = AETERNA DISTA: Восьмиязычный словарь фразеологических эквивалентов / Н.А. Гончарова и др.; под. ред. Н.А. Гончаровой. – Минск: Белорусс. асоц. «Конкурс», 2012. – 272 с.

7. Геродот. Історії в дев'яти книгах; передмова А. Білецького. – К.: Вид–во «Наукова книга», 1993. – 575 с.

8. Гиппократ. Избранные книги; пер. с древнегр. В.И. Руднева / ред. вступ. ст. и прим. В.П. Карпова. – М.: «Сварог», 1994. – 736 с.

9. Гиро П. Частная и общественная жизнь греков [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.sno.pro1.ru/lib/giro_chastnaya_i_obshestvennaya

10. Гиро П. Частная и общественная жизнь римлян. – СПб.: «Алетейя», 1995. – 598 с.

11. Гусак П.М., Мартинюк Т.А., Сидорук І.І. Профілактика вживання психоактивних речовин підлітками. – Луцьк: Вежа–Друк, 2013. – 484 с.

12. Даниско О. Методолого–теоретичні засади формування здорового способу життя школярів засобами фізичної культури і спорту // Людинознавчі студії. Сер. «Педагогіка». – 2015. – Вип. 31. – С. 120 – 126.

13. Дмитрієва О.В. Античні мислителі про поняття «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bo0k.net/index.php?p=achapter&bid=8389>

14. Корж Н.Г. Луцька Ф.Й. Із скарбниці античної мудрості.– К.: Вища школа, 1988. – 320 с.

15. Лапочкина Е.В. SPA: история, этимология, варианты расшифровки и перевода с латинского языка на русский // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2016. – № 2 (56): в 2–х ч. – Ч. 1. – С. 130 – 132.

16. Малая медицинская энциклопедия: в 6 т. / гл. ред. В.И. Покровский. – М.: Советская энциклопедия, 1991. – Т.1: А – Грудной ребенок. – 1991. – 560 с.

17. Мурашева С.В. Формирование здорового образа жизни учащихся профессионального лица средствами народной педагогики: автореф. дисс. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.01. – Елец, 2007. – 24 с.

18. Нечай І.А., Беляєва Е.Н. Здоровье и гигиена в латиноязычной фразеологии и её воспитательные возможности в целях пропаганды здорового образа жизни среди будущих медиков // Anatomicum Latinicumque–2012 Plus: Практическое использование прикладной лингвистики в медицинской латыни в рамках фестиваля науки ФЦП «Научные и научно–педагогические кадры России» на 2009 – 2013 годы, (17–18 сент. 2012 г., г. Ульяновск) / сост.: Л.М. Тихонова, Р.М. Хайруллин, Н.Н. Савельева. – Ульяновск: УлГУ, 2012. – С. 211–213.

19. «Притчі Соломона» українською мовою [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dovidka.biz.ua/pritchi-solomona-ukrayinskoju>

20. Скрипников М.С., Краковецька Г.О., Скрипникова Т.П., Лігоненко О.В. NOLI NOCERE. – Полтава: «Вісті», 1997. – 140 с.

21. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

22. Ходьба после еды помогает снизить уровень сахара в крови у людей, больных сахарным диабетом 2 типа [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nebolet.com/mednews/hodba-posle-edy-pomogaet-snizit->

23. Цимбалюк Ю.В. Латинські прислів'я і приказки. Латинские пословицы и поговорки. Proverbia et dicta Latina. – К.: Вища школа, 1990. – 436 с.
24. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Становление наркологии: клинические и биологические тенденции развития [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medline.ru/public/art>
25. Шкодiна А.Д., Беляев I.С., Беляева О.М. Здоровий спосiб життя: минуле i сьогодення // Педагогiка здоров'я: зб. наук. праць VII Всеукр. наук–практ. конф. (7–8 квiт. 2017 р., м. Чернiгiв) / ред. кол. С.М. Шкарлет та iн. – Чернiгiв: ЧНТУ, 2017. – Т. 1. – С. 573–578.
26. Barclay G.A., Barbour J., Stewart S., Day C.P., Gilvarry E. Adverse physical effects of alcohol misuse [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.psyobsor.org/1998/36/6-1.html>
27. Liste de locutions latines [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://wiki.eanswers.com/fr/Liste_de_locutions_latines

МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ (Могильний Ф.В.)

Вiдродження України неможливе без формування нацiональної свiдомостi народу, насамперед дiтей та молодi. Повноцiнно це завдання можна вирiшити лише в контекстi нацiонального виховання на основi iсторико–фiлософського надбання людства. Здоров'я нацiї – це показник цивiлізованостi держави, що вiдображає соцiально–економiчне становище суспiльства. Згiдно з Резолюцiєю ООН № 38/54 вiд 1997 року здоров'я населення вважається головним критерiєм доцiльностi й ефективностi всiх без винятку сфер державної господарської дiяльностi, iндикатором якостi життя суспiльства. Лише освiта та наука в тiснiй спiвпрацi можуть значною мiрою вирiшити проблему збереження здоров'я населення та його нацiонального самоусвiдомлення.

Катастрофiчне зниження якостi й рiвня здоров'я населення в цiлому, а особливо дiтей i пiдлiткiв – неспростовний факт, який викликає тривогу у фахiвцiв. Людина, безумовно, є абсолютною цiннiстю суспiльства, а її здоров'я – гарантiєю гармонiйного розвитку соцiуму, запорукою полiтичної стабiльностi й економiчного прогресу держави. Проте для розв'язання зазначеної проблеми недостатньо визнання її актуальностi – потрiбнi радикальнi практичнi кроки, спрямованi на збереження здоров'я населення та формування здорового способу життя.

Вiдповiдно до визначення Всесвiтньої органiзацiї охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це «стан повного фiзичного, духовного i соцiального благополуччя, а не тiльки вiдсутнiсть хвороб i фiзичних дефектiв».

Отже здоровий спосiб життя – це фiзичнi, духовнi та соцiальнi показники життя людини, якi мають формуватися на основi певних цiннiсних орієнтирiв особистостi.

Питання збереження здоров'я, оптимiзацiї чинникiв, якi його формують, перебувають у центрi уваги не тiльки медикiв, але i педагогiв. На сучасному етапi вплив негативних чинникiв навколишнього середовища невпинно зростає, а адаптацiйнi можливостi людини як бiологiчного виду

не безмежні. Лікарі, фізіологи, екологи, психологи вивчають причини, що впливають на організм людини, досліджують механізми впливу окремих чинників на протікання фізіологічних процесів, розглядають особливості динаміки стану здоров'я й можливості його регулювання.

Водночас не варто забувати про участь самої людини в збереженні свого здоров'я, формуванні поглядів на власне життя та його «складові».

Науковці, вибудувавши чітку ідейно–світоглядну ієрархію соціальних інститутів, на одне з чільних місць в ній поставили школу. Фахівці вказують на різні причини незадовільного рівня здоров'я сучасних школярів, серед яких – і відсутність у школі ефективних механізмів виховання свідомого і дбайливого ставлення учнів до власного здоров'я. Отже, постала проблема створення нових освітніх моделей формування здорового способу життя в загальноосвітньому навчальному закладі, центром якого є інтереси, потреби, мотиви та здоров'я конкретної дитини.

Аналіз науково–методичної літератури дає змогу окреслити погляди на здоров'я і здоровий спосіб життя, їхню динаміку та антиномію, співвіднести різноманітні точки зору науковців. Це дасть змогу визначити основні підходи стосовно сучасного розуміння феномену здоров'я людини загалом і молоді зокрема.

Для розгляду зазначеного питання ми обрали дві відправні точки формування світогляду людини – релігію та філософію: релігія – Божественне тлумачення існування людини, а філософія – спроба людей пояснити своє існування на планеті Земля.

Ще в Біблії згадуються три форми існування людини: тілесна; духовна; душевна. З грецької мови, «душа» – «психо», а «сома» – «тіло». Тобто особа має три складові: тілесну (сома), духовну, психічну (душа). На кожному етапі історичного розвитку людина сприймалася по різному, і здоров'я пов'язувалося або лише з тілом, або з душею чи духом, а інколи ці поняття взаємозамінялися. Для подальшого розгляду зазначеної проблеми потрібно дати чітке визначення таких понять: здоров'я – (від лат. цілий) сукупність показників, які дають можливість повноцінного існування людини; здорове тіло – якісні характеристики функціонування тіла людини, які створюють можливості для її духовної та душевної самореалізації; психічне (душевне) здоров'я – це характеристика мозку, що полягає у відображенні об'єктивної дійсності; духовне здоров'я – ідейний стержень гармонійного існування організму людини. Без сумніву, здоров'я людини – то не лише запорука нормального життя, а й насамперед великий Божий дарунок. Тому, на нашу думку, здоров'я та здоровий спосіб життя потрібно розглядати лише в єдності цих трьох понять.

Переоцінити важливість філософії не можна, оскільки вона складає теоретичну основу світогляду людини. Упродовж тривалого часу вона була цілісною системою різноманітних знань, а в її межах розвивалися педагогіка, психологія, соціологія, політологія та інші науки. Аналіз філософської літератури має для нашого дослідження надзвичайно важливе значення та є однією з умов вирішення гострих проблем сучасності [1, с. 121–123].

Проблема збереження здоров'я та формування здорового способу життя зберігала свою актуальність упродовж тисячоліть: з кожним новим етапом розвитку науки, культури, цивілізації вона ставала все більш нагальною. Залежно від того, як швидко набирала обертів людська історія, усе більше замислювалася людина над сенсом свого існування на землі, над причинами плінності життя та його щасливим перебігом. Людина завжди намагалася продовжити собі життя, забезпечити комфортні умови існування.

Звернення до філософських поглядів минулого дає можливість: дослідити та проаналізувати розмаїття думок і висновків щодо сутності здоров'я та особливостей здорового способу життя; визначити чинники та обставини, які безпосередньо впливають на їх формування; з'ясувати філософський зміст та смислову цілісність базових понять з вищезазначеної проблеми.

У всіх галузях філософування (філософській антропології, соціальній філософії, філософії культури та філософії історії, філософії освіти та виховання) відбувається опосередковане й пряме осмислення шляхів людства до усвідомлення необхідності та доцільності здорового способу життя.

Філософські концепції Античної доби про здоров'я базуються на ідеї оптимального співвідношення компонентів тілесної та духовної сутності людини, які в ієрархічній взаємодії утворюють внутрішню єдність.

Зважаючи на той факт, що східна філософія тісно пов'язана з релігією, важливе місце у формуванні та збереженні здоров'я її представники приділяли внутрішній гармонії, яку можна було досягти «правильним», релігійним життям. Суголосною з ідеями античних філософів була думка щодо дотримання міри у всіх сферах життя людини.

У східнослов'янській парадигмі спостерігається трансформація поглядів на зазначену проблему, пов'язана з прийняттям християнства. Архаїчна «войовничість» була пом'якшена християнським смиренням, що в подальшому еволюціонувало в нове відгалуження християнства – православ'я.

Учення філософів Середньовіччя тісно пов'язане з християнством: яке пропагувало святість як спосіб життя. Лише дотримання Божих заповідей уважалося на той час здоровим способом життя. Провідною ідеєю доби Відродження був погляд на людину як самостійну, самовпевнену, самодостатню істоту. Проявом ідей цієї епохи стала поява, зокрема й на території України, медичних закладів. Це була спроба власними силами вирішити проблеми, пов'язані зі здоров'ям.

Філософи Нового часу остаточно зарахували людину до природного світу, вони дійшли висновку, що саме розум дає можливість для вираження сутності кожної особистості і лише розум допоможе їй піклуватися про власне здоров'я.

У сучасній філософії виникла і з кожним днем набуває все більшого розвитку так звана філософія здоров'я та здорового способу життя. У вищих навчальних закладах створюються кафедри філософії здоров'я, виникають нові напрями дослідження цієї актуальної проблеми.

Особливої уваги заслуговує, на наш погляд, таке філософсько–медичне явище, як НЛП – нейролінгвістичне програмування. На концептуальному

рівні дослідження починається з тлумачення здоров'я як чогось позитивного, що не означає відмови від задоволення. «Здоров'я є природним наслідком нашого способу життя: взаємин, дієти, навколишнього оточення. Здоров'я – це не предмет власності, це процес. Це те, що ми робимо, результат наших думок і почуттів. Це – й спосіб існування» [8, с. 192–196]. Зазначені твердження є правильними, але не можна здоров'я пов'язувати лише з часом існування однієї людини і залишати поза увагою життя попередніх поколінь, зокрема її батьків.

Цікаво, що галузь науки, яка раніше вважалася сферою діяльності психологів, на сучасному етапі стає напрямом медичних досліджень: на сьогодні уже важко провести межу між фізичними й ментальними факторами захворювань. Розділяти тіло й розум на здоров'я і хворобу – це все одно, що намагатися виділити сіль з морської води за допомогою ножа. Розум і тіло постійно підштовхують одне одного до здоров'я чи хвороби. Організм не хворіє – людина робить це. Нам відомо дуже багато про механізми захворювань, але не про механізми здоров'я. Кілька людей можуть потрапити під дію інфекції, але не всі вони занедужають.

На зламі ХХ–ХХІ ст. філософи в різних варіантах формулюють запитання й відповіді щодо здоров'я людини. Що значить бути здоровим? Як варто розуміти прагнення до досконалості – тілесної або духовної, природної чи штучної – і до якого рівня допустиме хірургічне й генетичне «вдосконалення» людського організму? Тема клонування людини як філософська й медична проблема й усі наукові розробки в цій галузі набувають дедалі більшої соціальної значущості і, як результат, стають предметом філософського аналізу.

Нескінченні пошуки людиною шляхів до здорового життя та довголіття призвели до наполегливих заяв учених про те, що вже найближчими роками стане технічно й методологічно можливим масове клонування людини в тому або іншому варіанті. Такі заяви виділяють цю тему з розряду вузькоспеціальних й долучають її до низки дуже важливих соціальних проблем, які мають глибокий релігійно-філософський і гуманітарний сенс. Уже на сьогодні зрозуміло: клонування людини та його можливі соціальні наслідки за своїми масштабами будуть настільки значними, що можуть змінити весь соціум, його традиційні підвалини, більшість світоглядних уявлень, наукову парадигму в цілому [7, с. 171–173]. Усе це, по суті, може призвести до виникнення іншої цивілізації. Відтак постає питання щодо оцінювання зрілості досягнутого рівня розвитку цивілізації для сприйняття питань подібної складності.

Не можна заперечувати чи не враховувати весь історико-філософський обсяг знань та досвіду щодо феномену здоров'я та здорового способу життя. Але все ж таки більшість ідей у цій царині не завжди мали практичні механізми для свого втілення, а інколи просто не могли бути реалізовані з низки причин.

У цьому дослідженні ми прагнемо окреслити шляхи практичної реалізації ідеї збереження та розвитку людиною власного здоров'я через

поняття здорового способу життя. Так, для того, щоб оптимізувати процес оздоровлення людини ми запропонували модель формування здорового способу життя (рис. 1).

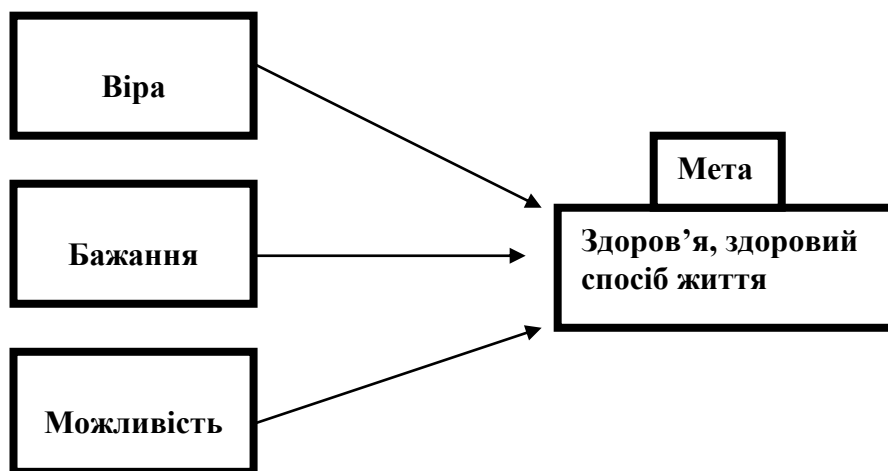


Рис. 1. Модель формування здорового способу життя

Ураховуючи той факт, що нашою метою є здоров'я та здоровий спосіб життя, ми спробуємо розписати весь механізм практичного впровадження зазначеної моделі в життя будь-якої людини.

Перш ніж пояснити механізм запропонованої моделі, потрібно дати пояснення згаданих вище понять.

Віра – упевненість, переконання, усвідомлення, уявлення про предмети вищих, нематеріальних, духовних рівнів; вірування; відсутність будь-яких сумнівів щодо існування Бога; безумовне визнання істин, відкритих Богом; сукупність учень, прийнятих народом, віросповідання, сповідання, закон (Божий, церковний, духовний), релігія, церква, духовне братерство, упевненість, сподівання, очікування; клятва, присяга.

Віра – це «опора» кожної особи, її істинність чи важливість людина по-справжньому може оцінити лише наприкінці життя. Віра є фундаментом життя, тому що ми є тим, у що віримо і як віримо. «А Він їй сказав: Твоя віра, о дочко, спасла тебе; іди з миром, і здоровою будь від своєї недуги!» Марка 5:25–34 (переклад І. Огієнка). «У ньому відкривається правда Божія від віри у віру, як написано: праведний вірою живий буде» Римлянам 1:17 [2]. У нашій моделі віра має такі складові: віру в себе, у свої сили («Я зможу це зробити. Я зможу цього досягти. У мене вистачить сил це подолати та ін.»); віру в Бога (справжність віри, вона має бути «живою»).

Наступним елементом нашої моделі є поняття «бажання». Це первинний життєвий імпульс, який виступає як організовувальне начало, як в поведінці індивіда, так і в житті суспільства в цілому. Широкого застосування у філософії зазначене поняття набуло завдяки психоаналізу. Безперечним внеском у методологію дослідження людини можна вважати проголошені З. Фройдом ідеї: 1) первинність бажання стосовно потреби, 2) первинність уяви щодо досвіду, 3) первинність несвідомого стосовно свідомості.

Ми розглядаємо бажання як «іскру», яка присутня в кожній людині і проявляється в бажаннях творити, любити, працювати, просто жити. Бажання має бути корисним для людини, спрямованим на поліпшення власного життя й життя близьких для неї людей, воно має бути позитивним. Запобігти виникненню негативних бажань допоможе віра. Чим сильніше бажання, тим більша вірогідність досягнення поставленої мети, а його сила відповідно залежить від віри.

Останньою складовою запропонованої нами моделі є «можливість». Ми розглядаємо її як філософську категорію, яка відображає те, що може з'явитися, трапитися, виникнути за певних умов.

На кожному історичному етапі розвитку філософи пропонували власні підходи до розуміння поняття «можливості». Ми під цим терміном розуміємо сукупність якісних та кількісних характеристик, що є вирішальними для досягнення, реалізації певної мети, ідеї. Саме ця складова нашої моделі постає «містком» між «світом бажань» та дійсністю: якщо недостатньо умов для існування якогось явища, про нього говорять, що воно існує в можливості (potentia). Потрібно розрізнати гіпотетичну можливість, що має лише умовне значення, від можливості, яке є потенційною, бо міститься в природі речей.

Отже, це те, чого ще немає, але воно може настати за певних умов; сукупність породжуваних єдністю різноманітних аспектів дійсності передумов її зміни, перетворення на іншу дійсність. Можливість відображає той етап руху, розвитку явищ, коли вони існують лише у вигляді передумов або як тенденції, властиві деякій дійсності. Будь-який розвиток можна представити як рух від можливості, що виникає в надрах дійсності, до нової реальності з властивими їй можливостями.

Визначивши основні складові запропонованої нами моделі, ми спробуємо пояснити механізми її реалізації. Для того, щоб поставити перед собою мету (бути здоровим), а потім її досягнути, людина має насамперед вірити (у Бога, у себе, у власні сили, у необхідність, важливість здоров'я та здорового способу життя). Повіривши, людина починає відчувати власні сили, у неї виникає бажання досягти поставленої мети. Сила бажання залежить від якісних характеристик віри. Але щоб остаточно й повноцінно досягти поставленої мети, людині потрібна можливість (формувати та зберігати власне здоров'я), яка проявляється у певних сприятливих умовах. Зазначений механізм є певною мірою самодостатнім. Так, якщо соціум не турбується про формування «правильної» віри, тоді людина починає шукати власні об'єкти вірування. І бажання, які в неї виникають, часто можуть суперечити очікуванням соціуму (паління, відмова від спорту, пияцтво, наркоманія), який, у свою чергу, не надає людині можливості втілити її бажання (бути здоровою) у життя. Саме в таких випадках особа може перевірити силу, якість власної віри та бажань, які і стають у подальшому рушіями для створення можливості з метою реалізації мети – бути здоровою та вести здоровий спосіб життя.

Таким чином, розглянувши основні історико-філософські підходи до здоров'я та здорового способу життя, можемо дійти висновку, що кожна історична епоха ставила специфічні завдання й вимоги до їх вирішення. Так,

на основі розглянутого історичного досвіду ми запропонували власну модель, яка дає можливість кожній людині стати та бути здоровою. Звірившись з нею, будь-хто може виявити елементи, яких йому недостатньо для досягнення поставленої мети, а головне – спланувати подальшу свою діяльність у цій сфері.

На нашу думку, за умови використання запропонованої нами моделі, можна вирішити проблему збереження здоров'я та формування здорового способу життя серед школярів. Її ефективність залежить від того, які соціальні інститути й наскільки злагоджено працюють для прищеплення людині віри, яка стане основою для бажань та надасть можливості для реалізації потенціалу. Звісно, ми зробили лише спробу і вважати її панацеєю чи універсумом не можна. Тому зазначена проблема збереження здоров'я та формування здорового способу життя потребує подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – 2-е изд. – М.: Молодая гвардия, 1979. – 192 с.
2. Біблія: Святе письмо / пер. І. Огієнка. – Випр. вид. – К.: Асоціація «Духовне відродження» / Mission Eurasia: Дорога Правди: Книгоноша, 2015. – 1226 с.
3. Демина Л.Д., Ральникова И.А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности: учеб. пособ. – Алтай, 2000. – 123 с.
4. Дубогай О.Д. Навчання в русі: здоров'язберігаючі педагогічні технології в початковій школі. – К.: Шкільний світ, 2005. – 112 с.
5. Омельченко С.О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків: монографія. – Луганськ: Альма-матер, 2007. – 352 с.
6. Попович М. Розум, воля і почуття: Філософське розуміння людини // Філософська і соціологічна думка. – 1995. – № 11/12. – С. 3–17.
7. Шалыгина Г.И. Философия здоровья: советы на каждый день и на всю жизнь. – СПб.: 1994. – 288 с.
8. Шаталов А.Т. Философия здоровья. – М., 2001. – 228 с.
9. Яременко О.О., Балакірева О.М., Вакуленко О.В. та ін. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / Укр.-канад. проект «Молодь за здоров'я». – К., 2000. – 207 с.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ: РОЛЬ ТЕХНОЛОГІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

(Петрюк С.Є.)

У світовому рейтингу здоров'я населення 188 країн, опублікованому відомим медичним журналом «*The Lancet*», експерти проаналізували дані про здоров'я людей за період з 1990 по 2015 рік. Вони оцінювали 33 параметри. Україна зайняла у цьому рейтингу 118-те місце, набравши 54 бали зі 100 можливих [12]. За результатами загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я. Україна», проведеного Міжнародним фондом «Відродження» у 2016 році, лише 39% українців оцінюють своє здоров'я як добре або дуже добре, 44% – як посереднє, 17% – погане або дуже погане. В Україні 57% населення мають надмірну вагу тіла або страждають на ожиріння, що є одним із основних факторів ризику для низки захворювань [5, с. 140–141]. Зважаючи на такий незадовільний стан рівня здоров'я населення, необхідно

кожному створювати умови для пріоритетного піклування про здоров'я, його поліпшення.

Уважаємо за доцільне у межах пропонованої статті розкрити роль та місце технологій збереження здоров'я при формуванні здорового способу життя.

О. Опарін зазначає: «...життя як одна з вищих форм руху й організації матерії найбільш яскраво знаходить своє вираження у специфічній взаємодії живої системи з оточуючим середовищем, у діалектичній єдності живого організму й умов його існування» [8, с. 5]. Відповідно, життя людини безпосередньо пов'язане як із процесами, властивостями та характеристиками, які притаманні кожному, так і з умовами існування.

Із природного середовища людину виокремила її діяльність – внутрішня і зовнішня активність кожного, спрямована на особистісні зміни, трансформацію предметів та явищ залежно від потреб, а також створення нових. Будь-яка діяльність людини передбачає взаємодію з навколишнім середовищем. Організм може пристосовуватись до середовища існування, але є певні межі, індивідуальні для різних людей. У разі значних відхилень від звичних умов існування, стихійних лих, надзвичайних ситуацій виникає небезпека для організму та його функціонування, що може погіршити здоров'я індивідууму.

У процесі створення матеріальних або духовних цінностей до моменту отримання необхідного результату людина виконує впорядковану послідовність взаємопов'язаних дій та операцій, які становлять певний технологічний процес. Відповідно, до певних сфер людської діяльності доцільно застосовувати технологічний підхід.

Спробуємо обґрунтувати поєднання процесів, властивостей та умов, присутніх у житті людини, які спрямовані на безпечне та здорове існування.

Діяльність людини відбувається свідомо й цілеспрямовано. Неоціненне багатство людини, кожного з нас – це здоров'я. Конкретний, якісно специфічний стан, котрий характеризується нормальним перебігом фізіологічних процесів та забезпечує оптимальну життєдіяльність, властивий здоровій людині.

Для кількісної характеристики здоров'я людини академік М. Амосов пропонував визначати суму «резервних потужностей» функціональних систем, які можна виразити через «коефіцієнт резерву». Він вимірюється як відношення максимальної кількості функції до її нормального рівня [1, с. 5]. Інші дослідники роблять акцент на вимірювання питомої ваги рівнів адаптації.

Водночас, «потужності» функціональних систем, адаптаційна здатність людини, тобто «кількість здоров'я» закладається біологічною природою людини та її взаємодією з навколишнім середовищем. Отже, рівень здоров'я уже закладений у можливостях біологічної та соціальної адаптованості. Розширюючи функціональні можливості та поліпшуючи адаптаційну здатність організму, ми лише будемо наближуватися до максимальної кількості здоров'я, яка уже закладена в різні періоди онтогенезу людини.

Відповідно, впливаючи на здоров'я, ми можемо його зміцнювати, поліпшувати в позитиві або погіршувати в негативі. Поняття «збільшувати чи зменшувати здоров'я» в даному викладенні не є логічним.

Існує багато концепцій здоров'я, які розглядають різні його компоненти: передумови, складові, здоровий спосіб життя тощо. При цьому розрізняють: індивідуальне здоров'я (окремої людини) та популяційне здоров'я. В останньому виділяють: здоров'я сім'ї; колективне (групове) здоров'я; громадське (суспільне) здоров'я, яке має соціальну сутність і характеризує населення країни або окремої території [11, с. 128].

Здоров'я можна вважати даром природи, але від людини і від суспільства залежить, збережеться, примножиться чи змарнується цей безцінний дар.

Поняття індивідуального здоров'я сформулювала Всесвітня організація охорони здоров'я. Це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, коли органи й системи організму людини врівноважені з природним і соціальним середовищем, відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани й фізичні вади.

Здоров'я на популяційному рівні – це більш загальна категорія, оскільки те, що стосується популяції, обов'язково проявляється і в конкретних індивідів. Це статистичне поняття, яке досить повно характеризується комплексом демографічних даних, рівнем фізичного розвитку, захворюваністю та іншими показниками щодо певної групи населення.

Популяційне здоров'я можна розглядати як головну ознаку, основну властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні пристосувальні реакції кожного та здатність всієї спільноти найбільш ефективно здійснювати свою соціальну і біологічну функцію в певних умовах конкретного регіону. Воно відображає, з одного боку, ступінь імовірності для кожної людини досягнення найбільш високого рівня здоров'я і творчої працездатності впродовж життя, а з іншого, – характеризує життєздатність усього суспільства як соціального організму [10, с. 81–82].

Спосіб життя пов'язаний із поведінкою людини в широкому сенсі слова й обумовлений об'єктивними процесами розвитку суспільства. Оскільки активність людей проявляється в різних і численних сферах та різноманітних життєвих умовах, істотні риси такої діяльності надзвичайно різноманітні. Поняття «спосіб життя» відповідає на питання «Як, яким чином людина думає, поводить, діє?» Визначення «умови життя» відповідає на питання «Що або хто людину оточує, в яких умовах (демографічних, матеріальних, природних, соціально-економічних та ін.) вона живе, працює, діє, тобто формує спосіб життя?» Умови життя, по-суті, – це всі фактори, що зумовлюють спосіб життя, визначають його чи додаються до нього.

Зі способом життя пов'язують поняття «уклад життя», «рівень життя», «якість життя», «стиль життя».

Рівень життя, або рівень добробуту, зазвичай характеризує розмір, а часом і структуру матеріальних і духовних потреб, тобто кількісні параметри умов життя. До показників рівня життя можна віднести розміри валового

продукту, національного доходу, реальних доходів населення, забезпеченість житлом, установами з надання освітніх послуг, медичної допомоги, торгівлі, відпочинку, показники здоров'я населення і демографічних процесів, рівень освіти, тривалість робочого часу, структуру доходів і витрат населення тощо. Це широка, різнобічна сфера показників споживання матеріальних і духовних цінностей, які можна кількісно виміряти.

«Уклад життя» зазвичай розуміють як порядок, регламент суспільного життя, праці, побуту, відпочинку, в рамках якого відбувається життєдіяльність людей.

Поняття «стиль життя», як правило, відносять до індивідуальних особливостей поведінки. Сюди зараховують і індивідуальні особливості способу мислення.

Досить часто вживають поняття «якість життя» як якісну характеристику та оцінку умов життя (якість житлових умов, харчування, рівень комфорту, задоволеність роботою, спілкуванням тощо) [6].

Спосіб життя – найбільш значущий фактор, що визначає та формує як індивідуальне, так і популяційне здоров'я, його складові за наявності відповідних умов.

Така взаємодія має прямий і зворотний зв'язок: спосіб та умови життя впливають на здоров'я, яке, у свою чергу, обумовлює життєдіяльність людини (рис. 1).



Рис. 1. Взаємодія категорій життєдіяльності та здоров'я людини

Сучасна освіта характеризується широким упровадженням технологічного підходу. За визначенням ЮНЕСКО, педагогічна технологія – це системний метод створення, застосування і визначення всього процесу викладання і засвоєння знань з урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, завдання якого полягає в оптимізації форм освіти.

Важливою складовою професійної компетентності сучасного педагога є знання, володіння технологіями і їх застосування у сфері діяльності щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я. Технології, що об'єднують у собі всі напрями цієї сфери діяльності, мають право на визначення як окремого методу створення, застосування і позначення цього процесу. Таке визначення номінальне і дає найменування явищам і діяльності, які вивчаються, дозволяє вводити в науковий обіг нові терміни, з'ясувати значення вживаних термінів.

Термін «здоров'язберігаючі (здоров'язбережувальні) технології», що найчастіше зустрічається в літературних джерелах і застосовується для позначення всієї сукупності напрямів цієї діяльності, на наш погляд, не відповідає необхідній спеціальній термінології – системі термінів, що використовуються у певній сфері знання.

За визначенням Н. Мозгової, термін – це слово або словосполучення, що означає чітко визначене поняття і вживається в певній науці з одним точно визначеним значенням. А поняття характеризується змістом та обсягом, які тісно пов'язані між собою. Зміст поняття – це сукупність суттєвих ознак явища або предмета, що міститься у певному понятті. Сукупність явищ або предметів, яку охоплює поняття, становить його обсяг. Збільшення змісту поняття веде до утворення поняття з меншим обсягом, і навпаки, збільшення обсягу поняття зменшує його зміст. Процес руху від поняття з меншим обсягом і більшим змістом до поняття з більшим обсягом, але меншим змістом, є узагальненням [7, с. 25–26].

Якщо приймати термін «здоров'язберігаючі технології» як узагальнюючий для позначення всієї сукупності напрямів діяльності з формування, збереження та зміцнення здоров'я, то він втрачає конкретне змістове навантаження. Однак деякі автори застосовують цей термін для позначення змістових форм такої діяльності. Так, О. Ващенко виділяє здоров'язберігаючі технології як такі, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі й такі, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини [2, с. 13]. С. Іванова здоров'язберігаючі технології розглядає як сукупність прийомів і методів організації навчально–виховного процесу без шкоди для здоров'я школярів і педагогів [4]. О. Пилипишин вказує, що здоров'язберігаючі технології створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці студентів у вищих навчальних закладах і вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог), забезпечують відповідність навчального та фізичного навантаження можливостям студента з метою формування у студентів необхідних знань, умінь та навичок здорового способу життя [9, с. 149]. М. Гончаренко трактує здоров'язберігаючі технології як послідовну сукупність педагогічних та дидактичних прийомів, форм, засобів та методів, спрямованих на побудову

психологічно комфортного освітнього середовища, що сприяє формуванню здорової компетентної особистості [3, с. 32].

Водночас уся ця діяльність спрямована на запобігання погіршенню стану здоров'я, на оздоровлення як процес відновлення, зміцнення, тобто на його збереження.

Отже, для визначення поняття, що об'єднує в собі всі напрями діяльності із формування, збереження та зміцнення здоров'я, необхідний узагальнюючий термін.

Як варіант пропонуємо використовувати термін «технології збереження здоров'я» або скорочено – «технології здоров'язбереження». На наш погляд, цей термін широко відображає обсяг діяльності з формування, збереження та зміцнення здоров'я і найбільш вдалий для номінального визначення технологій здоров'язбереження. Таким чином, номінально «технології здоров'язбереження» – це всі напрями діяльності з формування, збереження та зміцнення здоров'я. Ця категорія людської практики та поведінки знаходить своє місце у формуванні як індивідуального, так і популяційного здоров'я. Вона також спрямована на забезпечення безпеки життєдіяльності і передбачає її. Різноманітність зв'язку і взаємодії процесів, властивостей, характеристик, які притаманні кожному, та умов існування людини можна представити у вигляді перевернутої піраміди формування безпечного та здорового способу життя (рис. 2).



Рис. 2. Формування безпечного та здорового способу життя

Сьогодні не можливо визначити якість життя людини та індивідуального здоров'я окремо від соціального стану, конкретного середовища і місця проживання. Становлення культури здоров'я особистості, що виражається у здатності отримувати знання про здоров'я та готовність їх

реалізовувати у повсякденному житті набуває все більшої значущості. У реалізації цієї концепції значну роль відіграють технології збереження здоров'я. Їх концепція ґрунтується на галузях науково–практичної діяльності людини. Змістове наповнення та форми цих технологій впливають на формування здоров'я всіх і кожного, водночас виступаючи складовою життєдіяльності людини. Зв'язок такої взаємодії можна представити схематично (рис. 3).

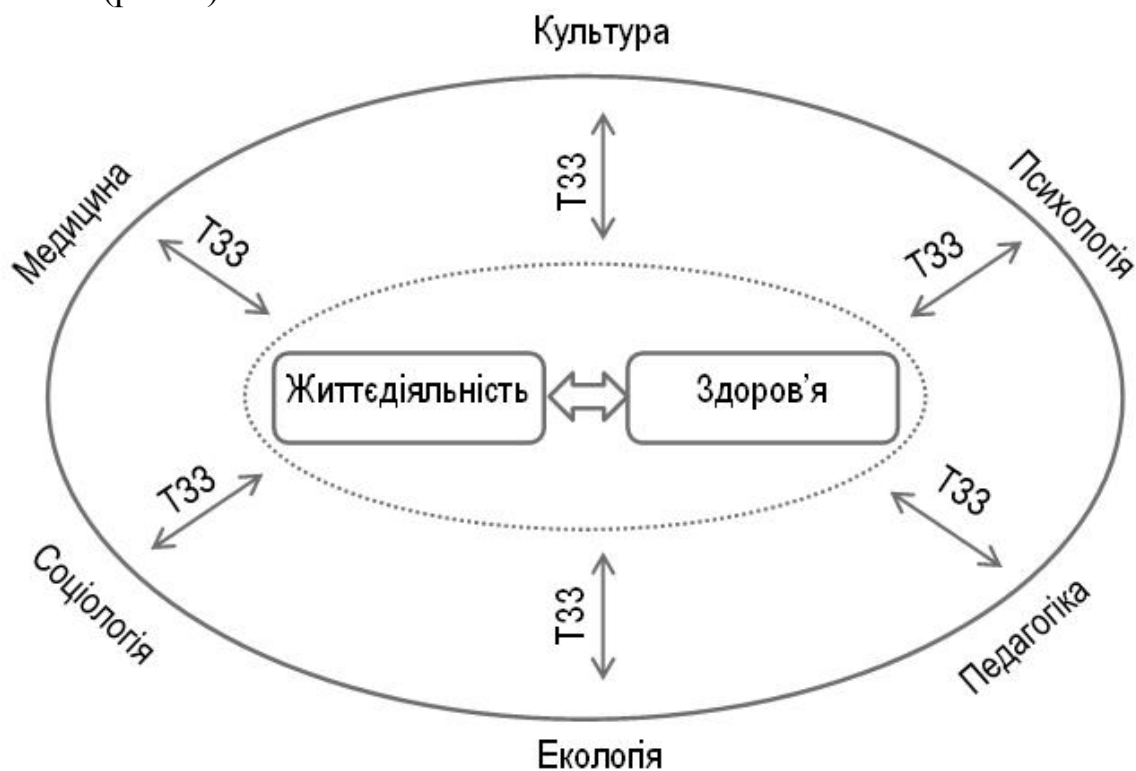


Рис. 3. Модель взаємозв'язку галузей діяльності людини, технологій здоров'язбереження (ТЗЗ) та здоров'я

Отже, технології збереження здоров'я об'єктивно присутні у різноманітних сферах нашого життя. Це моделювання та впровадження здорового способу життя. Одну з важливих функцій, яка полягає у розповсюдженні знань і умінь здоров'язбереження, виконують педагоги. Тому усвідомлення місця й ролі технологій збереження здоров'я є необхідною та обов'язковою складовою їхньої професійної підготовки.

Подальша наша робота вбачається і буде спрямовуватись на визначення шляхів удосконалення формування компетентності здоров'язбереження у процесі професійної підготовки майбутніх учителів. Вона є перспективною у плані позитивного впливу на здоров'я населення України.

Список використаних джерел

1. Амосов Н. Моя система здоров'я. – К.: Здоров'я, 1997. – 56 с.
2. Ващенко О., Свириденко С. Здоров'язберігаючі технології в загальноосвітніх закладах // Директор школи (Шкільний світ). – 2006. – № 20. – С. 1215.
3. Гончаренко М., Лупаренко С. Поняття «валеопедагогіка» та «педагогічна валеологія» у психолого–педагогічній літературі // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2010. – № 1 (3). – С. 30-38.

4. Іванова С. Управління оздоровчою діяльністю школи [Електронний ресурс] / <http://osvita.ua/school/method/1709>
5. Індекс здоров'я. Україна – 2016. Результати загальнонаціонального дослідження [Електронний ресурс]. – К., 2016. – 165 с. – URL: health-index.com.ua.
6. Лисицын Ю. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 512 с.
7. Мозгова Н. Логіка. – К.: Каравела, 2011. – 248 с.
8. Опарин А. Жизнь как форма движения материи. – М.: Изд-во АН СССР, 1963. – 48 с.
9. Пилипишин О. Здоров'язберігаючі технології в організації навчально–виховного процесу в закладах освіти: теоретичний аналіз // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – Серія: Педагогіка. Соціальна робота. – 2015. – Вип. 35. – С. 147–151.
10. Прохоров Б. Экология человека. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 320 с.
11. Царик Г., Ивойлов В., Богомолова Н. и др. Общественно здоровье и здравоохранение. – Кемерово, 2012. – 911 с.
12. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 [Electronic Source] // TheLancet; Oct 08, 2016; Vol. 388; Number 10053. – P.1447–1850. – URL: www.thelancet.com/infographics/SDG

ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА ТА КУЛЬТУРА ЯК ЧИННИК ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ *(Варивода К.С., Горденко С.І., Козубенко Ю.Л.)*

Стрімкий розвиток інформаційно–комунікативних технологій (ІКТ) спричинив появу нових викликів, що ставляться перед освітянами в контексті формування культури особистості. ІКТ відкривають безліч можливостей пошуку, поширення, обробки, обміну та зберігання інформації, але необхідно усвідомлювати всі ризики, що виникають у зв'язку з нерівномірним розвитком зазначених технологій та культурою їхнього безпечного використання. Чинниками ризику інформаційного середовища, перш за все, виступають безконтрольність та неефективність його використання, небажаний контент, негативний вплив на здоров'я при порушенні норм використання та ін.

Особистість без сформованої культури безпечного використання інформаційного середовища більш піддатлива до ризиків з боку останнього, а саме: негативному впливу інформації на психіку, зміні орієнтирів у морально–духовній сфері, нав'язуванні неточної та неправдивої інформації тощо. Особливо сформованість такої культури важлива для майбутніх учителів, тому що саме вони в подальшому формуватимуть інформаційну культуру в дітей у межах загальноосвітніх навчальних закладів.

На підставі аналізу літературних джерел можемо констатувати, що сучасні дослідження зарубіжних вчених стосовно питань безпечного використання інформаційних технологій студентською молоддю зосереджуються переважно довкола вивчення двох питань: впливу інтенсивного використання комп'ютерної техніки та інформації на

психосоматичне здоров'я користувачів; пошуку шляхів профілактики психічних порушень та збереження психологічного здоров'я особистості.

Серед сучасних досліджень слід відмітити наукові праці вчених Університету Гетеборгу С. Томе, Л. Дельве, А. Херенштам і М. Хагберга, в яких за результатами проведених досліджень серед користувачів ІКТ віком до 25 років автори встановили, що інтенсивне використання молодими людьми мобільних телефонів і комп'ютерів призводить до виникнення стресу, порушення сну, депресивних симптомів та суттєвого погіршення психічного здоров'я [2; 3].

Науковий інтерес також становить праця Дж. Пауелла, С. Мартіна, П. Сатліфа, Д. Тодкілла, Е. Гілберта, М. Паула і Дж. Стюрта, в якій поряд із розглядом порушень психічного здоров'я молоді при використанні ІКТ наводиться огляд сучасних комп'ютерних програм та інтернет-сервісів, які ефективно впроваджуються в США та країнах Європи з метою профілактики й корекції депресивних станів, тривоги та паніки, порушень сну й харчування, суїцидальних нахилів тощо. [1].

В українській науці питання збереження психічного та психологічного здоров'я студентської молоді в умовах інтенсифікації навчання та інформаційних перенавантажень висвітлюється в працях О. Дехтярьової, О. Пальчик, Ю. Дехтярьової [5], В. Лутфулліна, В. Іноземцева та С. Пилипенко [8]. Розгляду позитивного й негативного впливу ІКТ та інформації на психофізіологічний розвиток молодого покоління присвячена праця О. Грибнюка [4].

Особливості формування інформаційної культури та безпечного використання інформаційного середовища серед студентської молоді були й залишаються предметом дослідження у науковому доробку Н. Кириленка [6], О. Куха [7], Х. Шишкіної, М. Хворост [9, 10] і М. Яновського [11].

Отже, питання впливу ІКТ та інформації на психофункціональний стан і загальне здоров'я особистості широко представлене у різних галузях знань, водночас інформаційна безпека та культура як запорука збереження психічного здоров'я студентської молоді не була предметом комплексного вивчення, що й визначає актуальність нашого дослідження.

В умовах сучасності зростає науковий інтерес до психологічної природи інформації, адже вона посідає надзвичайно важливе місце в житті суспільства. На сьогодні інформація є основним ресурсом людства, базою соціального, психологічного та технічного розвитку. Її поширення в різних сферах особистісного та суспільного життя потребує вироблення стійкої інформаційної безпеки людини. Особливо важливим є вивчення шляхів подолання негативного впливу інформаційного середовища та ІКТ на здоров'я особистості [10, с. 247].

Згідно із дослідженнями А. Яновського, серед загроз інформаційного середовища, що впливають на особистість, її загальне й психологічне здоров'я, можна виокремити наступні:

– *Контентні*: доступ до небажаного контенту (матеріали непридатного для населення та протизаконного змісту – порнографічні, такі,

що пропагують наркотики, психотропні речовини й алкоголь, тероризм і екстримізм, ксенофобію, сектантство, національну, класову, соціальну нетерпимість і нерівність, асоціальну поведінку, насилля, агресію, суїцид, азартні ігри, інтернет–шахрайство та матеріали, що містять образи, наклепи й неналежну рекламу); загроза отримання недостовірної інформації.

– *Психологічні*: загроза адиктивної поведінки (комп'ютерної, ігрової, інтернет–залежності тощо); розходження між «Я» і своїм інтернет–образом; особистісної безпеки: загроза спілкування з небезпечними людьми (шахраями, збоченцями тощо); нав'язливий веб–серфінг.

– *Морально–духовні*: загрози прийняття моральних цінностей, що містять антисоціальний характер; деформація духовної сфери, що спричинена викривленим поглядом на світ.

– *Фізіологічні*: функціональні порушення органів зору, опорно–рухової, серцево–судинної, нервової, імунної та інших систем організму; психічні захворювання [11, с. 65].

У зв'язку з величезною кількістю інформаційних загроз, одним із головних стратегічних пріоритетів держави, на рівні особистості, є формування інформаційної культури та чіткої інформаційної позиції, які виступають необхідною умовою розвитку соціально зрілої людини та її інформаційної безпеки.

Не дивлячись на різноманітність поглядів з приводу окремих сторін інформаційної культури, можна виділити дві позиції. Перша – це знання, якими повинні володіти майбутні вчителі. Друга – пов'язана з тим, що інформаційна культура позначається як якісна характеристика особистості. У загальному розумінні *інформаційна культура* визначається як рівень умінь цілеспрямованої роботи з інформацією, використання нових інформаційних технологій для роботи з нею; а також як сформованість системи наукових знань і морально–етичних норм роботи з інформацією [7, с. 222].

Слід звернути увагу на тісний взаємозв'язок між інформаційною культурою та *інформаційною безпекою особистості*, яка характеризується як стан захищеності особистості від впливів, здатних проти її волі та бажання змінювати психічні стани і психологічні характеристики, модифікувати її поведінку та обмежувати свободу вибору. Саме сформована інформаційна культура особистості забезпечує стан інформаційної безпеки, що в свою чергу позитивно позначається на психічному та психологічному здоров'ї людини.

Ураховуючи вищезазначені факти, нами було ініційовано дослідження інформаційної культури сучасної студентської молоді та вміння безпечного використання ІКТ й інформації як важливого чинника збереження їхнього психічного здоров'я.

Дослідження виконано в межах ініціативної теми науково–дослідної роботи кафедри медико–біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди «Формування здорового способу життя в учнівській і

студентської молоді: медико–біологічні та психолого–педагогічні аспекти» (№ держреєстрації 0112U005313).

Експериментальне дослідження проводилось впродовж квітня–травня 2017 року. Всього до експериментального дослідження було залучено 150 студентів 6–го курсу Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди. У межах соціологічного дослідження було проведено анкетування «Організація роботи із сучасними інформаційно–комунікативними технологіями» та «Суб’єктивне ставлення студентів до інформації».

Аналіз анкетування щодо вміння раціональної організації роботи з сучасними ІКТ показав, що значна частина студентів інтенсивно користується комп’ютером упродовж 10 років (38 %), близько 5 років – 55% та 2 роки – 7% опитаних. До 2–х годин за комп’ютером проводять 5%, від 2 до 5 годин – 37%, а більше 5 годин – 58% студентів. 64% опитаних студентів дотримуються оптимального режиму сну (6–8 годин), а 36% сплять по 4–5 годин на добу. Нехтує перервами при роботі за комп’ютером – 51% опитаних, 36% роблять перерви щогодини і лише 13% – кожні 20 хвилин.

Переважна більшість студентів не може тривалий час обходитись без використання комп’ютера й інших гаджетів, – це 76% від загальної кількості респондентів.

Організуючи роботу із комп’ютером, 9% віддають перевагу комп’ютерним та онлайн–іграм, 30% – спілкуванню в соціальних мережах, 28% – пошуку різноманітної інформації, 14% – перегляду відеофільмів та прослуховуванню музики, й лише 19% використовують комп’ютер та Інтернет виключно для навчальних і професійних цілей.

54% опитаних володіють первинними знаннями та навичками щодо гігієнічних аспектів організації роботи за комп’ютером, 46% мають достатній рівень знань із вищезначеного питання.

Досконало володіють базовими інтернет–сервісами та технологіями (використання пошукових систем, формування запитів, отримання й збереження інформації, використання електронних адрес, сайтів, соціальних мереж) – 83% студентів, первинні вміння та навички мають 17%.

Добре ознайомлені з правилами інтернет–етики при спілкуванні в соціальних мережах, чатах, інтернет–листуванні – 61% респондентів, 39% володіють первинними вміннями та навичками мережевого спілкування.

Традиційно навчальна робота в університеті спрямована на отримання студентами знань та умінь працювати з текстовими редакторами, електронними таблицями, базами даних та іншими офісними програмами, для чого використовується пакет офісних програм Microsoft Office. Проаналізувавши результати анкетування, було встановлено, що 69% опитаних студентів досконало вміють використовувати комп’ютер у навчальній і професійній діяльності, зокрема працювати з різноманітними редакторами й електронними таблицями (*Word, Power Point, Excel* та ін.), 47% володіють базовими навичками роботи за комп’ютером.

Отже, нами встановлено, що студенти мають достатній рівень обізнаності стосовно можливостей і способів використання комп'ютера та гаджетів із навчальною та професійною метою. Водночас занепокоєння викликає нехтування значною кількістю респондентів гігієнічними правилами організації роботи з ІКТ та Інтернетом, що зазвичай є основною причиною психофункціональних порушень.

Надзвичайно важливою для сучасних студентів є здатність до усвідомленого вибору необхідної інформації, її джерела та змісту. Першочерговим, на нашу думку, є визначення таких особливостей ставлення до інформації, як реалізація пізнавального інтересу з допомогою обраного джерела і змісту інформації, використання інформації для свого розвитку в різних сферах життя (навчальній, сферах інтересу та схильностей), обрання достовірного джерела інформації, поведінкові й пізнавальні реакції на суперечливу інформацію, вміння раціональної організації роботи з інформаційними джерелами, навички профілактики інформаційного перенавантаження.

За результатами анкетування «Суб'єктивне ставлення студентів до інформації» можна зробити висновок, що інформація є життєво необхідним складником сучасного студентства. Нова інформація завжди цікава та важлива для 28% опитаних, зазвичай викликає зацікавленість у 49% студентів та деколи – у 23%.

Переважає більшість студентів (62%) вважають усю інформацію доволі цінною (сім'я, університет, інтернет–новини), а 38% опитаних є більш критичними до сприйняття нової інформації.

68% респондентів переймаються питаннями політичних, економічних та соціокультурних трансформацій українського суспільства. 28% студентів рідко переглядають інформацію подібного змісту й 4% – ніколи.

Рідко відчують психологічний дискомфорт, якщо інформація не виправдала їхніх когнітивних очікувань 35% опитаних, деколи (в певних ситуаціях) – 44%, завжди нервуються стосовно інформації, яка суперечить особистісним переконанням чи думкам – 9% студентів, ніколи – 11%.

Аналізуючи способи та шляхи використання інформації, ми отримали наступні результати: інформацію як засіб стимулювання навчальної діяльності деколи використовують 13% студентів, зазвичай – 58%, завжди – 29%; з метою професійного розвитку завжди використовують отриману інформацію – 48%, зазвичай – 41%, деколи – 11% опитаних; для загального розвитку в повсякденному житті нову інформацію завжди використовують 27% студентів, зазвичай – 59%, деколи – 15%. З огляду на результати, варто зазначити, що переважна більшість студентів випускних курсів сприймає нову інформацію як неодмінну складову свого життя, як шлях до самореалізації, розширення кругозору, професійного та особистісного росту.

Основним джерелом отримання нової інформації 71% студентів вказали Інтернет, 15% – підручники та навчально–методичні посібники, 9% – популярні книги, 5% – журнали. Серед інтернет–джерел 31% опитаних віддає перевагу пошуковим мережам, 27% – соціальним мережам, 23% –

науковій онлайн–літературі, 13% – інтернет–виданням газет і журналів; 5% – відеороликам.

Варто наголосити, що значна кількість опитаних студентів має низький рівень критичного ставлення до отримання нової інформації й рідко відчуває психологічний дискомфорт, якщо інформація не виправдала їхніх очікувань. Це означає, що вони більше абсорбують нову інформацію, а відтак, на нашу думку, є вразливішими до її негативних впливів. Величезна кількість сприйнятої інформації без належної обробки й відсіювання неминуче призводить до інформаційного перенавантаження і, як наслідок, психоемоційної втоми та функціональних порушень. Зокрема, симптоми інформаційного перенавантаження (складність концентрації уваги, хаос у думках і свідомості, проблеми з пам'яттю, дезорієнтація, «застрягання» в голові настирливої музики або окремих слів і фраз, постійне бажання «виговоритися», напруженість тіла, безсоння, шум у вухах при засипанні, бурмотіння уві сні) майже завжди проявляються у 11% опитаних студентів, зазвичай – у 26%, деколи – у 46%, рідко – у 17%. Серед симптомів інформаційного перенавантаження в студентів найчастіше проявляються порушення сну, сонливість чи безсоння (34%), зменшення концентрації уваги та порушення пам'яті (23%), швидка зміна емоційного стану, перепади настрою (18%), головні болі та нудота (11%). Лише 14% опитаних не відчували на собі якихось явних симптомів інформаційного перенавантаження.

З метою профілактики негативного впливу величезного потоку інформації 46% студентів використовують періодичні перерви, 19% – фізичні навантаження (заняття спортом, фізичною культурою), 16% – дотримуються правильного режиму сну та відпочинку, 11% – чітко розплановують час та обсяг роботи з інформацією, 8% – не використовують ніяких методів профілактики інформаційного перенавантаження.

Таким чином, для збереження психічного здоров'я сучасної студентської молоді вкрай важливим є формування інформаційної культури та безпеки, розвиток вмінь ефективного використання інформаційного середовища, управління інформаційними ризиками, підвищення стійкості до негативних інформаційних впливів. Під час вивчення дисциплін повинна приділятися увага питанню захисту від інформаційно–психологічного впливу на людину через технічні системи й засоби масової інформації, а також організаційним, оперативним, правовим і психологічним аспектам забезпечення інформаційної безпеки. Особливого висвітлення потребують питання санітарно–гігієнічних вимог до роботи з комп'ютером, раціональної організації роботи з ІКТ та інформаційним середовищем.

Список використаних джерел

1. Powell J., Martin S., Sutcliffe P., Todkill D., Gilbert E., Paul M., Sturt J. Young people & mental health: The Role of Information and Communication Technology // Warwick medical school research project funded by comic relief. – 2010. – 149 p.
2. Thomée S. ICT use and mental health in young adults. Effects of computer and mobile phone use on stress, sleep disturbances, and symptoms of depression // Gothenburg, Sweden. – 2012. – 79 p.

3. Thomée S., Dellve L., Härenstam A., Hagberg M. Perceived connections between information and communication technology use and mental symptoms among young adults – a qualitative study // BMC Public Health. – 2010. – 10 (1). – P. 66. URL: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-66> (дата звернення: 27.06.2017)
4. Гриб'юк О. О. Вплив інформаційно–комунікаційних технологій на психофізіологічний розвиток молодого покоління // International scientific–practical conference of teachers and psychologists «Science of future» the 5th of March, 2014. – Prague (Czech Republic). – 2014. – Vol. 1. – P. 190–207.
5. Дехтярьова О. О., Пальчик О. О., Дехтярьова Ю. О. Здоров'язбереження студентів як багатофакторна педагогічна проблема // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. – 2016. – Вип. 46 (99). – С. 70–76.
6. Кириленко Н. М. Інформаційна безпека як складова інформаційної культури студентів // Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно–технічної еліти. – 2013. – № 34. – С. 162–168.
7. Кух О. М. Формування інформаційної культури та інформаційної компетенції майбутнього вчителя // Збірник наукових праць Кам'янець–Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – 2011. № 17. – С. 222–224.
8. Лутфуллін В. С., Іноземцев В. А., Пилипенко С. В. Нормування навчальної діяльності як чинник збереження здоров'я школярів і студентів // Science Rise: Pedagogical Education. – 2017. – № 5 (13). – С. 22–27.
9. Шишкіна Х. Ю. Інформаційна позиція як чинник соціально–психологічної зрілості студентів: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – Острог, 2013. – 196 с.
10. Шишкіна Х. Ю., Хворост М. Ю. Інформаційна безпека особистості як передумова збереження психічного здоров'я // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2013. – Вип. 14. – Ч. IV. – С. 246–253.
11. Яновський А. О. Культура безпечного використання майбутніми вчителями інформаційного середовища // Наука і освіта. – 2016. – №10. –С. 63–69.

КОМПЕТЕНТНІСТЬ З ХІМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ЯК СКЛАДОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

(Іщенко А.А.)

Найбільш небезпечними чинниками, які негативно впливають на здоров'я людини, є дія хімічних речовин (засобів побутового призначення, косметичних засобів, харчових добавок, пестицидів, мінеральних добрив, промислових відходів, тощо). Питання хімічної безпеки, зокрема, поводження з хімічними речовинами – це не лише ключові проблеми, що об'єднують міжнародну спільноту, а й механізми, що дозволяють зменшити шкідливий вплив токсичних сполук на живі організми. Тому, компетентність з хімічної безпеки є невід'ємною складовою збереження здоров'я людини.

Перш ніж обґрунтувати складові компетентності з хімічної безпеки, необхідно з'ясувати сутність самого поняття «хімічна безпека». У науково–методичній літературі наведено три підходи до трактування цього поняття.

Відповідно до першого підходу, В. Владимиров, В. Ізмалков, О. Ізмалков [1, с. 45] розглядають хімічну безпеку у контексті цивільної безпеки та безпеки життєдіяльності як складову техногенних небезпек, спричинених хімічними речовинами, та їхніх наслідків. За Г. Євтюгіним

хімічна безпека – це галузь людської діяльності, спрямована на попередження негативного впливу хімічних речовин на здоров'я людини, а також зменшення наслідків таких впливів, що виникають у результаті техногенних чинників [3, с. 13]. Подібне визначення хімічної безпеки наводить С. Роман (хімічна безпека – це галузь людської діяльності, направлена на запобігання негативної дії на людину хімічних сполук, а також зменшення наслідків такої дії, обумовлених аваріями та іншими подіями) [8, с. 58].

Ж. Жгун, Ю. Соколов, Є. Тупікін, відповідно до другого підходу, обґрунтовують хімічну безпеку як складову екологічної безпеки. Тобто, хімічна безпека – це система заходів, які значно зменшують шкідливий вплив хімічних факторів на довкілля [10, с. 254].

Згідно з третім підходом, хімічну безпеку розглядають у контексті міжнародних нормативно–правових документів щодо роботи та поведінки з хімічними речовинами, які знайшли відображення у змісті Базельської, Роттердамської, Стокгольмської конвенцій; Узгодженої на глобальному рівні системи класифікації та маркування хімічних речовин; Міжнародної програми з хімічної безпеки; Стратегічного підходу до міжнародного регулювання хімічними речовинами; Глобального плану дій; Програми ООН з навколишнього середовища.

У контексті імплементації та ратифікації проаналізованих нормативно–правових документів дещо розширено розуміння поняття «хімічна безпека». Згідно з сучасним формулюванням хімічна безпека – це відсутність шкідливої дії, яка виникає внаслідок впливу хімічних речовин.

В. Петросян під хімічною безпекою розуміє відсутність у людини та біоти стресів, обумовлених дією хімічних речовин, оскільки вплив пріоритетних органічних, неорганічних та металорганічних токсикантів незначний [7, с. 7].

М. Пак поняття хімічної безпеки трактує як проблему захисту людини, соціуму та довкілля від шкідливого впливу хімічних речовин [6, с. 76].

У публікаціях О. Ковтун, В. Толмачової поняття хімічна безпека пов'язане з життєвим циклом хімічної продукції, тому хімічна безпека – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання коротко– чи довготривалих шкідливих впливів хімічних речовин, а також потенційної загрози для здоров'я людини та довкілля, пов'язаних з їх дією упродовж усього їхнього життєвого циклу [4, с. 138].

Таким чином, хімічну безпеку варто розглядати як сукупність нормативно–правових та практичних заходів, які мінімалізують негативний вплив хімічних речовин під час їх виробництва, зберігання, транспортування, реалізації, використання та утилізації.

Компетентність з хімічної безпеки будемо розглядати як інтегральну властивість особистості, яка характеризує її готовність збирати, аналізувати, інтерпретувати сучасні дані щодо впливу хімічних речовин на здоров'я людини та використовувати набуті знання, вміння та навички для безпечного поведінки з хімічними сполуками у процесі їхнього життєвого циклу.

Теоретичну складову компетентності з хімічної безпеки можна описати за допомогою наступних змістових компонентів: токсикологічна характеристика та сучасні підходи до маркування хімічних речовин; неорганічні й органічні токсиканти, механізми детоксикації ксенобіотиків.

На побутовому рівні життєвонеобхідним є розуміння сучасних підходів до позначення небезпек. Оскільки, правильне трактування інформації зазначеної на етикетках хімічної продукції (засобів побутової хімії, пестицидів) дозволить дотримуватися необхідних заходів щодо роботи, використання, зберігання, транспортування, утилізації зазначених препаратів.

Наразі інструментом для встановлення єдиних правил класифікації та маркування хімічних речовин є Узгоджена на глобальному рівні система класифікації та маркування хімічної продукції або Глобальна гармонізована система класифікації та маркування хімікатів (*Globally harmonized system for classification and labeling of hazardous chemicals – GHS*). Мета GHS полягає в визначенні фізичних небезпек; небезпек для здоров'я людини; небезпек для довкілля; класифікації хімічних речовин з урахуванням відповідних критеріїв небезпеки та використанням доступної інформації; інформування про небезпеку і зазначення запобіжних заходів на маркуванні та в паспорті безпеки; ідентифікація всіх небезпечних хімічних речовин [9, с. 18].

На основі положень Гармонізованої системи класифікації небезпек та маркування хімічних речовин в Україні діє ДСТУ ГОСТ 31340:2009 «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги», який набрав чинності з 01 січня 2010 р. [2, с. 2]. Галузь застосування стандарту – вимоги до попереджувального маркування та його нанесення на хімічну продукцію. Варто зазначити, що він не поширюється на готові лікарські препарати та парфюмерно–косметичну продукцію.

Попереджувальне маркування хімічної продукції – це комплекс відомостей у вигляді короткого тексту, окремих графічних/кольорових символів та їхніх комбінацій, що наносять на продукцію і/або упаковку [5, с. 3].

Попереджувальне маркування містить: ідентифікаційні дані хімічної продукції (торгова назва, інформація про склад); відомості про виробника або постачальника хімічної продукції; опис небезпеки або елементи маркування; реквізити партії продукції [5, с. 3].

Елементами маркування є піктограма або знак небезпеки, сигнальне слово, коротка характеристика небезпеки, заходи щодо попередження небезпеки.

Опис небезпеки (елементи маркування) зазначають із урахуванням виду небезпеки. Згідно з GHS та відповідно до ДСТУ «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги» всі небезпеки поділяють на три види: фізичні небезпеки; небезпеки для здоров'я людини та небезпеки для довкілля.

Фізична небезпека зумовлена фізико–хімічними властивостями речовин. Серед фізичних небезпек виділяють вибухові речовини; займісті

гази; займісті аерозолі; гази–окисники; гази під тиском; займісті рідини; займісті тверді речовини; самореактивні речовини; пірофорні рідини; пірофорні тверді речовини; речовини, здатні до самонагрівання; речовини, що виділяють займісті гази у разі контакту з водою; рідини–окисники; тверді речовини–окисники. Під час класифікації фізичних небезпек обов'язковим є врахування агрегатного стану речовин або сумішей [9, с. 19–28].

Небезпека для здоров'я людини зумовлена впливом речовин на організм людини. Серед небезпек для здоров'я людини зазначено: гостру токсичність; роз'їдання/подразнення шкіри; значне ушкодження/подразнення очей; сенсibiliзацію шкіри/дихальних шляхів; мутагенність; канцерогенність; токсичність для репродуктивної функції; токсичність для органів–мішеней (одноразова дія); токсичність для органів–мішеней (багаторазова дія); токсичність у разі аспірації [9, с. 29–36].

Найбільш небезпечними для здоров'я людини є хімічні речовини, які характеризуються гострою токсичністю. Відповідно до GHS виділяють п'ять класів гострої токсичності, де речовини відносять до певного класу на основі величини LD₅₀ (у разі надходження речовин в організм пероральним або дермальним шляхом) та LC₅₀ (у разі надходження речовин в організм інгаляційним шляхом).

Таблиця 1

Класи гострої токсичності [9, с. 30]

Гостра токсичність	Клас 1	Клас 2	Клас 3	Клас 4	Клас 5
Пероральна (мг/кг)	≤ 5	> 5 ≤ 50	> 50 ≤ 300	> 300 ≤ 2000	Критерії: – очікувана величина LD ₅₀ від 2000 до 5000 мг/кг; – виявлення значного впливу на людину; – випадки смертності в класі 4
Дермальна (мг/кг)	≤ 50	> 50 ≤ 200	> 200 ≤ 1000	> 1000 ≤ 2000	
Гази (ppm)	≤ 100	> 100 ≤ 500	> 500 ≤ 2500	> 2500 ≤ 20000	
Випари (мг/л)	≤ 0,5	> 0,5 ≤ 2,0	> 2,0 ≤ 10	> 10 ≤ 20	
Пил, аерозоль (мг/л)	≤ 0,05	> 0,05 ≤ 0,5	> 0,5 ≤ 1,0	> 1,0 ≤ 5	

Небезпека для довкілля зумовлена впливом речовин на навколишнє середовище. Серед небезпек для довкілля виділяють небезпеку для водного середовища (гостра токсичність для водного середовища, хронічна токсичність для водного середовища, що включає потенціал біоконцентрування та здатність до біорозкладу) та небезпеку для озонового шару [9, с. 36–37].

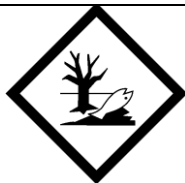
Розглянемо позначення вищезазначених видів небезпек за допомогою елементів маркування (пiктограма або знак небезпеки, сигнальне слово, коротка характеристика небезпеки, заходи щодо попередження небезпеки).

Пiктограми або знаки небезпеки – графічні композиції, що чітко закріплені за видом небезпеки. У пiктограмі зазначають чорний символ та червону рамку, котрі необхідні для передачі специфічної інформації про фізичні небезпеки, небезпеки для здоров'я та довкілля.

Характеристика піктограм відповідно до GHS та ДСТУ «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги» [5, с.4–5]

<i>Фізичні небезпеки</i>		
 <p>GHS01 – Вибух</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – вибухову хімічну продукцію; – нестійкі вибухові речовини; – органічні пероксиди 	 <p>GHS02 – Полум'я</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – займисті матеріали; – пірофорні речовини; – органічні пероксиди; – матеріали, здатні до саморозкладу; – матеріали, здатні до самонагрівання; – продукцію, що виділяє легкозаймисті гази 	 <p>GHS03 – Полум'я над колом</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – окисники
 <p>GHS04 – Газовий балон</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – гази під тиском 	 <p>GHS05 – Рідини, що виливаються із двох пробірок і пошкоджують поверхню металу та руку</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – корозію металів; – ураження шкіри – суттєві ушкодження/ подразнення очей 	
<i>Небезпеки для здоров'я людини</i>		
 <p>GHS06 – Череп та схрещені кістки</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – гостру токсичність (небезпечно) 	 <p>GHS07 – Знак оклику</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – подразнення шкіри/очей; – гостру токсичність (шкідливо); – сенсибілізацію шкіри; – небезпеку для озонового шару 	 <p>GHS08 – Ризик для здоров'я</p> <p><i>Піктограма позначає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – канцерогенність; – сенсибілізацію дихальних шляхів; – мутагенність; – репродуктивну токсичність; – небезпеку у випадку аспірації; – токсичність для органів-мішеней

Небезпеки для довкілля



GHS09 – Сухе дерево та мертва риба

Піктограма позначає:

- гостру токсичність для водних організмів;
- хронічну токсичність для водних організмів

Для маркування можна застосовувати декілька піктограм, однак знаки небезпеки «Череп та схрещені кістки», «Рідини, що виливаються із двох пробірок і пошкоджують поверхню металу та руку», «Ризик для здоров'я» не використовують одночасно з піктограмою «Знак оклику».



Сигнальне слово – використовують для акцентування уваги на небезпеці або для вказівки відносного рівня небезпеки згідно з її видом.

Враховуючи ступінь небезпеки хімічної продукції, використовують два сигнальні слова: «Небезпечно!» («*Danger!*») – для продукції з високим рівнем небезпеки; «Обережно!» («*Warning!*») – для продукції з низьким рівнем небезпеки.

Коротка характеристика небезпеки (*Hazard statements*) або Н-фрази – стандартні фрази, що описують конкретний вид небезпеки та її природу. Н-фрази можна зазначати за допомогою цифрових позначень: Н200–299 відповідають за фізичну небезпеку; Н300–399 – небезпеку для здоров'я людини; Н400–499 – небезпеку для довкілля.

Таблиця 3

Характеристика елементів маркування залежно від класу гострої пероральної токсичності [9, с. 55]

Гостра пероральна токсичність, мг/кг					
	Клас 1	Клас 2	Клас 3	Клас 4	Клас 5
ЛД ₅₀	≤ 5	> 5 ≤ 50	> 50 ≤ 300	> 300 ≤ 2000	> 2000 ≤ 5000
Піктограма					–
Сигнальне слово	Небезпечно	Небезпечно	Небезпечно	Обережно	Обережно
Коротка характеристика небезпеки	Смертельно у разі ковтання	Смертельно у разі ковтання	Токсично у разі ковтання	Шкідливо у разі ковтання	Може бути шкідливим у разі ковтання

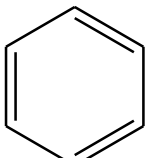

Заходи щодо попередження небезпеки (*Precautionary statements*) або Р-фрази – набір стандартних фраз, які описують дії щодо попередження або зведення до мінімуму негативного впливу хімічної продукції, що виникає у разі зберігання або неправильного поводження з нею. Р-фрази також можна

зазначати за допомогою цифрових позначень: P100–199 описують загальні рекомендації щодо роботи з хімічними речовинами; P200–299 – попередження; P300–399 – відповідь на вплив токсиканта; P400–499 – умови зберігання; P500–599 – шляхи утилізації.

Для зменшення негативного впливу хімічних сполук на здоров'я людини пропонуємо створення карток безпеки хімічних речовин, у яких будуть зазначені наступні дані: назва сполуки за IUPAC, реєстраційні номери (PubChem, CAS тощо); інформація про фізіологічну дію (ЛД₅₀, ГДК, класифікація щодо канцерогенності за даними Міжнародної агенції з вивчення раку (МАВР); дані про гостре і хронічне отруєння); елементи маркування хімічних речовин (піктограма або знак небезпеки, сигнальне слово, коротка характеристика небезпеки, заходи щодо попередження небезпеки).

Таблиця 4.

Картка безпеки бензину

Сполука	Фізіологічна дія	Маркування
<p>Бензен</p>  <p>IUPAC Benzen PubChem 241 CAS 71– 43–2</p>	<p>ЛД₅₀ 930 мг/кг (перорально для шурів). ГДК 8 мг/м³; 1,5 мг/м³. Смертельна доза для людини 50 мг/кг. Пари бензену токсичні у разі вдихання. <i>Гостра токсичність:</i> підвищення температури, втрата свідомості. <i>Хронічна токсичність:</i> запаморочення, нудота, апатія; у разі постійного впливу відбувається ушкодження кісткового мозку, внутрішніх органів, лейкемія, летальна дія.</p>	 <p><i>Небезпечно!</i></p> <p><i>Фрази ризику</i> <i>Коротка характеристика небезпеки</i> H фрази: 225–350–340–372–304–319–315 легкозаймиста рідина і випари; може спричинити рак; може спричинити генетичні дефекти; спричиняє ушкодження органів; може бути смертельним у разі ковтання і потрапляння в дихальні шляхи; спричиняє суттєве подразнення очей; спричиняє подразнення шкіри. <i>Заходи щодо попередження небезпеки</i> P фрази: 201–210–308+313–301+310–331– 305+351+338–302+352 спеціальні інструкції перед використанням; берегти від тепла/іскор/відкритого вогню/гарячих поверхонь, не палити; у разі негативної дії або поганого самопочуття: звернутися до лікаря/ швидкої медичної допомоги; у разі ковтання: негайно звернутися в токсикологічний центр або до лікаря; не викликати блювання; у разі потрапляння в очі: обережно промити очі водою протягом декількох хвилин; якщо можливо; у разі контакту зі шкірою вимийте водою з милом.</p>

Таким чином, компетентність з хімічної безпеки, зокрема, її змістова складова, що стосується класифікації небезпек та маркування хімічних речовин, є невід'ємною складовою здоров'язберезувальної компетентності кожної людини. У світлі новітніх стандартів освіти, знання про хімічну безпеку необхідно впроваджувати починаючи зі шкільних дисциплін природничого спрямування, шляхом оновлення їхнього змісту і більш

ефективній реалізації принципів інтеграції, диференціації, гуманізації та зв'язку теорії з життям.

У вищій школі компетентність з хімічної безпеки необхідно формувати у контексті спеціалізації та подальшої професійної діяльності майбутнього фахівця.

Список використаних джерел

1. Владимиров В.А., Измалков В.И., Измалков А.В. Оценка риска и управление техногенной безопасностью. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2002. – 184 с.
2. ДСТУ ГОСТ 31340:2009 «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги» – Вид. офіц. – Київ, 2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: – http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc–page?id_doc=26045 (дата звернення 04.07.2017)
3. Евтюгин Г.А., Будников Г.К., Стойкова Е.Е. Проблемы безопасности среды обитания человека. Часть 1. – Безопасность жилища [Электронный ресурс]. – Режим доступу: http://old.kpfu.ru/f7/bin_files/chem0020.pdf (дата звернення 04.07.2017)
4. Ковтун О.М., Толмачова В.С. Формування поняття про хімічну безпеку як пріоритетну складову екологічної компетентності при підготовці майбутніх вчителів хімії // Теорія і практика сучасного природознавства: зб. наук. пр. – Херсон: ПП. Вишемирський В.С., 2007. – С. 138 – 142.
5. Маркування хімічних речовин та хімічної продукції. Знаки безпеки: навчальний посібник / упор.: А.А. Іщенко, В.С. Толмачова, О.А. Дубовик, С.С. Фіцайло. – Тернопіль: Мандрівець, 2015 – 28 с.
6. Пак М.С. Проблемы безопасности в непрерывном химическом образовании // Хімічна освіта в контексті хімічної безпеки: стан проблеми і перспективи: збірник тез доповідей Міжнародної науково–практичної конференції. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. – С. 76 – 78.
7. Петросян, В.С. Химия, человек и окружающая среда. [Электронный ресурс]. – Режим доступу: <http://www.chem.msu.ru/rus/lab/organic/fox/chem–man–envir.pdf> (дата звернення 04.07.2017)
8. Роман С.В. Хімічна безпека як лейтмотив гуманізації сучасної хімічної освіти // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2012. – № 19 (254). – Ч. III. – С. 56 – 68.
9. Согласованная на глобальном уровне система классификации опасностей и маркировки химической продукции / Пятое пересмотренное издание. – Нью-Йорк и Женева: Организация объединенных наций, 2013. – 638 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: – http://www.unece.org/ru/trans/danger/publi/ghs/histback_e.html (дата звернення 04.07.2017)
10. Тупикин Е.И., Соколов Ю.В., Жгун Ж.И. Курс химии – базис формирования умений студентов интегрированных профессиональных колледжей в области химической безопасности // Международный журнал экспериментального образования. – № 4. – 2012. – С. 253 – 256.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я

(Горобей М. П.)

Харчування є одним з визначальних факторів збереження здоров'я. У результаті складних біохімічних процесів компоненти харчових продуктів перетворюються на структурні елементи клітин, забезпечують їх енергією і підтримують функціонування різних систем організму в належному стані. Нераціональне харчування призводить до виникнення широкого спектру

аліментарних захворювань, погіршення обміну речовин, зниження пристосувальних можливостей організму до різних несприятливих факторів навколишнього середовища [11, с. 81].

Але, на жаль, стан здоров'я населення України наприкінці ХХ і на початку ХХІ ст. – один з найгірших у Європі. Висока захворюваність та смертність дорослого населення, висока дитяча смертність, низька тривалість життя – ось ті показники, які його характеризують. Основною причиною такого становища є серцево–судинні хвороби, рак і захворювання органів травлення. За підрахунками вчених, якщо з цього переліку вилучити тільки серцево–судинні захворювання, то очікувана тривалість життя може збільшитися на 7 років [12, с. 5].

Одним з головних факторів невпинного поширення хронічних неінфекційних хвороб серед населення є нераціональне харчування, у складі меню якого переважають картопля, макаронні вироби, продукти швидкого приготування, чай, кава, порушена кількість прийому їжі та її об'єм. У стравах недостатнім є споживанням натуральних м'ясних, молочних, рибних продуктів, овочів і фруктів, які забезпечують надходження в організм потрібних нутрієнтів [5, с. 94].

За даними ВООЗ, здоров'я людини на 70% залежить від того, що вона їсть. Нераціональне харчування суттєво впливає на тривалість життя людини та призводить до виникнення та розвитку неінфекційних захворювань: серцево–судинних, онкологічних, діабету, порушення обміну речовин. Сьогодні ця проблема стала головним викликом для системи охорони здоров'я в Україні. Діабет, рак, серцево–судинні захворювання, хронічні хвороби органів дихання зумовлюють понад 2/3 загальної захворюваності та близько 86% смертей українських громадян [1].

Розвиток науки про харчування протягом багатьох років як в нашій країні, так і за кордоном був пов'язаний з теорією збалансованого харчування, на основі якої створювались нормативи харчування та харчові раціони для багатьох вікових і професійних груп населення. Однак балансний метод оцінки стану харчування, ідея про рафіновану їжу та орієнтація на переважне споживання продуктів тваринного походження спричинили зменшення забезпечення населення фруктами й овочами, які є основним джерелом вітамінів, мікроелементів і харчових волокон, сприяло розвитку багатьох хронічних дегенеративних захворювань, поширенню ожиріння серед населення [13, с. 5].

Особливої уваги потребують сучасні діти. Так, експерт МОЗ України за напрямом «дитяча гастроентерологія» О. Шадрін відзначає, що дослідження, проведені в Україні, виявили тенденцію значних дефіцитів у дітей раннього віку (0–3 роки) таких важливих мікро– та макронутрієнтів, як кальцій, залізо, вітамінів А та Д. Фіксується також суттєве погіршення харчових звичок дітей із віком. З кожним роком у раціоні харчування школярів суттєво падає відсоток поживно цінних продуктів, таких як фрукти, овочі, молочна та кисломолочна продукція, натомість зростає споживання вуглеводів, особливо швидких. Це призводить до виникнення нової загрози для здоров'я

суспільства – ожиріння та діабету, що відмічає інший експерт МОЗ України за напрямком «дієтологія» О. Швець [1].

Солодощі – це бич нашого часу. Всілякі батончики, печиво, вафлі, мармеладки, пластівці, тортки, газовані напої стають основною їжею для дітей протягом дня. Але цукор – це штучний стимулятор, який активізує центр задоволення. Відразу після солодкого перекусу діти відчують бадьорість, радість, ейфорію, а вже через півгодини – дратівливість на межі з плаксивістю, лінню, апатією, бажанням поспати або покричати, повередувати або знову поїсти солодкого. І так по колу. Але солодка їжа знижує інтелектуальні здібності, погіршує пам'ять, знижує успішність в школі. Крім того, їжа з додаванням цукру (йогурт, сирок, кукурудзяні пластівці, лимонад, готовий сік з цукром) сприяє виведенню вітамінів і мікроелементів з організму, що викликає депресію. А всі готові продукти «без цукру» містять добавки фруктозного, кукурудзяного або інвертного сиропу, які мають прямий вплив на мозок, особливо дитини. Ці добавки ведуть до розвитку синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, погіршення пам'яті, дратівливості, агресивності тощо [9].

Щодо студентської молоді, то вона переважно харчується малопоживними продуктами, що отримали назву «джанк-фуд» («їжа-сміття»), що призводить до розвитку так званого «прихованого голоду», дефіциту нутрієнтів, в першу чергу мінеральних речовин і вітамінів, акумулює зростання хвороб обміну речовин організму. Так, опитування студентів 1–4 курсів різних спеціальностей Чернігівського НТУ виявило, що із 1067 респондентів натуральними продуктами харчуються 15,7%, приймають їжу за добу не менше 3 разів – 32,9%, 2 рази – 9,7% і 1 раз – 1,9%, харчуються ситуативно 55,4% [5, с. 95].

Відзначимо, що окремі нутрієнти харчування зв'язані один з одним і складають цілу систему, а порушення тільки однієї ланки вже викликає збої обміну речовин всього організму. Це також заперечує доцільність щодо захоплення студентами різними «модними» дієтами, які науково не обґрунтовані, такими, наприклад, як роздільне харчування, вегетаріанська, кремлівська, голлівудська, японська, сироїдіння, тривале голодування та ін., які чинять шкідливий вплив на стан їхнього здоров'я, зокрема стимулюють порушення обміну речовин, набирання ваги, серцево-судинні захворювання, послаблення імунітету, посилення простудних і інфекційних захворювань, дратівливості, депресії [7, с. 46–47].

А споживання ненатуральних продуктів швидкого приготування, які зазвичай містять хімічні добавки, транс-жири, цукор, енергетичні напої, рафіновані продукти, алкоголь, кофеїн, тютюн через високий підйом рівня інсуліну стимулює значний викид серотоніну (гормону настрою). І згодом, попереджаючи депресію, мозок вимагає наступної порції стимуляторів, від яких людина стає залежною [5, с. 94].

Щодо розповсюдженого вживання людьми кофеїну, який містять насамперед кава, чай, шоколад, енергетичні напої, то він має такі наслідки: блокує аденозинову систему організму, яка є антистресовою і захищає від

перевтоми, економить ресурси і регулює цикл «бадьорість–сонливість», що змушує організм витратити ресурси, відкладені на «чорний день» і спричиняє його виснаження та «вигорання»; збільшує ризик розвитку наркоманії та залежної поведінки будь-якого типу, стимулює пристрасть до тютюнопаління, вживання алкоголю; прискорює всмоктування вуглеводів і сприяє збільшенню ваги; підвищує рівень кортизолу і резистентність до інсуліну; посилює виведення з організму різних мікро– і макроелементів, наприклад, кальцій, а також вітамін В₁ (тіамін). Одна чашка звичайної кави уповільнює засвоєння заліза організмом на 39%, а свіжозмеленої – на 72–91%, чашка чаю на 64% [4].

Значної шкоди для організму завдають розповсюджені в харчуванні населення штучні транс-жири. На основі транс-жирів роблять маргарини, спреди, кондитерські та кулінарні жири, які використовуються в продуктах промислового виробництва: більшості кондитерських виробів, випічці, напівфабрикатах, соусах, м'яких (бутербродних) маслах, дезодорованих і рафінованих рослинних маслах, фаст-фуді та ін. А шкода транс-жирів для здоров'я людини обумовлена саме змінами в структурі молекул, що набувають вигнутої форми, якої немає в натуральних жирів. Транс-жир вбудовується в клітинну структуру (мембрани) і викликає значний збій в метаболізмі клітин, коли клітина не отримує потрібних їй речовин, і не зможе вивести з себе токсини. Це призводить до різних порушень обміну речовин: рецептори клітинних мембран перестають зв'язувати інсулін, що прискорює виникнення цукрового діабету; підвищується рівень «поганого» холестерину; у формі тригліцеридів транс-жири відкладаються в організмі і сприяють ожирінню; запускаються процеси виникнення атеросклерозу судин, підвищення артеріального тиску, ослаблення зору, порушення роботи головного мозку, депресії; у чоловіків з'являються проблеми вироблення тестостерону; пошкоджуються жирові клітини печінки, що в наслідку призводить до її цирозу; ослаблює імунітет і призводить до раку. Слід відзначити, що на етикетках продуктів виробник часто замість транс-жирів вказує «рослинний жир», «комбінований жир», «кулінарний жир», «жир фритюрний» та ін. Проте для оздоровлення організму краще відмовитися від фаст-фуду і будь-яких напівфабрикатів [15].

Нездатність загальмувати поведінку щодо вживання нездорової їжі характерна при наявності залежності. Дослідження показують, що смачна калорійна їжа впливає на систему підкріплення в мозку через активізацію гормонів дофаміну, інсуліну, ендорфінів, серотоніну, причому часто в людей блокується здатність мозку просигналізувати, що треба зупинитися, коли їжі з'їдено вже досить, навіть якщо вони знають, що це буде мати надзвичайно негативні наслідки для здоров'я. І так само як при алкогольній або наркотичній залежності, чим більше такі люди їдять смачної для них їжі, тим сильніше хочеться її ще [8, с. 30].

Сучасний характер харчування більшості молоді характерний порушеним режимом харчування, що є проявом негативного типу самозбережувальної поведінки. Ритм життя, розумові та психічні

навантаження, дефіцит часу провокують вироблення таких форм поведінки, які більше орієнтовані на інші цінності, ніж турбота про власне здоров'я. А режим харчування є поки що невикористаним резервом поліпшення стану їхнього здоров'я [6, с. 329].

Так, канд. мед. наук А. Беловешкін відзначає, що поширене в нинішній час часте харчування маленькими порціями не має раціонального підтвердження. За дослідженнями, три повноцінні прийоми їжі дають більше насичення і більший контроль апетиту, ніж шість невеликих, при цьому більш рідкі прийоми їжі не знижують обмін речовин (метаболізм). А при постійних під'їданнях набагато легше переїдати, адже підсвідомо людина не вважає це за їжу. Але організм при цьому майже не відпочиває, що призводить печінку в стан стресу і до розладу механізмів детоксикації. Це також порушує гормональну регуляцію «насичення–голоду», рівень інсуліну залишається підвищеним протягом усього дня, що викликає стан резистентності, тобто нечутливості клітин до інсуліну [3].

Лікар Ю. Бабкін вказує, що їжа є сигналом до одночасної активізації мільйонів бета–клітин, які відкривають всі накопичені ємності з інсуліном і посиляють його в кров. І навіть невеличка за об'ємом їжа запускає цей рефлекс. А будь–яке під'їдання сприймається підшлунковою залозою так само, як повноцінна їжа, навіть якщо це просто фрукт або йогурт, чи маленький шматочок печива і тоді весь накопичений інсулін автоматично відправляється в кров [2, с. 18]. При цьому інсулін не тільки регулює цукор в організмі, він є головним гормоном організму, який стимулює ріст і розмноження всіх клітин. А хвороби цивілізації (гіпертонія, атеросклероз, ожиріння, ішемічна хвороба серця, інфаркт, інсульт, цукровий діабет, рак) відбуваються через надлишкове вироблення інсуліну [2, с. 8].

Шкідливість частого харчування маленькими порціями підтверджує й відкриття механізму аутофагії професором Є. Осумі, за яке він отримав Нобелівську премію по фізіології і медицині в 2016 р. І завдяки цьому відкриттю, як вважає д–р біол. наук О. Москальов, тепер людство отримало буквально бомбу – спростування багатьох офіційних теорій щодо режиму здорового харчування [10].

Аутофагія – це процес переробки або самопоїдання клітиною власних пошкоджених складових частин (окислених білків, дефектних органел, мітохондрій). В тілі людини щодня потрібно замінити 200–300 грамів білка, а з їжею вона отримує близько 70 грамів. Цей борг може відшкодуватися в процесі аутофагії, яка використовує ферменти, що зберігаються в особливих мембранних бульбашках – лізосомах. Вони розкладають клітинне сміття на елементарні складові [14, с. 15].

У людей аутофагія запускається при нестачі деяких амінокислот: лейцину, аргініну, лізину і метіоніну, якими багаті продукти тваринного походження. Вже часткове заміщення тваринних білків рослинними, сприяє процесу аутофагії, уповільнює старіння і зменшує ризики пухлинних, серцево–судинних і нейродегенеративних захворювань. А дослідження показали, що переривчасте голодування сприяє активізації нервових зв'язків

і поліпшенню когнітивних функцій, підвищує чутливість тканин до інсуліну, знижує артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень, затримує появу пухлин, запобігає запальним захворюванням, сприяє регенерації клітин крові, стимулює імунну систему, нормалізує рівень глюкози і артеріальний тиск, сприяє зниженню кількості маркерів запалення у хворих на бронхіальну астму. Це, звичайно, не дуже поєднується з загальноприйнятою в сучасній дієтології нормою «харчуватися часто і потроху», яке постійно стимулює вироблення інсуліну і розвиток інсулінорезистентності. Тому теорія «не їсти після шостої» близька до істини, якщо розглядати її в аспекті аутофагії, а рекомендації щодо частого дрібного харчування зазнають краху. А ось харчування з 12–годинними і більш перервами запускає процеси аутофагії. При такому режимі харчування зменшується жирова маса тіла без втрати м'язової, знижується рівень холестерину і глюкози в крові. Голодування ж більше 13 годин з вечора до ранку зменшує ризик раку грудей [10].

А «відключає» процес аутофагії саме харчування, що відмічає Д. Фанг. Під час приймання їжі інсулін підвищується і глюкагон падає. Коли ж ми не їмо (голодуємо), інсулін падає, а глюкагон росте і стимулює процес аутофагії, яка, до речі, є високорегульованим процесом. Глюкоза, інсулін, знижений глюкагон і старі білки можуть в сукупності «відключити» цей процес самоочищення клітини, що сприяє розвитку хвороби Альцгеймера. Але як недостатня, так і занадто інтенсивна аутофагія може нашкодити. І саме природний цикл харчування і голодування, а не постійне слідування дієті забезпечує клітинний ріст під час фази харчування і клітинне очищення під час фази голодування, тобто баланс. Адже життя – це тільки баланс [16].

Так, останнім часом надлишкове споживання білка пов'язується з різними захворюваннями в організмі: виникненням остеопорозу, накопиченням токсичних речовин, підвищенням кислотності, збільшення виділення кальцію з сечею, порушенням діяльності печінки та нирок. І згідно з рекомендаціями Академії наук добові потреби в білку в США зменшилися з 120 г до 56 г для чоловіків і 44 г для жінок [13, с. 7].

Сьогодні наші уявлення похитнулися і щодо вживання насичених жирів. У США, на батьківщині знежирених продуктів, велика частина населення страждає надмірною вагою або ожирінням, яких всього одне покоління назад було в 3 рази менше. Сучасний світ охоплений епідемією ожиріння і діабету. А здорові і стрункі люди – сьогодні велика рідкість [17, с. 14]. Довго цей факт виправдовували тим, що люди занадто багато їдять і мало рухаються. Але виявилось, це не вся правда. Сучасна наука пропонує «менше вуглеводів – більше жирів» і відмовитися від «легких» знежирених дешевих псевдопродуктів – легкозасвоюваного крохмалю, цукру, штучних жирів, барвників, ароматизаторів і різних добавок, а їсти без обмежень масло, м'ясо, рибу, що, навпаки, робить тіло струнким [17, с. 15].

Нині, за даними МОЗ України, лише 1% фінансування спрямовано безпосередньо на профілактику захворювань, решта 99% коштів та уваги – на лікування громадян [1]. Але такий підхід не вирішує профілактичного

підходу щодо залучення населення до здорового способу життя, а призводить до пасивного вичікування поблажок від влади.

Таким чином, нагальним для нашого часу є формування основ раціонального харчування у різних верств населення щодо знання впливу як нутрієнтного складу продуктів (білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин і клітковини), так і правильного режиму вживання їжі, який полягає у запобіганні виникненню стану інсулінорезистентності і сприяє самоочищенню організму від клітинного сміття через запуск механізму аутофагії, що є невід'ємною складовою культури здоров'я.

Список використаних джерел

1. 2/3 усіх хвороб в Україні є наслідком неправильного харчування [Електронний ресурс]: сайт МОЗ України. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170530_a.html. – Дата звернення: 02.06.2017.
2. Бабкин Ю. Инсулин и здоровье: Инсулинопонижающий метод. – Иерусалим: ЛИРА, 2010. – 199 с.
3. Беловешкин А. Аргументы дробного питания и их разбор / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.beloveshkin.com/2014/11/drobnoe-pitanie-ne-rabotaet.html>. – Дата обращения: 03.06.2017.
4. Беловешкин А. Кофеин и энергичность: сыр и мышеловка, вред кофеина / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.beloveshkin.com/2014/12/blog-post_12.html. – Дата обращения: 05.06.2017.
5. Горобей М. П. Особливості впливу харчування на стан здоров'я і поведінку студентів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка; гол. ред. Носко М. О. – Чернігів: ЧНПУ, 2015. – Вип. 129. – Т. III. – С. 94–96.
6. Горобей М. П. Режим харчування як фактор формування культури здоров'я студентів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка; гол. ред. Носко М. О. – Чернігів: ЧНПУ, 2017. Вип. 143. – С. 327–329.
7. Горобей М. П. Шкідливий вплив «модних» дієт на стан здоров'я студентів // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. журн. – Х.: ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2012. – № 1. – С. 46–48.
8. Кенни П. Пищезависимость / пер. с англ. М.С. Багоцкой // В мире науки. – 2013. – № 11. – С. 28–34.
9. Козырева Н. Как еда влияет на поведение? / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mspdm.ru/zdorove1.htm>. – Дата обращения: 03.06.2017.
10. Москалев А. Аутофагия: крушение мифов о правильном питании / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.passion.ru/health/autofagiya-krushenie-mifov-o-pravilnom-pitanii-166461.htm>. – Дата обращения: 04.06.2017.
11. Романенко В. О. Культура питания как фактор определяющий здоровье человека // Экология и безопасность в техносфере: современные проблемы и пути решения: сб. трудов Всерос. науч.-практ. конф. молодых ученых, аспирантов и студентов, Юрга, 5–6 ноября 2015 г. – Томск : Изд-во ТПУ, 2015. – Т. 2. – С. 80–82.
12. Смоляр В. І. Стан фактичного харчування населення незалежної України // Проблеми харчування. – 2012. – № 1/2. – С. 5–9.
13. Смоляр В. І. Формула раціонального харчування // Проблеми харчування. – 2013. – № 1. – С. 5–9.
14. Стасевич К. Аутофагия на страже здоровья клетки // Наука и жизнь. – 2016. – № 11. – С. 14–20.
15. Транс-жиры [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://healthmenu.ru/transzhiry/>. – Дата обращения: 03.06.2017.

16. Фанг Д. Как омолодить ваше тело: голодание и аутофагия / пер. с англ. Н. Кузьмин. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lchf.ru/13985>. – Дата обращения: 03.06.2017.
17. Энфельдт А. Революция в еде. LCHF: диета без голода / пер. с швед. М. Людковской. – М.: БММ, 2014. – 256 с.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ — ЖИТТЯ БЕЗ АЛКОГОЛЮ

(Терешкевич Г. Т. – с. Діогена)

Починаючи з VII–VI ст. до н. е., після виділення алкоголю з харчових продуктів, виготовлення спиртних напоїв поширилось по всьому світу. В етносі кожного народу формувалися звичаї споживання та рецепти приготування алкогольних напоїв. Алкоголізм набув світових масштабів. Водночас алкоголь із засобу встановлення міжособових відносин і торгівлі застосовувався в окупаційній політиці багатьох країн, що полягала у спюванні поневоленого народу панівним. Перед людством постала проблема боротьби зі зловживанням алкоголем.

Мета дослідження – висвітлити алкоголізм як психофізичну патологію та соціальну проблему, пов'язану з вживанням та продажем алкоголю та обґрунтувати необхідність зміни державної політики в подоланні алкоголізму і популяризації профілактики алкоголізму серед людей.

1. Алкоголізм як психофізична патологія та соціальна проблема

У сучасному суспільстві зловживання алкоголем часто намагаються виправдати «тисячолітніми» традиціями. Водночас, суспільство впродовж всієї історії людства осуджувало алкоголізм, визнаючи його аморальним. Незважаючи на це, вживання спиртних напоїв не зменшується, а, навпаки, зростає. Згідно із статистикою, 50% алкоголіків вживали лише пиво. Світова статистика показує, що алкоголіків понад третину становлять жінки, а більш ніж половину — люди, які працюють на відповідальних посадах. Алкоголізм – хвороба емоційно незрілих людей, бо 80% усіх алкоголіків почали споживати алкоголь ще з дитинства.

За офіційною статистикою, в Україні хворіє на хронічний алкоголізм близько 900 тис. осіб та щороку їхні ряди поповнюють 50–55 тис. осіб. Згідно з даними ВООЗ, Україна посідає п'яте місце в світі зі споживання алкоголю (а це 15,6 літра випитого чистого етанолу на душу населення на рік) та перше місце в світі за дитячим алкоголізмом (40% відсотків дітей вживають алкогольні напої) [12, с. 12].

Спостерігається залежність між виникненням тяжких хвороб та споживанням спиртних напоїв. Так, 60% чоловіків, хворих на цироз печінки, та 40% чоловіків, хворих на рак печінки, страждають від алкоголізму. 33% хворих на рак стравоходу хворіють на алкоголізм. Від епілепсії страждають 27,4% алкоголіків, раку ротової порожнини – 25% залежних на алкоголю. Зловживання алкоголем входить до трійки найбільш поширених причин інвалідизації населення. Впродовж 2015 р. зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму [10, с. 15].

Дані Державної служби статистики та МОЗ України свідчать, що в країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12–13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тис., алкоголь у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. Згідно з офіційною статистикою, щодня в Україні помирає 9 людей від отруєння якісним алкоголем [10, с. 15].

Управління безпеки дорожнього руху Національної поліції України у 2016 році зафіксувало 8129 дорожньо–транспортних пригод в стані алкогольного сп'яніння, у яких 223 особи загинули, а 7906 чоловік зазнали поранення. Департамент інформаційно–аналітичного забезпечення МВС України встановив, що у 2016 році 53,4% умисних убивств та злочинів в Україні було скоєно у стані алкогольного сп'яніння [4, с. 211].

ВООЗ в Європейському плані дій зі скорочення шкідливого споживання алкоголю 2012–2020 визнала необхідність підвищення ставок акцизного податку на алкоголь як найефективнішого способу скорочення рівня споживання алкогольних напоїв, що охоплює як доросле населення, яке вживає алкоголь, так і дітей та молодь.

В Україні з 1 березня 2017 року зросли акцизи на лікєро–горілчані вироби на 20%. [2]. А це спричинило зменшення рівня споживання алкоголю та смертності, пов'язаної з його споживанням. Якщо у 2013 р. рівень алкогольної смертності в Україні сягав – 11181 особи, то у 2014 р. він був 10442 осіб, а у 2015 р. знизився до 9052 осіб.

Етиловий спирт, або етанол — речовина, що виявляє загальний пригнічувальний вплив на центральну нервову систему (подібно до засобів для наркозу). Він входить до складу алкогольних напоїв – пива, вина, горілки і ін., продаж яких збільшується, зокрема внаслідок цілодобової реклами на телебаченні та вулицях міст і сіл.

Алкоголь згубно діє на весь організм людини. Етиловому спирту властива органотропість, наприклад, у тканинах мозку його міститься більше, ніж у крові; він також концентрується у секреті передміхурової залози, яєчках, сім'яній рідині, добре проникає через плаценту, вкрай негативно впливає на центральну нервову систему і тканини печінки (спричиняє алкогольний цироз). Алкоголь негативно впливає на статеві органи, що призводить до порушення їх репродуктивної функції.

Досліджуючи проблему алкоголізму, можна зауважити, що людство донині трактує її як вияв слабкої волі людини. Однак з погляду сучасної медицини, зокрема наркології, яка досліджує цю проблему, алкоголізм є хворобою, яка потребує складних методів терапії і реабілітації.

Розрізняють три групи причин вживання алкоголю: «втеча» від проблем; «пошук насолоди»; «суспільно–товариська» (через ввічливість з тої чи іншої нагоди). Чинниками виникнення алкогольної залежності є: соціальні: низький культурний і матеріальний рівень життя; біологічні: спадкова схильність; психологічні: психоемоційні особливості людської особи, нездатність протистояти стресам; духовні: спроби заспокоїтися, не розуміючи сенсу і цінності життя. Найбільш вагомим є біологічний чинник.

Алкоголізм може бути набутим або спадковим захворюванням. Понад 30% дітей, батьки яких зловживали алкоголем, стають алкоголіками. Найчастіше ті, кому не вистачає ентузіазму, почуття впевненості і які хочуть, щоб їх уважали талановитими, дотепними, намагаються вирішити ці питання за допомогою алкоголю.

Алкоголізм – це не провина людини, не зла воля, не гріх, а хвороба. Алкоголізм, як і будь-яке узалежнення, характеризується тим, що людина не спроможна обійтися без нього та запанувати над ним, хоча усвідомлює негативні наслідки узалежнення. Цю хворобу ніхто свідомо не обирає, але насправді стає її жертвою [8, с. 18].

В останні роки зростає увага до проблеми алкоголізму через його руйнівний вплив на сім'ю та суспільство. Алкоголізм супроводжується руйнівними змінами не лише в тілі людини, а й виявляється у порушенні психоемоційного стану та духовному спустошенні. М. Гусс уперше вжив термін «алкоголізм» як «порушення фізичної та розумової діяльності людського організму, спричинене дією етилового спирту» [6, с. 6].

Алкоголізм — це хвороба, яка виникає внаслідок систематичного вживання спиртних напоїв і характеризується патологічним потягом до спиртного, розвитком психологічної та фізичної залежності. У стислому значенні алкоголізм — це отруєння етиловим спиртом. Алкоголік намагається виправдати надмірне вживання алкоголю і наслідки, що з ним пов'язані.

У медицині, зокрема в наркології, існує плутанина у визначенні таких основних понять алкоголізму, як «хронічний алкоголізм», «алкоголізм», «пияцтво», «хронічна алкогольна інтоксикація» [9, с. 9]. З цієї причини неможливо визначити чіткі критерії для діагностики алкоголізму. Здебільшого медицина послуговується термінами «пияцтво» та «алкоголізм».

Переважно під «пияцтвом» розуміють періодичне зловживання алкоголем, тобто — соціальне явище, під «алкоголізмом» — хронічне захворювання, основним проявом якого є потяг до алкоголю і яке потребує лікування [8, с. 10]. Проблематика алкоголізму вимагає поєднання обох термінів: «пияцтво» та «алкоголізм», — тому що важко простежити, коли періодичне зловживання алкоголем (пияцтво) переходить у тяжке захворювання — хронічний алкоголізм [8, с. 9]. Найбільш чітким є визначення: «Алкоголізм — це хронічне захворювання, яке характеризується патологічною схильністю людини до споживання алкоголю» [9, с. 13]. «Схильність» можна замінити поняттям «необхідність», оскільки воно є синонімом фізичної залежності від алкоголю.

У патогенезі алкоголізму розрізняють три стадії. На першій стадії захворювання спостерігається нездоланий потяг до вживання алкоголю і формування толерантності до спиртних напоїв. Після прийняття високих доз розвивається амнезія, знижується працездатність. Зникає ініціатива, бажання контактувати з іншими, окрім співузалежнених алкоголем. На другій стадії хворобливий потяг до алкоголю посилюється. Водночас поглиблюються психологічні зміни: егоцентризм, формування абстинентного синдрому,

почуття страху, сорому, провини за свою поведінку, жалість до себе, схильність до обману, а також приховання кількості спожитого алкоголю. На третій стадії спостерігається зниження толерантності до алкоголю, який із засобу задоволення перетворюється на засіб підтримки життєдіяльності. Узалеженому видається, що без алкоголю для нього втрачений сенс життя. Алкоголік п'є, поки не відчує свою «значимість» серед людей [8, с. 21].

Виокремлюють дві фази дії алкоголю на центральну нервову систему: 1) фазу збудження, яка характеризується ейфорією, відчуттям бадьорості, припливом сил, зниженням самокритичності; 2) фазу пригнічення, під час якої ейфорія змінюється депресією.

Подолання алкогольної залежності нерозривно пов'язане з дослідженням цієї психофізичної патології. Алкоголізм не має локального характеру, а є домінуючим чинником різного роду деструктивних процесів, як індивідуальних, так і суспільних. Саме чинник залежності – це явище, що нівелює в людині її природні атрибути: потьмарює розум, послаблює волю. Окрім соматичних, алкоголь викликає негативні психічні наслідки не лише в окремого індивіда, а й породжує процес співузалежнення осіб з найближчого оточення, зокрема у подружжі. Алкоголізм формує прошарок суспільства, що далеко відходить від реального життя, стає безпорадним перед гріхом та злом. Певна доза алкоголю дає змогу не відчувати не лише фізичного болю, а й сорому, страху, вини і т. ін. Саме в цьому полягає самообман, бо створює лише видимість заспокоєння, є втечею від назрілих проблем.

Узалежнення від алкоголю має також суспільні наслідки. Там, де є алкоголік, хворіє ціла система, що складається з сім'ї, родичів, сусідів, найближчих друзів. «Хвороба навколишніх полягає у співпідпорядкуванні чужому узалежненню – у співузалежненні» [5, с. 10]. Співузалежнення полягає у зосередженні на особі хворого, який стає центром конфлікту; приховуванні узалежнення перед суспільством; стані стресу через терпіння, почуття небезпеки; занедбанні та дезорганізації сімейного життя; переживанні проблем, пов'язаних з узалеженою особою; суспільній ізоляції; духовній пустці.

2. Заходи державних органів щодо подолання алкоголізму

Згідно з даними Міжнародного центру алкогольної політики, в 40 країнах взагалі заборонено вживання алкоголю, а у 80 країнах, зокрема в Парагваї, Японії, Таїланді, Сполучених Штатах Америки, Казахстані, Пакистані, Таджикистані, Об'єднаних Арабських Еміратах, Данії, Норвегії та Швеції, Латвії, Литві, Канаді, Великій Британії тощо, впроваджено вікові та часові обмеження у споживанні та продажу алкоголю, намагаючись, перш за все, вберегти молодь від згубного впливу спиртних напоїв і забезпечити їй повноцінний фізичний та духовний розвиток.

Позитивним є досвід ряду міст України, де були прийняті на місцевому рівні рішення з обмеження продажу алкоголю в нічний час, де, згідно з даними МВС України, зменшилась кількість злочинів.

Нині в Україні діє 13 нормативно-правових актів, які регламентують порядок боротьби з алкоголізмом, передбачають кримінальну та

адміністративну відповідальність, та вони аж ніяк не можуть протистояти 230 нормативно–правовим актам, що регулюють питання виробництва, експорту, імпорту етилового спирту, ліцензування підприємницької діяльності. Отож, на перший план поставлено проблеми ринкової економіки, а не особистість, сенс життя людини.

Відповідно до чинного законодавства України, особа, яка вчинила злочин у стані сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності. Щобільше, такий стан при вчиненні злочину визнається обставиною, яка його обтяжує. Згідно з Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв» (2010 р.) вперше у вітчизняній законодавчій практиці слабоалкогольним напоям та пиву надано правовий статус алкогольних напоїв, а також визначені обмеження щодо їх споживання та продажу [1].

Відповідно до Закону України від 20.12.2016 №1791–VII «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення бюджетних надходжень у 2017 році», який набрав чинності з 01.01.2017 року, в Україні з 1 березня 2017 року було суттєво підвищено ставки акцизного податку на алкогольні напої [2].

Сприйняття юридичною наукою соціального феномену пияцтва як однієї з причин злочинності стимулювало й психологічну думку з цієї проблеми через призму вивчення механізму злочинної поведінки.

Як свідчить статистика, більше половини хуліганських дій вчинено на ґрунті пияцтва та неробства. Молодь віком від 14 до 29 років у стані алкогольного сп'яніння скоює більш ніж половину злочинів (56,4%) у країні. Що небезпечніша група злочинців, то вищий серед них відсоток тих, які зловживають алкоголем. Алкоголізм батьків позначається на дітях. Часто причиною виникнення нервових хвороб у дітей є алкоголізм батьків.

На жаль, є випадки, коли особи, винні у доведенні підлітків до стану сп'яніння, до скоєння злочинів та інших правопорушень у нетверезому стані, не виявляються й до відповідальності не притягаються.

Навіть невеликі дози алкоголю можуть спричинитися до травм, автокатастроф, втрати праці, розпаду сім'ї, нехтування духовними потребами людини. Часто з падінням на «дно» починається одужання. Лише тоді, коли визнати перед Богом людське безсилля, віддаючи власну волю в Господні руки, можна розраховувати на перемогу над хворобою [8, с. 70–71].

Боротьба з алкоголізмом – найбільша духовна, психологічна, соціальна і медична проблема не тільки українського суспільства, а й інших держав. Проблема алкоголізму для нашої країни надактуальна. Як відомо, хворобу легше попередити, ніж лікувати. Тому, крім лікування цього захворювання, яке на сьогодні не є ефективним, потрібно викорінювати його причини.

3. Громадські антиалкогольні організації та подолання алкоголізму в контексті біоетики

Знищити причину алкоголізму можливо лише всією громадою. До боротьби зі зловживанням спиртним долучаються громадські та релігійні

організації. Для вирішення проблеми алкоголізму необхідні знання з біоетики, співпраця медиків, психологів, духівників, працівників соціальних служб, що сприятиме реабілітації хворих на алкоголізм та профілактиці цієї хвороби. Останнім часом в Україні в лікуванні алкогольної залежності застосовують програму «12 кроків», яка була створена в 40-х роках ХХ ст. Міжнародним рухом анонімних алкоголіків і вважається однією з кращих моделей лікування цього захворювання.

Вагомий внесок у розвиток методу духовної та соціальної реабілітації хворих на алкоголізм здійснили США та Франція. У цих країнах створені особливі інституції, спрямовані на реабілітацію хворих на алкоголізм. Найповніше і найпоширеніше перевага антиалкогольної профілактики та реабілітації хворих на алкоголізм розкривається в діяльності спільнот АА, особливо груп Ал-анон (товариства родичів та друзів алкоголіків, котрі діляться один з одним своїм досвідом у вирішенні проблеми алкоголізму, від якого страждає близька людина, що додає їм сили та вселяє надії) та Ал-атін (спільнота підлітків із родин, узалежнених від алкоголізму), у яких соціотерапевтичний клімат підвищує на 50–60% результат лікування і реабілітації не тільки хворої особи, а й цілої інституції сім'ї [5, с. 9].

Громадська організація — Міжнародний рух анонімних алкоголіків (далі АА) народилася в 1935 р. в м. Аркона (штат Огайо, США) як результат зустрічі відомого хірурга Боба Сміта та бізнесмена Білла Уілсона. Обидва були безнадійними алкоголіками і зійшлися разом, щоб не пити. Ця спільнота наприкінці ХХ ст. налічувала близько 10 млн. тверезих членів і понад 1 млн груп анонімних алкоголіків. В Україні цей Рух існує вже двадцять сім років, у Львові — двадцять три. За цей час сотні людей почали вести тверезий спосіб життя, багато з них налагодили стосунки з рідними та близькими, знайшли роботу і стали повноцінними членами суспільства.

Проте шлях до тверезого життя складний і включає такі етапи: повірити, що можливо одужати; визнати наявність алкоголізму; отримати знання про алкоголізм; стати відповідальним за свої вчинки; бути самим собою; не допустити поразки; вчитися жити без алкоголю; відчувати себе потрібним; мати підтримку і глибоке розуміння зі сторони інших людей; змінити інтер'єр житла на безалкогольний; віднайти сенс і мету власного існування; змінити спосіб життя; позбутися стереотипів мислення, відчуття і поведінки узалежненої людини; відновити контакт зі самим собою, іншими людьми та навколишнім середовищем; звільнитися від негативних емоцій [8, с. 91–95].

Згідно з дослідженнями, відмовлялись від спиртного протягом 6 місяців 73% хворих на алкоголізм, які щодня відвідували спільноти АА, і лише 33% тих, які не відвідували [3, с. 21]. Метод АА поширений у цілому світі й вважається найефективнішим з усіх існуючих. Налічується близько 1 млн осіб, які, розпочавши лікування цим методом, зберігають повну тверезість. При цьому особа, яка бажає одужати, не витрачає на це жодних коштів, тоді як, наприклад, у США лікування коштує 5–15 тис. доларів [9, с. 438].

Спільнота АА складається з осіб, хворих на алкоголізм, та їхніх родичів. Найбільш ваговою та сприятливою умовою для реабілітації uzалежнених та профілактики алкоголізму є те, що спільнота не має права пов'язувати себе з фінансовими та політичними організаціями. Найважливішою традицією є повна анонімність хворого, добровільний вступ і вихід у будь-який момент та прагнення тверезого способу життя. Члени АА усвідомлюють, що їхня хвороба невиліковна, і вони ніколи більше не зможуть контролювати вживання алкоголю. Солідарність з людьми, які мають подібні проблеми, їх підбадьорює, вселяє надію на одужання та дає змогу відмовитись від алкоголю. Родичі хворого на алкоголізм повинні допомогти йому сприймати життя з оптимізмом та розвивати почуття гумору, що додасть шансів на оздоровлення [8, с. 115].

У спільноті АА здійснюється профілактика алкоголізму та реабілітація хворих через вплив усіх видів духовної, медичної, психологічної та соціальної терапії. У спільноті медики займаються фізіологічною дезінтоксикацією, а психологи, спільнота і uzалежнений індивід здійснюють психологічну та соціальну реабілітацію особи. Поштовхом до такої діяльності стала програма дослідницького і лікувального комплексу в Хезелдені [5, с. 44]. Науковці цього комплексу розробили міждисциплінарну модель лікування та реабілітації хворих на алкоголізм, до якої залучили медиків, психологів, духовних провідників [5, с. 46]. Програма АА передбачає два кроки реабілітації хворого на алкоголізм. Спочатку медики здійснюють дезінтоксикацію і медичне спостереження за хворим. Психологи проводять тести, індивідуальні бесіди, допомагають хворому відновити стосунки з близькими. Особливу роль відіграють консультанти з проблем алкоголізму — особи, які хворіли на цю недугу і вилікувались та зберігають тверезість після того, як прийшли в спільноту АА і пройшли кваліфіковану підготовку та практику у справі реабілітації uzалежнених та профілактики алкоголізму [5, с. 57].

Зцілення можливе лише з вірою у Бога. Програма реабілітації uzалежнених від алкоголю передбачає духовну опіку і зцілення душі, чому сприяє духовний провідник, який допомагає хворому шукати шлях до духовного здоров'я [5, с. 57]. Пошук такого шляху і допомога таким хворим є важливим аспектом біоетики.

Uzалежнені визнають, що вони безсилі проти алкоголю, що перестали керувати власним життям. Виключно медичними засобами до кінця побороти цю недугу нині неможливо. Тому обов'язковою складовою програми є спільна молитва про зцілення. Такі зусилля увінчуються успіхом – колишні uzалежнені повертаються до здоров'я і допомагають у цьому іншим. Лише гармонія людини у співжитті з Богом як джерелом любові, щастя та сенсу життя може запобігти алкоголізму та іншим uzалежненням.

Найважливішим чинником у концепції реабілітації хворих на алкоголізм є реабілітаційний профілактичний аспект. Найважче завдання реабілітації полягає не тільки у відновленні, а й у збереженні особистого і соціального статусу хворого. Реабілітація хворих на алкоголізм передбачає

систему заходів медичного, психологічного, духовного і соціального характеру, спрямованих на профілактику алкоголізму [7, с. 431]. Хворі на алкоголізм передусім потребують духовної та соціальної реабілітації.

Львівська обласна організація українського товариства «Тверезості та здоров'я» (реєстраційне свідоцтво № 316 від 14.02.96 р.), благодійна організація «Регіональний Центр соціальної адаптації» (реєстраційне свідоцтво № 103 від 16.07.98 р.) ведуть пропаганду переваг тверезого способу життя; роз'яснюють шкідливість впливу алкоголю на здоров'я людей, викривають антинаукові погляди прихильників «помірного» або «культурного пиття»; беруть участь у вивченні та узагальненні практики подолання шкідливих звичок; сприяють дослідженню проблеми і розробленню практичних рекомендацій з питань подолання пияцтва, утвердження тверезості; проводять профілактичну роботу серед дітей та молоді.

У м. Львові відновило свою діяльність товариство «Відродження» (засноване у 1909 р.) [11, с. 533], яке об'єднує людей, що діляться між собою досвідом, силами й надіями, щоб вирішити спільну проблему та допомогти один одному позбутися алкоголізму. Єдиною передумовою членства є бажання не пити. Немає вступних та членських внесків, товариство утримується на добровільні пожертви членів, не пов'язане з будь-якими установами, організаціями чи віровизнаннями; не вступає в жодні конфлікти, не засуджує й не схвалює будь-яких політичних справ. Головне завдання — самим вести тверезий спосіб життя і допомогти у цьому іншим. Людині потрібна спільнота, де б її розуміли й підтримували.

Постає проблема перед суспільством взагалі та кожною людиною зокрема: як зламати стереотипи осуду та відкинення стосовно хворих на алкоголізм. Ця хвороба є чи не головною перешкодою до гармонійності у подружжі. Адже алкоголізм призводить до духовної та соціальної ізоляції хворого, порушує міжособистісні стосунки в сім'ї, відбувається процес деградації сім'ї.

Реабілітація хворих на алкоголізм є складною багатоетапною і динамічною системою взаємопов'язаних компонентів, об'єднаних в рамках однієї концепції, єдністю поставленої мети, засад, методів і процесів, спрямованих на профілактику алкоголізму [7, с. 430]. Профілактика алкоголізму в медицині, зокрема в наркології, ґрунтується на засадах: партнерства, різнобічності, єдності біологічних і психосоціальних методів впливу [7, с. 430].

З наведеного можна зробити висновки про те, що пияцтво та алкоголізм однаково небезпечні як для кожної людини, так і для суспільства в цілому. Проблема гідності особистості, на якій наголошує біоетика, вимагає особливо уважного ставлення державних органів як до торгівлі алкоголем, так і до пропаганди обмеження його вживання. Адже алкоголь — це могутня зброя для того, щоб позбавити людину розуму, загроза для народу та нації. Водночас алкоголізм — це тяжка хвороба, яка потребує зусиль і самої людини, і допомоги суспільства та держави для її подолання. У цій загальній справі порятунку важливою є підтримка товариств анонімних алкоголіків,

заохочення їх до активної діяльності, а також підвищення акцизів та цін на алкогольні вироби, повна заборона їх реклами та обмеження фізичної доступності.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання продажу пива та слабоалкогольних напоїв» від 21.01.2010 № 1824–VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 11. – ст. 111.
2. Закон України «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення бюджетних надходжень у 2017 році» від 20.12.2016 № 1791–VII // Відомості Верховної Ради України. – 2017. – № 4. – ст. 42.
3. Антична бібліотека. Суд над Сократом: збірник исторических свидетельств / сост. А. В. Кургатников. – Спб.: Алетейя, 1997. – 264 с.
4. Бесчастний, В. М. Кримінологічний аналіз стану злочинності в Україні // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – № 1 (251). – С. 207–213.
5. Войдило Є. Мій вибір – свобода. – Львів: Відродження, 1994. – 104 с.
6. Данн Дж. Бог есть и для алкоголиков. – М.: Библия для всех, 2009. – 190 с.
7. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд–ние, 1988. – 198 с.
8. Кирик Ю. Алкоголь: Як вирватися із зачарованого кола. – Львів: Свічадо, 2006. – 128 с.
9. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм. – М.: Медицина, 1990. – 528 с.
10. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 12–18.
11. Шкраб'юк П. В. Відродження // Енциклопедія історії України / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін.; НАН України. – К.: Наукова думка, 2003. – Т. 1 – С. 533.
12. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2010. – Access mode: http://www.who.int/substance_abuse/activities/grshua/en/. – Title from screen.

ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДО ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ (Гнізділова О.А., Бурсова С.С.)

У сучасних умовах стан здоров'я дошкільників має неабияке значення, оскільки від нього залежить розвиток суспільства в майбутньому. Результати досліджень останніх років констатують різке погіршення цієї важливої цінності у період вступу дітей до дошкільного навчального закладу. Саме тому одним із пріоритетних завдань дошкільної освіти, яке визначено в державних нормативних документах (Національна програма «Діти України», Закон України «Про дошкільну освіту», Базовий компонент дошкільної освіти) є формування у дітей валеологічної культури і здоров'язбережувальної компетентності.

Вихователі мають відчувати власну відповідальність перед суспільством, дітьми та їхніми батьками за збереження здоров'я, адже це питання набуває особливого значення у зв'язку з погіршенням показників фізичного розвитку дошкільників. Лише навчивши малят, як власними силами турбуватися про своє здоров'я, підтримувати високу працездатність, уникати стресових і екстремальних ситуацій, дотримуватися умов безпечного

життя, можна виправити вкрай критичне положення погіршення стану здоров'я нації.

Початок відвідування дошкільного закладу – це дуже напружений період, який потребує від кожного малюка активних психологічних і фізичних форм пристосування. У дитячому садку дитина потрапляє у зовсім незнайоме середовище: нова групова кімната, велика кількість однолітків, зустріч із незнайомими дорослими, різний характер спілкування, інші правила поведінки, зміна режиму дня та харчування. Звикання до дитячого садка найчастіше супроводжується порушенням емоційного стану дошкільника, погіршенням сну, апетиту, підвищенням захворюваності. Це все спричиняє зниження захисних сил організму та порушення процесу пристосування дитини до нових умов, що може призвести до захворювання дитини. Прихід до дошкільного закладу пов'язаний для дитини з сильними стресовими переживаннями, котрі необхідно пом'якшити спільними зусиллями сім'ї та педагогів.

Своєчасність створення належних умов, правильна організація життєдіяльності дітей у дошкільному навчальному закладі – запорука повноцінного розвитку здорової та щасливої дитини. Однак, необхідно розуміти, що нова якість освіти, яка забезпечила б розвиток сучасного суспільства, може бути досягнута лише при створенні таких умов організації навчально-виховного процесу, який не зашкодить здоров'ю дітей і буде спрямований на збереження, зміцнення і примноження фізичного, психічного, духовного й соціального здоров'я кожного учасника навчально-виховного процесу. А це вимагає від педагогів застосування в освітньому процесі здоров'язберігаючих технологій.

Сучасний стан розвитку освітньої галузі, зокрема й дошкільної, характеризується доволі популярним у мовленні науковців та педагогів терміном « здоров'язбережувальні технології». Виникає потреба у з'ясуванні сутності зазначеної дефініції.

Аналіз наукових джерел свідчить, що поняття «здоров'язбережувальної технології» трактується вченими по-різному: сукупність принципів, методів, прийомів педагогічної роботи, які, доповнюючи традиційні технології навчання і виховання, наділяють їх ознакою здоров'язбереження (А. Мітяєва); сукупність форм, методів і засобів, які спрямовані на досягнення оптимальних результатів у підтримці фізичного, психічного, етичного і соціального благополуччя людини, формуванні здорового способу життя (І. Єрохіна); якісна характеристика освітніх технологій (Л. Тіхомірова). Ми у своїй роботі під здоров'язбережувальними технологіями розуміємо комплекс засобів і заходів, спрямованих на зміцнення психофізичного та психологічного здоров'я дітей [4, с. 266].

Вивченням проблеми використання здоров'язбережувальних технологій у системі освіти займаються Т. Андрющенко, О. Богініч, Т. Бойченко, Ю. Бойчук, Л. Волошина, О. Гнізділова, Г. Голубева, Н. Денисенко, В. Деркунська, І. Єрохіна, В. Єфімова, Т. Зінкевич-Євстигнеєва, Л. Лохвицька, А. Мітяєва, А. Ошкіна, А. Сівцова, М. Смірнов, Л. Тіхомірова, І. Чупаха та ін.

Учені вважають, що цей аспект діяльності є найважливішим у вирішенні завдань збереження і зміцнення здоров'я дітей в умовах сучасного освітнього простору.

У сучасній науці та практиці накопичено досить великий арсенал технологій, що позитивно впливають на здоров'я дошкільника. Перш ніж перейти до опису здоров'язбережувальних технологій, подамо їх класифікацію. Варто зазначити, що на сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої класифікації, оскільки кожен автор (Т. Андрющенко, О. Богініч, О. Василенко, О. Ващенко, В. Деркунська, Т. Карасьова, С. Свириденко, О. Юрчук та ін.) послуговується різними критеріями (підходами) при описі цих технологій. Наприклад, Т. Андрющенко бере за основу життєві навички, що сприяють фізичному, соціальному, психічному та духовному здоров'ю [1].

Проаналізувавши психолого–педагогічну та методичну літературу з обраної проблеми, ми умовно можемо поділити здоров'язберігаючі технології на: *фізкультурно–оздоровчі* – стретчинг, ритмопластика, різні види гімнастики (пальчикова гімнастика, гімнастика для очей, дихальна гімнастика, гімнастика пробудження), масаж (самомасаж, точковий масаж, Су–Джок терапія), система «Хатха–йога», оздоровчий хортинг, «Са–Фі–Дансе», фітболгімнастика та ін.; *лікувально–профілактичні* – загартування, аромотерапія, фітотерапія, вітамінотерапія тощо; технології забезпечення оптимального психічного і соціального здоров'я дошкільників: – кольоротерапія, казкотерапія, сміхотерапія, музична терапія, арт–терапія, піскова терапія, ігрова терапія, релаксація, аутогенне тренування, психогімнастика тощо.

Ці технології сприяють: гармонійному розвитку особистості дитини, поліпшенню психоемоційного стану дошкільників, підвищенню резервних можливостей дитячого організму, профілактиці захворювань, стимулюванню м'язового тону, розвитку вестибулярного апарату, збереженню та зміцненню фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дітей. Ці засоби створення позитивних емоцій та оптимістичного світовідчуття мають ряд переваг серед інших видів фізичної активності: вони не вимагають великих приміщень і дорогого обладнання для занять, можуть проводитися з дітьми як молодшого, так і старшого дошкільного віку. Тому вихователі повинні докладати чимало зусиль для того, щоб за допомогою цих технологій зберегти і зміцнити ослаблене здоров'я малюків у процесі адаптації до дошкільного навчального закладу.

У дітей можуть спостерігатися погіршення адаптації за різними показниками (фізіологічними, комунікативними, соціальними, пізнавальними, емоційними). Наприклад: загальне ослаблення організму, дитина млява, малорухлива, сон не глибокий, процес засипання неспокійний, можливий з додатковими впливами, дитина часто хворіє, можливі ускладнення, спостерігаються відмови від їжі (особливо вранці); дитина не завжди зайнята діяльністю, активна діяльність змінюється періодами бездіяльності, часто спостерігаються ігри на самоті, її важко залучити до групових ігор, під час заняття дитина пасивна, не намагається досліджувати

нове оточення; мова загальмована, але дитина йде на контакт у відповідь на прохання чи вказівки вихователя, у неї спостерігається наявність певної напруженості у взаєминах з оточенням та у спілкуванням з дітьми; дитина замкнута, мовлення не активне, майже завжди пов'язане зі спогадами про близьких та їхнім приходом до дошкільного навчального закладу, ставлення дитини до близьких – емоційно–збуджене (плач, крик під час розлучення), ставлення до дорослих вибіркове, а до дітей, як правило, байдуже, проте може бути й зацікавленим; нестабільний емоційний стан: дитина не завжди контролює свої емоції та настрої, може швидко переходити від одного емоційного стану до зовсім іншого, з'являються ознаки невротичних реакцій: вибірковість у ставленні до дорослих і однолітків, спілкування лише за певних умов, але задоволена відвідуванням дитячого садка тощо.

Слід звернути увагу на те, що процес адаптації простежується не лише у тих дітей, що тільки–но прийшли до дошкільного закладу, але і у тих, які його вже відвідують. Вони можуть пристосовуватися до різних умов: на початку нового року, після вихідних, після перенесених хвороб, тривалої відсутності, зміни фізичного навантаження та ін. Аналіз наукових праць з проблеми адаптації дітей до дошкільного навчального закладу свідчить, що найчастіше вчені розглядають порушення процесу адаптації у фізіологічній (порушення сну, апетиту, поодинокі захворювання), психоемоційній (плач, погіршення настрою, істерики), соціальній (байдужість до нового середовища, незацікавленість новими іграшками та іграми) та психологічній (відмова від спілкування та ігор з однолітками) площині.

Для покращення протікання процесу адаптації, ми пропонуємо використовувати комплекс здоров'язберігаючих технологій, які будуть направлені на зміцнення, збереження та формування фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дошкільників.

Прихід дитини до дитячого садка супроводжується рядом порушень у їхньому фізичному здоров'ї, а саме: втрачається вага, загострюються алергічні реакції, дитина часто хворіє тощо. Варто звернути увагу на технології фітотерапії, аромотерапії, вітамінотерапії, метою яких є збагачення організму дитини корисними речовинами, усунення імунного дефіциту, потужний вплив на фізичне здоров'я дітей, покращення загального самопочуття та допомога у боротьбі з вірусними хворобами. Так, полоскання порожнини рота відварами лікарських трав, використання відварів лікарських трав (кора дуба, цвіт липи, цвіт ромашки тощо) для профілактики різних захворювань верхніх дихальних шляхів, шлунково–кишкового тракту має оздоровчий ефект. У дошкільних навчальних закладах для лікування і профілактики захворювань доцільно застосовувати також вітамінні коктейлі з ромашки, календули, кисневі коктейлі (натуральні соки, трав'яні сиропи), фіточаї (вітамінний чай з плодів шипшини, горобини, глоду, чаї заспокійливої та гіпоалергенної дії, чаї, що поліпшують травлення). Аромотерапія здійснюється через санацію повітря окремими запахами (аромати цибулі, часнику, м'яти, любистку, чорнобривців, чебрецю,

ромашки, ефірні масла лимону, ялівця, чайного дерева, апельсину) у приміщенні під час відпочинку і сну, ранкової гімнастики, під час занять.

Дітей, у яких спостерігається порушення у соціальній сфері (ігри на самоті, бездіяльність, пасивність тощо) слід залучити до цікавих технологій збереження та стимулювання здоров'я як «Са–Фі–Дансе», стретчинг, оздоровчий хортинг.

Так, програма «Са–Фі–Дансе» поєднує в собі комплекс нетрадиційних видів вправ: ігроритміку, ігропластику, ігротанок, пальчикову гімнастику, ігровий самомасаж, музично–рухливі ігри, ігри–подорожі та спеціальні завдання. Навчання за програмою «Са–Фі–Дансе» створює необхідний руховий режим, тренує серцево–судинну та дихальну систему, формує поставу, розвиває фізичні здібності, позитивно впливає на психоемоційний стан та створює позитивний мікроклімат у колективі [10; 13].

На сьогоднішній день широкого використання набула сучасна здоров'язбережувальна технологія – ігровий стретчинг. Вона передбачає використання комплексів взаємопов'язаних ігрових ситуаційних вправ, спрямованих на розвиток гнучкості тіла, збільшення рухливості суглобів та розтягування м'язів, зміцнення хребта, профілактику плоскостопості. Стретчинг знижує м'язове напруження, а отже, має оздоровчий вплив на весь організм. Вироблені в ході занять рухові навички дають дітям відчуття внутрішньої свободи, впевненості у власних силах, своїй спритності [12, с. 28].

Ще однією сучасною технологією є оздоровчий хортинг. Програма гурткової роботи «Хортинг» розроблена президентом Всесвітньої Федерації Хортингу та впроваджується у роботі з дітьми віком від 3 до 6–7 років у ДНЗ. Під час заняття з елементами українського національного виду спорту хортинг у дошкільному навчальному закладі важливо давати дітям знання про техніку виконання рухів, щоб формування рухових умінь і навичок здійснювалося не тільки через велику кількість повторень, а і впливало на швидкість засвоєння рухів через реалізацію принципу усвідомленості в навчанні. Тим самим, ставиться питання не тільки про формування рухових навичок, але і про прилучення дошкільників до фізичної культури суспільства загалом. У зв'язку з цим такі заняття мають назву фізкультурних, що передбачають передачу дошкільнятам суспільно–історичного досвіду, культури виконання рухів, виробленої людством, специфіки вправ хортингу, які застосовувалися багатьма попередніми поколіннями українців [7].

Для того, щоб негативні емоції не стали перешкодою для дитини в період адаптації, важливо використовувати казкотерапію, оскільки її застосування дає змогу сформувати позитивні моделі поведінки, уникнути негативних емоцій, знизити рівень тривожності, підвищити мотивацію до відвідування дошкільного навчального закладу. Казкотерапія – це створення особливої казкової атмосфери, яка робить мрію дійсністю, огортає все навколо передчуттям дива, дозволяє дитині вступити у боротьбу зі своїми страхами і вийти з неї переможцем, а головне – надає малюку почуття вневненості і захищеності [5]. Для збереження і зміцнення психічного та соціального здоров'я дитини в складний для неї період адаптації, можливе

використання наступних видів казок [11, с. 257]: психодіагностичні казки, за допомогою яких можна дізнатися, які труднощі у дитини виникають в період адаптації, як відчуває себе дитина, в якому соціальному статусі бачить вона себе. Інформація, яку можна отримати при використанні цього виду казок, необхідна для здійснення корекційної роботи; психокорекційні казки, які використовують з метою опосередкованого впливу на поведінку й світогляд дитини, для подолання її психологічних проблем, для коригування тих чи інших рис характеру дитини, що ускладнюють її життя; психотерапевтичні казки розкривають глибинний зміст подій, наводяться приклади історій, за допомогою яких можна побачити проблему з різних сторін; авторські психологічні (або терапевтичні) казки є розповідями про ті життєві ситуації, у яких може опинитися дитина, і про почуття, пов'язані з ними. Ці казки орієнтовані на вирішення певної проблеми або позбавлення дитини конкретного страху. Тому лише правильно підібрані історії потрібним чином діють на особистість дитини.

З метою прискорення адаптації, зниження в окремих дітей гіперактивності, замкнутості, набуття дітьми впевненості, створення сприятливого психологічного клімату, формування комунікативних навичок варто впроваджувати один із різновидів арт-терапії – музикотерапію. Підбір музики залежить від емоційного стану вихованців: якщо дитина відчуває смуток варто звернути увагу на повільну мінорну музику (наприклад: Й.–С. Бах – друга частина Концерту № 5 ре-мінор); відчуття тривоги, роздратування, хвилювання зменшить швидка мінорна музика (Ф. Шопен «Скерцо № 1, К. Дебюссі «Кроки на снігу»); для створення спокійного настрою – повільна мажорна музика (Ф. Шуберт «Аве Марія»); для святкового настрою – швидкі мажорні мелодії (В.–А. Моцарт «Маленька нічна серенада», М.–Ж. Ревель «Болеро») [2, с. 56].

Отже, один із шляхів покращення процесу пристосування дитини до нових умов дошкільного навчального закладу ми вбачаємо у застосуванні здоров'язберезувальних технологій, використання яких забезпечуватиме збереження та зміцнення здоров'я дитини, покращуватиме її психоемоційний стан та формуватиме позитивне ставлення до дитячого садка.

Проте, використання здоров'язберігаючих технологій лише як окремої форми роботи недостатньо. На нашу думку, їх можна застосовувати під час проведення різних занять (з фізичної культури, математики, мовлення, грамоти тощо), під час прогулянки, ранкової гімнастики та різних режимних моментах (вкладання спати та підйом дітей після сну, умивання, одягання та ін.).

Отже, впровадження здоров'язберезувальних технологій у дошкільному навчальному закладі спрямоване на розв'язання пріоритетного завдання сучасної дошкільної освіти – збереження, зміцнення і примноження фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дітей дошкільного віку. Їх використання у процесі адаптації до дошкільного навчального закладу поліпшить звикання малюків до нових умов, покращить психоемоційний стан дошкільників, викличе бажання відвідувати дошкільний навчальний заклад.

Список використаних джерел

1. Андрищенко Т. Здоров'язбережувальні технології як засіб формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – 2012. – № 27. – С. 6–10.
2. Бондар Л.М. Використання методів арт–терапії в роботі з дітьми дошкільного віку // Педагогічний пошук. – 2014. – № 1. – С. 54–57.
3. Васильєва Н.К. вопросу о социально–психологической адаптации // Дошкольное воспитание. – 2010. – № 8. – С. 16–18.
4. Дошкільна освіта : словник–довідник : понад 1000 термінів, понять та назв / Упор. К.Л. Крутій, О.О. Фунтікова. – Запоріжжя: ТОВ «ЛПС» ЛТД, 2010. – 324 с.
5. Дубинська О. Казкотерапія як засіб розвитку творчих здібностей дошкільників // Психолог дошкілля. – 2014. – № 10.– С. 12–13.
6. Ерохина И.А. Здоровьесберегающие технологии в профилактике наркозависимости подростков: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.02. – Тамбов, 2005. – 272 с.
7. Коломоець Г. Оздоровлювальний хортинг у ДНЗ // Дитячий садок. – 2015. – С. 22–27.
8. Лісневська Н.В. Педагогічні умови створення здоров'язберігаючого середовища в дошкільному навчальному закладі: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.08. – К., 2016. – 345 с.
9. Митяєва А. М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. завед. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – 192 с.
10. Пангелова Н., Москаленко О. Оздоровчо–розвивальна програма «Са–Фі–Дансе» як засіб корекції фізичного стану дітей старшого дошкільного віку // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 2. – С. 21–23.
11. Трегуб О. Казкотерапія в роботі практичного психолога ДНЗ // Таврійський вісник освіти. – 2017. – № 1 (57). – С. 255–260.
12. Харматова В. Ігровий стретчинг – сучасний засіб зміцнення здоров'я // Дошкільне виховання. – 2014. – № 9. – С. 28–31.
13. Ярмошенко О. Са–Фі–Дансе. Інновації в роботі інструктора з фізкультури // Дитячий садок. – 2015. – С. 7–9.

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОГО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО УРОКУ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ (Ващенко О.М.)

На сьогодні сучасну початкову школу не можна уявити без розуміння вчителем важливості та необхідності запровадження в навчально-виховний активне здоров'язбережувальних освітніх технологій, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я учнів. Ці технології, перш за все, мають на меті проведення здоров'язбережувальних уроків.

Науковці доводять, що зміст здоров'язбережувального уроку поєднує триєдине уявлення про здоров'я дитини (фізичне, психічне, соціальне), безпеку від перевантажень; відповідність змісту й організації навчання віковим особливостям школярів, чергування видів активізації правої та лівої півкулі головного мозку, пріоритет активних методів навчання, зміну пози учнів з урахуванням видів діяльності, пробудження в дітей позитивних емоцій і почуттів та ін. [1; 2; 4; 5; 6].

Вони також зазначають, що сучасний здоров'язбережувальний урок вимагає від учителів дотримання певних принципів, серед яких виокремлено такі [5]:

- принцип «Не зашкодь!» (методи, прийоми та засоби навчання та виховання, що сприяють збереженню здоров'я дітей);
- принцип відповідності змісту та організації навчання віковим особливостям учнів (об'єм навчального навантаження та складність матеріалу мають відповідати віку дітей);
- принцип суб'єкт–суб'єктної взаємодії (дотримання рівноправного партнерства в процесі навчання та виховання учнів);
- принцип створення ситуації успіху (акцентування уваги на позитивних проявах та особистісних досягненнях учнів);
- принцип активності та попередження стомлюваності учнів (проведення заходів в режимі навчального дня: гімнастика до занять, фізкультхвилинки, динамічні перерви, фізкультпаузи, «години здоров'я», рухливі ігри);
- принцип гармонізації (навчання учнів через активне мислення та естетичне сприймання образів, висловів, почуттів);
- принцип гуманізації (активне ставлення до учнів, повага до них);
- принцип особистісно орієнтованого навчання;
- принцип інструментальності (знання і вміння, що формуються в учнів, можуть бути застосовані ними у всіх життєвих сферах);
- принцип випереджувального розвитку (ознайомлення з фрагментами навчального матеріалу, що буде вивчатися надалі);
- принцип потенціальної інтелектуальної безпеки (ознайомлення учнів з природовідповідною інформацією, що не перевантажує мозок та орієнтує на активне сприйняття навчального матеріалу);
- принцип креативності (виконання учнями творчих завдань, що сприяють формуванню творчих здібностей учнів);
- принцип інноваційності (ознайомлення учнів з найсучаснішими досягненнями науки та культури; використання вчителем новітніх методик та технологій у навчально-виховному процесі);
- принцип превентивності (профілактика негативних проявів поведінки учнів, формування навичок захисту від негативних впливів навколишнього середовища).

Від правильної організації уроку залежить здатність педагога тривалий час підтримувати розумову працездатність дітей на високому рівні й запобігати передчасній втомлюваності. Для успішного засвоєння учнями навчального матеріалу та збереження їхнього здоров'я необхідно дотримуватися певних психолого-педагогічних умов організації уроку: врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей; використання ефективних методів навчання, різноманітних видів підтримки учнів, диференційованого підходу до дітей із різними можливостями; запровадження різних рівнів складності навчальних завдань, коментування

правильності їх виконання; оцінювання навчальної діяльності за допомогою порівняння навчальних досягнень учня не з досягненнями інших, а з особистими успіхами в навчанні [6].

Основними вимогами сучасного здоров'язбережувального уроку є: *санітарно-гігієнічні*: санітарно-гігієнічний режим; освітлення; відповідний тепловий режим; ергономічність кольорового забарвлення приміщення; відповідність парт зросту і віку учнів та ін.; *організаційно-навчальні*: чергування видів навчальної діяльності учнів; оптимальний розподіл навчального матеріалу; профілактика втомлюваності учнів та ін.; *навчально-методичні*: зв'язок теми, мети, змісту уроку з життям і здоров'ям людини; наявність акцентів на здоров'язбережування; спрямування уроку на формування в учнів здоров'язбережувальної компетентності та ін.

Основним з найважливіших напрямів діяльності загальноосвітнього закладу є забезпечення необхідних санітарно-гігієнічних умов внутрішнього середовища, зокрема [4]: санітарно-гігієнічний режим; озеленення приміщень школи і класів; контроль за температурним режимом (відповідний тепловий режим); провітрювання; вологе прибирання; іонізація; ароматизація повітря; відсутність монотонних звукових подразників; контроль за штучним освітленням; забезпечення санітарно-гігієнічної відповідності шкільних меблів, відповідність парт зросту і віку учнів; контроль за чистотою класних кімнат; дотримання гігієнічних вимог до поліграфічної продукції для дітей; ергономічність кольорового забарвлення приміщення; тривалість застосування ТЗН згідно з санітарно-гігієнічними вимогами.

Належне оформлення шкільного приміщення забезпечує фізичне і психічне здоров'я вчителів та учнів, допомагає сформуватися кожній дитині як особистості.

Проведення здоров'язбережувального уроку також вимагає від учителя недопущення перевантаження учнів, що потребує зміни видів діяльності – інтелектуальної, емоційної, рухової; чергування групової та парної форм роботи; проведення ігор, нестандартних, ігрових уроків; створення середовища доброзичливості, позитивного емоційного налаштування.

Організаційно-навчальні вимоги до сучасного здоров'язбережувального уроку включають: оптимальний розподіл навчального матеріалу; доцільність навчального навантаження учнів протягом уроку; щільність уроку – 60–80%, середньо-швидкий темп уроку; застосування протягом уроку динамічних пауз, фізкультурних хвилинок; профілактику втомлюваності учнів; диференційовані домашні завдання.

Починаючи від привітання і до останньої хвилини уроку, педагогу доцільно так організувати навчання, щоб не втрачати особистісно стимулюючого контакту. Тобто спілкування між вчителем та учнями має бути вмотивованим не тільки навчальним, а й умінням відчувати стан учня, його труднощі. Кожний урок має бути неповторним, цікавим та різноманітним.

Доброзичливість учителя, виважена поведінка, увага до кожної дитини, позитивна реакція на бажання висловити свою точку зору, тактовне

виправлення помилок, доречний гумор, створення ситуації успіху дозволяють позитивно налаштувати учнів на навчання, розкрити їх здібності. Це, у свою чергу, допомагає дітям досягти певних успіхів, краще зрозуміти навчальний матеріал, запам'ятати його та зрозуміти вимоги вчителя. Найважливішою складовою здоров'язбережувального уроку науковці визначають психологічний комфорт учнів і самого вчителя, атмосферу взаємодовіри, підтримки та успішності [8].

Головною вимогою здоров'язбережувального уроку є те, що дітям доцільно певний час знаходитися у стані рухової активності (фізкультхвилинки, рухливі дидактичні ігри та ін.). Ці заходи мають оздоровчий ефект, а також сприяють високій працездатності. Встановлено, що в результаті рухової діяльності поліпшується мозковий кровообіг, активізуються психічні процеси, поліпшується функціональний стан центральної нервової системи учнів. Виняткове значення мають фізкультхвилинки, оскільки діти швидко втомлюються внаслідок одноманітної діяльності. Внутрішнє гальмування призводить до зниження уваги учнів, а короточасне виконання фізичних вправ викликає збудження в інших ділянках головного мозку, що сприяє відпочинку. Тому фізкультхвилинки мають стати обов'язковим елементом кожного уроку. Вони повинні тривати мінімум 1,5–2 хв. І містити вправи переходу від сидіння до стояння (5–10 разів), ходіння на місці, вправи з поворотами та нахилами тулуба, вправи для рук і пальців, дихальні вправи та ін. [3, с. 33–34].

Відповідно до рекомендацій А. Хрипкової, фізкультхвилинки найкраще проводити в моменти максимального спаду працездатності й виникнення у дітей ознак стомлення: у 1–2 класах – через кожні 15–17 хв. Уроку (2 рази за урок); при виконанні домашніх завдань учнями 1–4 класів через кожні 30–40 хв. Роботи [10].

Чинниками зниження напруги, подолання перевтоми, активізації позитивних фізіологічних процесів в організмі учнів є також наявність на уроці емоційних розвантажень: жартів, посмішок, гумористичних картинок, приказок, афоризмів з коментарями, невеликих віршів, музично-ритмічних, емоційно-голосових вправ антистресової спрямованості. В ході уроку доцільно використовувати елементи музикотерапії, ігротерапії, арт-терапії, казкотерапії тощо. За свідченнями науковців, музика, малювання, казка та гра поліпшують взаємодію між півкулями мозку, стимулюють їхню діяльність. Емоційне збудження від прослуховування казки, виконання пісні, участі у грі поліпшує увагу, активізує взаємодію кори і підкірки головного мозку, що стимулює інтелектуальну діяльність, підвищує працездатність [9].

Окрім того, такі види діяльності сприяють створенню в класі позитивної психологічної атмосфери. Якщо всі завдання, запропоновані вчителем, мають яскраво виражений емоційний ефект та несуть інтелектуальне навантаження в інтерактивній формі, то освітній набуває творчого характеру. Включення дитини у творчий, пошук рішень сприяє її розвитку, знижуючи при цьому стомлення. Означене досягається використанням на уроках: різних завдань, що сприяють вирішенню

проблемних ситуацій; завдань творчого змісту (скласти задачу, тест, придумати загадку тощо); фантазування; методів, які підвищують активність, творче самовираження та пропонують учням вільний вибір (вибір дії, способу взаємодії, свобода творчості тощо); активних методів через вправління (учень в ролі вчителя, навчання дією, обговорення, рольова гра, дискусія, учень як дослідник); методів, спрямованих на самопізнання і розвиток інтелекту, емоцій, спілкування, уяви, самооцінки і взаємооцінки. Щоб підтримувати емоційну активність учнів протягом уроку доцільно використовувати прийом контрасту: змінювати емоційно насичений фрагмент уроку спокійнішим, напружену колективну роботу – індивідуальними завданнями тощо [7].

Науковці вважають, що урок, організований на основі принципів здоров'язбереження, не повинен призводити до того, щоб учні закінчували навчання з вираженими формами втоми. Втома викликає тимчасове погіршення функціонального стану дитини, що проявляється у зниженні працездатності, неспецифічних змінах фізіологічних функцій і суб'єктивному відчутті втоми. Але втому не слід розглядати тільки як негативний феномен. Це захисна, охоронна реакція організму, стимулятор його відновних процесів і підвищення функціональних можливостей. Негативний вплив на організм викликає хронічна втома, що переростає у перевтому. З огляду на це, важливим аспектом є обізнаність учителя щодо сутності втоми, її зовнішніх ознак, з педагогічними засадами її запобігання й подолання. Знижуючи втому, підтримуючи і відновлюючи працездатність учнів, контролюючи її зміну під час навчання, вчитель сприятиме здоров'язбереженню учнів [4].

Видатний фізіолог М. Введенський визначив умови збереження працездатності школярів протягом уроку та навчального дня, назвавши їх «азбукою праці»: 1) у будь-яку працю потрібно входити поступово; 2) дотримання принципу послідовності праці. Робота ривками, «за натхненням» не може бути ефективною; 3) робота, сон, відпочинок, харчування повинні бути ритмічними, розміреними.

Щодо часового виміру уроку «азбука праці» діє таким чином: перші 10 хв. Відбувається входження в роботу, яке характеризується поступовим підвищенням працездатності дітей; наступні 25 хв. – час найбільш продуктивної навчально-пізнавальної діяльності. На нього припадає інтенсивне засвоєння матеріалу, самостійна творчість учнів, розв'язання навчальних завдань. Останні 10 хв. Уроку – час поступового зниження працездатності учнів; у кінці уроку вони рефлексивно реагують на дзвінок як сигнал до відпочинку [8].

Оскільки важливим елементом здоров'язбережувальних освітніх технологій є здоров'язбережувальний урок як форма організації навчання, яка забезпечує дитині та вчителю збереження та підвищення запасу їхніх життєвих сил від початку до кінця уроку, на практиці можна використовувати уроки з елементами тренінгу. Особливостями такого здоров'язбережувального уроку є: розташування дітей у класі таким чином, щоб вони змогли відчувати себе в колективі та творчому взаємозв'язку,

єдність спілкування та діяльності; емоційне налаштування на сприйняття навчального матеріалу, що дозволяє зняти емоційну напругу, яка могла з'явитися раніше. Це може реалізовуватися, наприклад, через привітання в парах, міжособистісне спілкування (створення ситуації прощання та взаємодячності, взаємоповаги) [5].

Таким чином, завдання, які ставлять перед собою учителі щодо формування в учнів стійкої мотивації до ведення ними здорового способу життя, можуть бути вирішені тільки за умови комплексного використання в навчально-виховному процесі початкової школи різних методів та форм здоров'язбережувальної діяльності, тобто вчитель має: сприяти створенню на уроці позитивного психологічного середовища; формувати в кожного учня мотивацію на здоровий спосіб життя та досягнення успіху в навчанні; використовувати ефективні методи навчання; спрямовувати урок на розвиток в дітей певних життєвих навичок, формування здоров'язбережувальної компетентності, цінності особистого здоров'я; дотримуватися гігієнічних вимог до проведення уроку; враховувати періоди працездатності учнів; здійснювати розподіл інтенсивності розумової діяльності учнів та ранжування навчального матеріалу уроку за ступенем складності, новизни, актуальності; враховувати вікові та психологічні особливості дітей; правильно використовувати на уроці елементи музикотерапії, казкотерапії, кольоротерапії, арт-терапії, фізкультхвилинок та релаксаційних пауз.

Отже, тільки за умови врахування вищезазначених вимог буде виконана мета сучасного здоров'язбережувального уроку в початковій школі – формування фізично здорової, емоційно врівноваженої та соціально адаптованої особистості дитини.

Список використаних джерел

1. Бібік Н., Коваль Н. Основи здоров'я в початковій школі: методичний коментар // Початкова школа. – 2005. – С. 42–47.
2. Ващенко О., Свириденко С. Здоров'язберігаючі технології: сутнісна характеристика // Здоров'язберігаючі технології в навчальному закладі. – К.: Шк. світ, 2009. – С. 5–12.
3. Ващенко О.М., Єрмолова В.М., Іванова Л.І., Романенко Л.В. Фізкультурно–оздоровчі заходи в режимі навчального дня молодшого школяра. – Кам'янець–Подільський: Абетка, 2003. – 192 с.
4. Гончаренко М.С., Ткаченко Г.В., Самойлова Н.В. Валеологічне розвантаження школярів протягом навчального процесу: навч.–метод. посібник для вчителів. – Х.: Вид. група «Основа», 2005. – 72 с.
5. Омельченко Л.П., Омельченко О.В. Здоров'ятворча педагогіка. – Х.: Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.
6. Савченко О. Реалізація оздоровчої функції шкільної освіти // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2002. – № 4. – С. 11–18.
7. Сущева І.В. Формування здорового способу життя гімназистів 1–4 класів у навчально–виховному процесі: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / АПН України. – Ін–т проблем виховання. – К., 2003. – 19 с.
8. Федоренко Л.Г. Психологическое здоровье в условиях школы: Психопрофилактика эмоционального напряжения. – СПб.: КАРО, 2003. – 208 с.
9. Халемский Г.А. Школа – территория здоровья // Педагогика. – 2005. – № 3. – С. 42–46.
10. Хрипкова А.Г., Антропова М.В., Гарбер Д.А. Возрастная физиология и школьная гигиена: Пособие для студентов пед. вузов. – М.: Просвещение, 1990. – 319 с.

ТЕХНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

(Романенко Л.В., Романенко К.А.)

Проблема збереження, зміцнення та формування здоров'я молодшого покоління турбують освітян, ще з часу виникнення педагогіки як науки. Починаючи з 80-х років ХХ сторіччя, дослідники різних галузей відзначали негативні тенденції у стані здоров'я дітей, підлітків та молоді, і стало зрозуміло, що в освіті має здійснюватися педагогічна діяльність у трьох взаємопов'язаних напрямках – формування, зміцнення та збереження здоров'я вихованців.

Поняття «здоров'я» є наскрізною категорією, бо використовується в багатьох галузях науки, в яких досліджуються проблеми існування та діяльності людини, функціонування її організму (філософія, біологія, медицина, соціологія, психологія, педагогіка, валеологія тощо). Здоров'я є фундаментальною характеристикою життя людини і внаслідок тривалої історії свого вивчення й дослідження фахівцями різних наукових напрямів має пенні визначення, яких деякі дослідники нараховують біля 300 [2]. У педагогічній літературі найбільшого поширення вибуло визначення здоров'я, що подане у статуті ВООЗ: здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад [12]. У цьому визначенні ВООЗ здоров'я містить три складові: фізичне, душевне та соціальне здоров'я.

Усі складові здоров'я (фізична, соціальна, психічна і духовна) тісно пов'язані між собою: на базі фізичного здоров'я розвивається соціальне здоров'я, на основі фізичного та соціального формується психічне і, як вершина, формується духовне здоров'я людини. Тому в працях В. Горашука [6], В. Оржеховської [11], С. Омельченко [10], Т. Бойченко [2] та багатьох інших проблема здоров'я, формування здорового способу життя розглядається холистично, цілісно. Для нашого дослідження цілісний погляд на здоров'я визначаємо в якості методологічного підґрунтя. Вважаємо, що формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів має відбуватися цілісно, а не окремо для фізичної, психічної та соціальної складових.

У контексті нашого дослідження здоров'я в освітній діяльності виступає в якості предмета. Отже, у процесі навчально-виховної діяльності має забезпечуватися і збереження, і зміцнення, і формування здоров'я вихованців. Беручи до уваги визначення здоров'я та його складових, можна стверджувати, що всі терміни, які використовуються в педагогічній літературі з коренем «здоров'я» стосуються стану організму, здатності особистості до саморегуляції поведінки, різних аспектів самопочуття та благополуччя людини тощо. Підтвердження цієї думки знаходимо також і в тлумачних словниках, де здоров'я найчастіше визначається як стан

організму, за якого нормально функціонують всі його органи, або той чи інший стан, самопочуття людини [4, с. 262].

Проаналізуємо трактування понять «збереження», «зміцнення» і «формування» з позиції теми дослідження. Звертаючись до словників, знаходимо, що термін «збереження» є похідним від слова «зберігати» й означає дію та стан: 1) оберігати, тримати цілим, не давати пропасти, зникнути; дбаючи, тримати що–небудь у доброму стані, намагатися залишити незмінним; 2) тримати що–небудь у певних умовах, оберігати від псування, руйнування; оберігати, захищати від чого–небудь згубного; 3) дбайливо ставитися до чого–небудь, не розтрачувати чогось; продовжувати залишатися в якому–небудь стані, не втрачати якихось ознак, властивостей, якостей [4, с. 257]. «Зміцнення» означає дію за значенням дієслова «зміцнювати»: 1) робити міцнішим, стійкішим; укріплювати; робити що–небудь надійнішим, більш сталим, постійним; 2) загартовувати кого–, що–небудь; робити стійкішим, здоровішим, витривалішим; робити духовно, морально сильнішим, міцнішим [4, с. 374]. Як було зазначено вище, «формування» означає дію за значенням дієслів «формувати» і «формуватися»: 1) надавати чому–небудь певної форми, вигляду тощо; 2) виробляти в кому–небудь певні якості, риси характеру і т. ін; 3) надавати чому–небудь завершеності, визначеності; 4) визначати, встановлювати, намічати що–небудь [4, с. 1329]. У педагогіці він означає спрямований розвиток особистості або яких–небудь її сторін, якостей під впливом виховання і навчання [8, с. 14].

Отже, збереження, зміцнення й формування здоров'я передбачає діяльність із забезпечення здоров'я учасників навчально–виховного процесу, причому не просто його (здоров'я) утримання на постійному рівні, а й намагання зробити організм міцнішим, стійкішим до негативних чинників довкілля. Тому діяльність педагогічного й учнівського колективів має бути спрямована на забезпечення здоров'я в трьох різних аспектах: збереження, зміцнення та формування.

Аналіз психолого–педагогічної літератури, яка стосується проблеми здоров'я дітей, підлітків і молоді, дозволяє стверджувати, що найбільш вживаними поняттями є «здоров'язбереження», «здоров'язберігаючі або здоров'язбережувальні технології», «здоров'язбережувальна діяльність», «здоров'язбережувальне середовище», «здоров'язбережувальний навчально–виховний процес», «здоров'язбережувальна компетентність», які окреслюють тільки збереження здоров'я. Поширене поняття «здоров'язбережувальні технології» має неоднозначне тлумачення. З погляду науковців Інституту вікової фізіології Російської академії освіти, і з цим не можна не погодитися, термін «здоров'язбережувальні технології» взагалі не відповідає тим формам і видам діяльності, які проводяться в навчальних закладах з метою збереження та зміцнення здоров'я дітей, підлітків та молоді.

У педагогіці, «педагогічна технологія» визначається як сукупність засобів і методів відтворення теоретично обґрунтованих процесів навчання і виховання, які дозволяють успішно реалізовувати освітні цілі. Педагогічна

діяльність, як окремий вид соціальної діяльності передбачає навчання й виховання підростаючого покоління відповідно до накопиченого досвіду людства і замовлення суспільства. Освітні цілі педагогічної діяльності визначені в Законі України «Про освіту» як передбачають всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, розвиток її талантів, розумових і фізичних здібностей, виховання високих моральних якостей, формування громадян, здатних до свідомого суспільного вибору, збагачення на цій основі інтелектуального, творчого, культурного потенціалу народу, підвищення освітнього рівня народу, забезпечення народного господарства кваліфікованими фахівцями. Таким чином, освітня мета передбачає результат у навчанні, вихованні її розвитку людини. Мета ж здоров'язбережувальних – збереження здоров'я, а це не може бути основною метою окремої освітньої технології. Вважаємо, що збереження здоров'я можна розглядати як умову для досягнення мети освіти й педагогічної діяльності загалом. Слушною є думка О. Коточигової, що збереження здоров'я треба розглядати як якісну характеристику будь-якої педагогічної освітньої технології. При цьому, підкреслює автор, методологія професійно-педагогічної діяльності має відповідати задачі збереження, зміцнення та формування здоров'я суб'єктів навчально-виховного процесу і можливості досягнення цього в рамках запропонованої технології [9].

Одним із зауважень щодо використання термінів, похідних від «збереження» і «здоров'я», є те, що здоров'я не може бути сталим впродовж усього життя людини, бо паралельно з розвитком організму змінюється (поліпшується або погіршується) й стан фізичного, психічного та соціального благополуччя людини.

Важливо підкреслити, що утворені від поняття «збереження» терміни нівелюють можливості освіти у сфері зміцнення й формування здоров'я вихованців. Отже, на нашу думку, недоцільно використовувати ці терміни, зокрема «здоров'язбережувальна діяльність освітнього закладу», бо він обмежує розуміння завдань, пошук педагогічних форм, методів і засобів, що стосуються збереження, зміцнення та формування здоров'я учнів. Поява таких понять, як «здоров'яформувальний потенціал», «здоров'яформувальна функція», «здоров'яформувальна технологія» свідчить про те, що в освіті активізувалися дослідження, спрямовані на формування здоров'я дітей, підлітків і молоді. При цьому обов'язково треба враховувати, що педагогічна діяльність тільки сприяє формуванню бажаних якостей, рис, станів особистості, скеровує розвиток. Вихованець же є не тільки об'єктом навчання та виховання, а й їхнім суб'єктом. Елементи саморозвитку, самовиховання й самоосвіти відіграють значну роль у становленні особистості. Слід зауважити, що у процесі вивчення понять «здоров'яформувальний потенціал», «здоров'яформувальна функція» тощо поза увагою педагогів залишаються проблеми збереження і зміцнення здоров'я.

За тлумачними словниками, праця, дії людей у якій-небудь галузі, застосування своєї праці до чого-небудь означає «діяльність» [4, с. 115]. Отже, в контексті нашого дослідження діяльність щодо збереження здоров'я

учнів можна назвати «здоров'язбережувальною»; діяльність щодо зміцнення їх здоров'я – «здоров'язміцнювальною»; діяльність щодо формування здоров'я – «здоров'яформувальною». Аналіз подібних понять свідчить про їх недосконалість і обмеженість. На практиці ці види педагогічної діяльності настільки взаємопов'язані між собою, що виокремити діяльність, де результатом є тільки збереження здоров'я без його формування й зміцнення, практично неможливо і навпаки. Дослідження освітньої діяльності зі збереження, зміцнення та формування здоров'я учнів навчальних закладів привели О. Єжову до створення поняття «здоров'яспрямована діяльність». Здоров'яспрямованою діяльністю у навчальному закладі, О.Єжова визначає як, сукупність планомірних освітніх дій та заходів, зосереджених на збереженні й зміцненні здоров'я учнів шляхом сприяння формуванню в них ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших [7, с. 47].

Аналіз психолого–педагогічних напрацювань дає можливість стверджувати, що в якості суб'єкт–об'єкта здоров'яспрямованої діяльності виступають викладачі та учні; предмета – здоров'я як стан людини; методів, форм і засобів діяльності – різноманітні психолого–педагогічні методи, форми, засоби, які адекватні поставленій меті (формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів початкової школи) і дозволяють досягти запланованого результату.

Питаннями розробки і впровадження здоров'язбережувальних, здоров'язміцнювальних та здоров'яформувальних заходів в навчальні заклади займаються О. Аксьонова, Т. Бережна, В. Бобрицька, Т. Бойченко, Ю. Бойчук, Е. Булич, О. Ващенко, І. Волкова, М. Гончаренко, М. Гриньова, О. Міхеєнко, І. Мурахов, І. Петренко, В. Оржеховська, С. Свириденко та інші.

Упровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій, на думку І. Волкової та О. Ващенко, пов'язано з використанням медичних (медико–гігієнічних, фізкультурно–оздоровчих, лікувально–оздоровчих), соціально–адаптованих, екологічних здоров'язбережувальних технологій [3; 5].

Здоров'язбережувальні технології є різновидом педагогічних, мета яких не лише в збереженні здоров'я учнів, а й у зміцненні і формуванні ціннісного ставлення до здоров'я у процесі навчання і виховання. О. Єжової, вважає, за доцільне використовувати лексеми «педагогічні технології, спрямовані на формування ціннісного ставлення до здоров'я», замість «здоров'язбережувальні технології». У педагогічній системі формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів початкової школи мають застосовуватися основні та додаткові технології, які гарантують одержання результату: підвищення рівнів ціннісного ставлення до здоров'я учнів.

Отже, технологічні особливості формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів початкової школи мають відповідати технологічним засадам навчально–виховної діяльності, а саме з діяльності педагога та діяльності учня. І. Бех зазначав, що діяльність учнів виникає і формується у процесі навчання і виховання, педагог керує її становленням [1]. Ефективність педагогічної діяльності визначається ефективністю формування власної діяльності учнів, оскільки саме на її основі відбувається їхній розвиток.

Отже, технологічні особливості формування ціннісного ставлення до здоров'я пов'язані з діяльністю учнівського та педагогічного колективів і стосуються її спрямування на збереження, зміцнення й формування здоров'я в учасників навчально–виховного процесу початкової школи. Технології, засоби, методи, які перетворюють діяльність учнів і педагогів у здоров'яспрямовану, будуть становити технологічні особливості процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я в системі початкової школи.

У навчально–виховному процесі початкової школи, враховуючи особливості розвитку молодших школярів, доцільне використання методів: формування свідомості та ціннісних орієнтацій (оповідання, бесіди, переконання, методи позитивного прикладу, ціннісно–сміслові поради, настанови, проекти), формування суспільної поведінки (вправлення, привчання, доручення, створення педагогічних ситуацій, методи педагогічної вимоги, громадської думки), методи стимулювання діяльності й поведінки (заохочення, рольова гра, змагання, емоційний вплив), методи рефлексії (спостереження, бесіда, самоаналіз, самооцінка, самоконтроль, самокорекція).

Пропонуємо творчий міжпредметний проект для учнів 1–4 класів «Здоров'я дитини – багатство родини! Здоров'я народу – багатство країни!» реалізований студентами–практикантами Київського університету імені Бориса Грінченка (О. Товкач, О. Давиденко) під час виробничої педагогічної практики на базі Копачівської ЗОШ І–ІІ ст. Ця робота спрямована на формування позитивної мотивації щодо ведення здорового способу життя та ціннісного ставлення до власного здоров'я учнів початкової школи.

Картка учасників колективного проекту *«Здоров'я дитини – багатство родини! Здоров'я народу – багатство країни!»*

Школа: Копачівська ЗОШ І–ІІ ст., Обухівського р–ну, Київської обл.
Клас: 4 клас

Група: Діана Ф., Марія М., Сергій П., Андрій Г., Оксана Б., Ксенія Р., волонтери: Каріна Ф., Ярослав М.

Наш міні–проект: Вплив природних чинників на стан здоров'я людини

Мета проекту: з'ясувати значення природних факторів та їх вплив на здоров'я людини, ознайомитись з народними методиками оздоровлення організму дитини, формувати здоровий спосіб життя.

Основні завдання:

- збір інформаційного матеріалу теорії та досвіду практики з питань формування здорового способу життя, профілактики небезпечної для здоров'я та життя поведінки в школі й побуті;
- створення архіву інформаційно–освітніх матеріалів;
- проведення діалогів, зустрічей, свят, змагань, конкурсів, естафет ділових ігор для надання можливостей учням реалізувати власні інтереси та інформаційні потреби в дружньому неформальному середовищі, власні ініціативи шляхом залучення до пропаганди здорового способу життя.

Нам знадобиться під час проекту: інтернет–ресурси, бібліотечний фонд сільської бібліотеки; консультації лікарів педіатра, гомеопата,

фізіотерапевта; вчителів біології, географії, українознавства, хімії, фізичної культури; фахівців екології та генетики.

Нам слід прочитати: 1. Ващенко О., Свириденко С. Як створити Школу сприяння здоров'я. – К.: Шк. світ, 2008. – 112 с.

2. Воропай О. Звичаї нашого народу. Етнографічний опис. I, II част. – Київ, 1991. – 453 с., 445 с.

Ми будемо звертатися по допомогу і поради: народного цілителя нашого села Ольги Калістратовни Глущенко, знавця лікарських рослин Бориса Михайловича Дзюби, настоятеля храму Казанської Божої Матері отця Володимира.

План виконання роботи:

- Обговорення у класі важливості проблеми. Висловимо пропозиції щодо форм розв'язання завдань, шляхів досягнення та представлення результату.

- Визначимо джерела потрібної інформації. Розподілимо обов'язки між учасниками.

- Зберемо необхідний матеріал. Аналіз та систематизація матеріалів.

- Обговорення забраного матеріалу. Виготовимо кінцевого продукт проекту.

- Захист проекту: Презентація усного журналу «Людина в радіаційному середовищі», Семінар–практикум «Традиційні та нетрадиційні системи загартування», Свято здоров'я «Тато, матуся і я – здорова сім'я» та буклет «Наші друзі – лікарські рослини», пам'ятка здоров'я «Я – першокласник».

- Підіб'ємо підсумки:

Чи ми виконали те, що задумали? Так!

Що було зроблено добре? Аналіз першоджерел і народними цілителями. та пізнавальне спілкування з цікавими фахівцями.

Що особливо запам'яталось? Міні–експедиція «Лікарські рослини рідного краю» під керівництвом знавця лікарських рослин Бориса Михайловича Дзюби.

Кому ми хотіли б подякувати за допомогу? Кураторам проекту О. Товкач, О. Давиденко, фельдшеру ФАПУ Л. Пальцун, народному цілителю О. Глущенко, знавцеві лікарських рослин Б. Дзюбі, настоятелю храму Казанської Божої Матері отцю Володимирі.

Хто міг би нам подякувати за цей проект? Громада села Копачів, вихователі дитячого садка «Джерельце».

Як дорослі оцінили нашу роботу? Добре.

Як друзі оцінили нашу роботу? Добре.

- Висунемо прогностичну тему наступного проекту: *Абетка здорового харчування: традиції, звичаї, перспективи.*

Отже, технологічні особливості процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів початкової школи полягає у системному поєднанні принципів, засобів, методів, елементів педагогічної майстерності

спрямованих на турботу про збереження здоров'я і залучення до формування цінності здоров'я в учнів у процесі здобуття початкової освіти.

Список використаних джерел

1. Бех І.Д. Психологічні джерела виховної майстерності: навч. посіб. – К.: Академвидаи, 2009. – 248 с.
2. Бойченко Т.Є. Освітні програми формування здорового способу життя молоді. –К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2005. – 120 с.
3. Ващенко О.М., Буряк Н.Б. Формування в майбутніх учителів компетентності використання здоров'язбережувальних освітніх технологій в навчально-виховному процесі початкової школи // Перлини наукового пошуку: зб. наук. статей – Хмельницький: ХМЦНІ, 2013. – 350 с.
4. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад, і гол. ред. В.Т. Бусел. – К., Ірпінь: Перун, 2003. – 1440 с.
5. Волкова І.В. Поняття «здоров'язберігаючі технології» та їх класифікації. – Х., 2008. Інтернет ресурс. http://edu-post-diploma.kharkov.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=712
6. Горашук В.П. Формування культури здоров'я дітей та учнівської молоді засобами масової інформації // Проблеми освіти: наук.-метод, зб. – К.: ПТЗО, 2006. – Вип. 49. – С. 48–52.
7. Єжова О.О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів: монографія. – Суми: Вид-во «МакДен», 2011. – 412 с.
8. Коджаспирова Г.М. Педагогика в схемах, таблицях и опорних конспектах. – М.: Айрис-пресс, 2007. – 256 с.
9. Коточигова Е.В., Киселева Т.Г., Терещук М.Н. Активизация педагогического мышления как основа реализации здоровьесберегающих технологий в ДОУ и начальной школе [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.iro.yar.ru:8101/%20resource/distant/preschool_education/health/healthfl
10. Омельченко С.О. Теоретичні та методичні основи взаємодії соціальних інститутів суспільства в формуванні здорового способу життя учнів загальноосвітніх навчальних закладів: автореф. дис. ... докт. пед. наук: спец. 13.00.05. – Луганськ, 2008. – 44 с.
11. Оржеховська В.М. Духовність і здоров'я. – Черкаси: ПП Чабаненко Ю.А., 2007. – 216 с.
12. Устав Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная Организация Здравоохранения. – Режим доступа : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМНО-АПАРАТНИХ ЗАСОБІВ В УМОВАХ ОСНОВНОЇ ШКОЛИ

(Сухих А. С.)

На сучасному етапі розвитку суспільства інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) та програмно-апаратні засоби (ПАЗ), як їх підклас, стали невід'ємною частиною життя людини, інтегруючись в усі сфери суспільної діяльності. Впродовж останніх десятиліть вони перетворилися на вектор світового прогресу, базис та потужний каталізатор розвитку інформаційного суспільства. Значних перетворень зазнала освітня сфера, зокрема загальна середня освіта: впровадження ПАЗ сприяло розширенню спектра дидактичного інструментарію, підвищенню ефективності та якості засвоєння

навчального матеріалу, новим можливостям для вдосконалення педагогічного процесу.

Поряд із цим виникає проблема здоров'язбережувального використання ПАЗ, так як робота учнів з цими засобами пов'язана з підвищеним зоровим, розумовим та нервово-емоційним навантаженням. Різні аспекти здоров'язбереження учнів при використанні ПАЗ висвітлені в роботах Г. Гуна, А. Жураковської, Г. Лаврентьєвої, І. Мухаметзянова, Ю. Носенко, А. Платонової, Н. Польки, І. Роберт, А. Сухіх та ін.

Аналіз досліджень чинників впливу ПАЗ на здоров'я учнів, отримані фахівцями різних галузей (А. Грачова, Г. Гун, А. Дімова, Є. Єрмолаєва, А. Жураковська, Г. Лаврентьєва, І. Мухаметзянов, А. Платонова, Н. Полька, Л. Фатхутдінова, Я. Якунін, А. Гейнсворт (А. Hainsworth) та ін.) дозволяють стверджувати, що більшість негативних наслідків обумовлені в основному людським фактором і пов'язані з недотриманням базових ергономіко-педагогічних вимог, санітарно-гігієнічних норм, організаційно-педагогічних умов. Організація навчального середовища і навчального процесу відповідно з цими нормами й вимогами сприятиме подовженню періоду стійкої працездатності, підвищенню ефективності та якості засвоєння навчального матеріалу, запобіганню розвитку перевтоми, збереженню здоров'я учнів.

ПАЗ здійснюють суттєвий негативний вплив на здоров'я підростаючого покоління, зокрема на організм підлітків (учнів основної школи), що перебуває в процесі інтенсивної фізичної та психічної перебудови. Тривала робота з цими засобами призводить до втоми й виснаження організму. В роботі [1] відзначається, що комп'ютерна втома дуже специфічна: довгий час можна працювати з ПАЗ, і лише вимкнувши комп'ютер, мобільні пристрої чи ін. людина відчуває дискомфорт або біль.

Згідно з дослідженням [14], видиме короткохвильове світло, або блакитне світло (джерела його випромінювання: рідкокристалічні монітори ТВ та комп'ютерів, LED-лампи, анімовані рекламні щити, мобільні гаджети та ін.) зумовлює пошкодження сітківки ока, зокрема втрати фоторецепторів, розвитку дегенерації макули. Зорове стомлення, що розвивається при читанні з екрану дисплея, набагато вище в порівнянні з читанням з листа. Такого роду стомлюваність підвищена на 30% у школярів середніх і старших класів.

Незалежно від моделі, будь-який ПАЗ у більшій чи меншій мірі є джерелом випромінювання. Як зауважують дослідники [3; 4], електромагнітні випромінювання радіочастотного діапазону (особливо у ПК на основі електронно-променевої трубки), здійснюють негативний вплив на центральну нервову систему людини і є вагомим стрес-фактором. Статичні і низькочастотні електромагнітні поля можуть стати причиною захворювань шкіри, хвороб серцево-судинної системи, кишково-шлункового тракту, негативно впливати на білі кров'яні тільця, на життєво важливі органи і частини тіла, призводити до виникнення пухлин тощо. У результаті опитування 4100 молодих людей-користувачів ПАЗ, проведеного Гетеборзьким університетом (Швеція), було з'ясовано, що зловживання комп'ютерами та мобільними пристроями призводить до порушення сну,

стресових станів, психічних розладів. При цьому проблеми зі сном є більш характерними саме для чоловічої статі, тоді як для жіночої – стресові стани та депресивні симптоми [15].

Значний негативний вплив ПАЗ (а саме – тривале статичне положення тіла і тривале електромагнітне випромінювання) позначається на функціонуванні вестибулярного апарату. Спектр порушень його функцій досить широкий: головний біль, порушення сну, потемніння в очах, запаморочення, розлад координації рухів, порушення пам'яті, роздратованість, погіршення самопочуття, зниження працездатності і т.д. Дослідження останніх років доводять, що часткові порушення роботи нервової системи, зокрема вестибулярного апарату, може впливати на розвиток хронічних захворювань зап'ястя (*RST*) при роботі з комп'ютером [1].

Узагальнення джерельної бази дослідження дозволило виокремити наступні типові ризики некоректного використання ПАЗ, а саме:

1) *Ризики фізичного перевантаження організму*: ризики для опорно-рухового апарату: порушення постави, сколіоз, остеохондроз, зміщення або деформація міжхребцевих дисків, захворювання суглобів рук (тунельний синдром, тендиніт, хвороба Де Кервена та ін.); ризики для серцево-судинної системи (погіршення кровообігу в нижніх кінцівках та органів малого тазу, ризик тромбозу, збільшення навантаження на серцевий м'яз, погіршення кровопостачання головного мозку); ризики для дихальної системи (погіршення газообміну в легенях, задуха (гіпоксія)); ризики для ендокринної системи (порушення обміну речовин, зайва вага); ризики для органів зору (комп'ютерний зоровий синдром); ризики для нервової системи (порушення роботи вегетативної нервової системи, виснаження центральної нервової системи);

2) *Ризики впливу різночастотних полів*: зміна функціонального стану вестибулярного апарату (головний біль, запаморочення, погіршення самопочуття, зниження працездатності, швидка втомлюваність тощо); порушення сну (сонливість або безсоння); зниження імунітету; збільшення ризиків виникнення новоутворень;

3) *Ризики психічного перевантаження організму*: погіршення зосередженості та працездатності; дратівливість, обмеження спілкування; ризик розвитку залежностей (від комп'ютерних ігор, веб-серфінгу, віртуального спілкування тощо); зниження відчуття грані між віртуальним світом і реальністю; стреси (через відсутність доступу до мережі, втрату даних, буллінг тощо).

З огляду на потенційні загрози, оптимізація умов роботи учнів з ПАЗ стає одним із найбільш важливих завдань збереження їх здоров'я під час навчання, і вирішувати його необхідно комплексно, зокрема шляхом дотримання належних ергономіко-педагогічних вимог.

Спираючись на вітчизняну і закордонну джерельну базу (Н. Баловсяк, О. Гервас, Н. Карапузова, В. Лапін, М. Лінтула (M. Lintula), Т. Мінтер Т. (T. Minter), В. Москальова, Н. Невала-Пуранена (N. Nevala-Puranena), Н. Полька, Ю. Трофімов та ін.) вважаємо доцільним виокремити основні

ергономіко–педагогічні вимоги (ЕПВ), які необхідно враховувати для організації здоров'язбережувальної роботи з ПАЗ, а саме вимоги до організації: 1) приміщення; 2) робочого місця користувача; 3) діяльності. Розглянемо їх детальніше.

1. ЕПВ до організації приміщення.

1.1. Обсяг приміщення. Згідно з державним стандартом ДСанПіН 5.5.6.009–98, на одного учня, який працює за комп'ютером, потрібно відводити площу не менше 6 м². Об'єм приміщення при цьому не повинен бути меншим як 20 м³ на людину, із врахуванням максимальної кількості одночасно працюючих. Загалом комп'ютерний клас має бути розрахований не більше ніж на 12 осіб.

1.2. Освітлення. Відповідно до ДСанПіН 5.5.6.009–98, приміщення, де використовуються ПАЗ, повинно мати природне та штучне освітлення. Заняття слід проводити в добре освітленому приміщенні. Рівень освітленості поверхні стола чи клавіатури – не менше 300 люксів, а монітору – не більше 200. Потрібно, щоб світло падало на екран зліва. Для штучного освітлення доцільно застосовувати люмінесцентні лампи. Не допускається використання світильників без розсіювачів та екрануючих решіток. Вікна мають виходити на північ чи північний схід (тобто в них не повинні потрапляти сонячні промені) та бути обладнаними світлорегулювальними засобами (жалюзі, штори чи ін.).

1.3. Мікроклімат. Очевидно, що обчислювальна техніка є джерелом тепловиділення, що може спричинити підвищення температури і зниження відносної вологості повітря в приміщенні. Відтак, у комп'ютерних класах рекомендовано дотримуватись необхідних параметрів *мікроклімату*: оптимальна температура повітря – 19–21°C, відносна вологість – 55–62%, швидкість руху повітря – не більше 0,1 м/с [2].

Через статичну напругу, виникнення якої спричинюється роботою обчислювальної техніки, характерним є більш інтенсивне накопичення пилу. Потрапивши в дихальну систему дітей він може зумовлювати проблеми з диханням, погіршення газообміну в легенях і навіть гіпоксію (задуху). У зв'язку з цим, у приміщенні, в якому працюють комп'ютери, необхідно робити щоденне вологе прибирання, а безпосередньо перед початком роботи очищати монітори від пилу та інших забруднень.

1.4. Розміщення робочих місць. У стандарті ДСанПіН 5.5.6.009–98 зазначено, що відстань між боковими поверхнями моніторів комп'ютерів має складати не менше 1,2 м. Зазвичай комп'ютерний клас містить 10–20 робочих станцій (комп'ютери учнів) і сервер (комп'ютер педагога), що з'єднуються конвергентною локальною мережею. Також в Україні напрацьовано досвід залучення технології Wi-Fi для організації роботи з мережею у ЗНЗ. Вважаємо доцільним зауважити, що результати останніх медичних досліджень свідчать про те, що використання Wi-Fi є неприпустимим для дітей молодших і середніх класів. Зокрема, учням I–VI класів заборонено користуватися даною технологією, учням VII–XI класів – дозволено не більше 15 хв. [9].

2. ЕПВ до організації робочого місця користувача.

2.1. Адаптивність робочого місця. Під адаптивним робочим місцем ми розуміємо спеціально створене робоче середовище учня, окремі компоненти якого можна налаштовувати (адаптувати) залежно від індивідуальних особливостей і потреб учня (наприклад, зросту, куту зору і т.ін.). Перед початком заняття, на якому планується використання ПАЗ, учням рекомендується попередньо налаштувати (адаптувати) робоче місце для комфортної роботи.

2.2. Добір якісного апаратного забезпечення та його розміщення. Невід'ємним компонентом будь-якого ПК є монітор (дисплей), відбір і використання якого потребує особливої уваги в аспекті здоров'язбереження. Цей засіб є джерелом цілого ряду шкідливих випромінювань, у т.ч. рентгенівського, оптичного ультрафіолетового, інфрачервоного, радіочастотного та низькочастотного діапазонів електромагнітних і електростатичних полів [4]. Тому, обираючи місце для ПК, важливо пам'ятати, що задня і бокові стінки монітору можуть бути джерелом значно більшого випромінювання, аніж сам екран. Для забезпечення здоров'язбережувальної роботи користувача доцільно обирати монітори, що відповідають Директиві 90/270 Європейської економічної Комісії, зокрема мають знижену випромінювальну здатність.

Окрім монітору, джерелами електромагнітного забруднення є блок живлення системного блоку (особливо імпульсний), а також системний блок комп'ютера і підключені до нього зовнішні пристрої. У зв'язку з цим, доцільно розміщувати ці елементи на відстані 2–2,5 м від людини [4]. Переносні ПК (наприклад, ноутбуки), що мають внутрішні вбудовані елементи, також несуть потенційну загрозу випромінювання. Тому доцільно забезпечити максимально можливу віддаленість користувача, зокрема використовувати зовнішньо підключену додаткову клавіатуру. Очевидно, неприпустимим є їх розміщення на колінах, животі і т.д.

Для попередження захворювань суглобів рук доцільно надавати перевагу клавіатурі з подвійним розподілом поля під праву і ліву руку, клавіші яких розташовані навскіс. Варто зазначити, що діагональне розміщення пальців необхідно дотримуватись при роботі з будь-яким типом клавіатури. При роботі з манипулятором типу миша необхідно забезпечити ергономічно доцільне положення зап'ястка руки – горизонтальне по відношенню до робочої поверхні стола. Не припускається розташування зап'ястка у висячому положенні.

2.3. Дотримання правильної постави при роботі з різними видами ПАЗ. Робоча постава при сидінні забезпечується статичною працею м'язів, яка дуже втомлює, оскільки в кору головного мозку безперервно поступають нервові імпульси з одних і тих самих груп м'язів (ший, спини, попереку). Умови для процесів відновлення у клітинах головного мозку погіршуються (порівняно з динамічною роботою). За неправильної робочої постави порушується кровопостачання всіх органів, у т. ч. головного мозку. Наслідком цього є відчуття загального дискомфорту, зниження

зацікавленості і працездатності, швидке стомлення [2]. Тому забезпечення ергономічно виваженої робочої постави є невід'ємною умовою здоров'язбережувального використання ПАЗ.

Відповідно до ергономічних особливостей, ПАЗ, використовувані у навчальному процесі, умовно можна розподілити на дві групи: *засоби з зовнішніми пристроями введення даних* (клавіатурою, маніпулятором типу миша), до яких відносяться ПК, ноутбук, нетбук; *моноблоки*, до яких відносяться планшетний ПК (планшет), пристрої для читання електронних книг.

1) *Основні вимоги до роботи з засобами з зовнішніми пристроями введення даних.* Конструкція робочого місця має забезпечувати підтримання оптимальної, ергономічно виваженої робочої постави при роботі з ПК: а) ступні ніг – на підлозі або на підставці для ніг; б) стегна – в горизонтальній площині; в) передпліччя – вертикально; г) лікті – під кутом 70–90° по відношенню до вертикальної площини; д) зап'ястя зігнуті під кутом не більше 20° відносно горизонтальної площини; е) нахил голови – 15–20° відносно вертикальної площини [5]. При роботі з переносним ПК (ноутбуком, нетбуком) доцільно додатково застосовувати зовнішню клавіатуру, а також спеціальну підставку для самого ПК (пюпітр).

2) *Основні вимоги до роботи з моноблоками:* а) голова має бути рівно нахилена (потрібно саме нахилити голову, а не витягати шию); б) дисплей повинен розташовуватися на 15–20° нижче рівня очей; в) при роботі з введенням тексту доцільно використовувати окрему клавіатуру та підставку (пюпітр), при читанні – підставку (пюпітр); г) спина має бути прямою, плечі розслаблені й нахилені назад (запобігати їх нахилу вперед над клавіатурою або дисплеєм); д) кисті рук мають бути приблизно на одному рівні з передпліччям, з невеликим вигином зап'ястя; е) ноги повинні стояти на підлозі або на підніжці; кут між колінами та ногами має бути щонайменше 90 градусів; є) для уникнення відблисків, потрібно встановлювати дисплей пристрою таким чином, щоб джерело світла знаходилося за ним; поряд із цим, не рекомендовано працювати з ПАЗ в темному або мало освітленому приміщенні; з) обмежувати тривалість використання засобу, робити регулярні перерви (кожні 15–20 хв.), виконувати фізичні і релаксаційні вправи для зняття напруги з суглобів та очей [12; 13 та ін.]. Формування правильної робочої постави учнів при роботі з різними видами ПАЗ є невід'ємною умовою їх здоров'язбережувального використання.

3. ЕПВ до організації діяльності при роботі з ПАЗ.

Проаналізувавши роботи дослідників (О. Аніщенко, Ю. Бойчука, Т. Єжової, Н. Коцур, В. Малєва, О. Мірошніченко, Н. Смірнова, Н. Островерхової та ін.), можна підсумувати, що збереження високого рівня працездатності учнів можливе за рахунок раціональної організації уроку, чергування різних видів діяльності, слідування за правильною поставою під час кожного виду діяльності, проведення фізкультхвилинок.

Визнаною нормою є проведення короткої фізичної розминки (фізкультхвилинки, динамічної паузи, хвилинки релаксації) тривалістю 1 хв.

через кожні 20–35 хв. уроку. До такої розминки доцільно включити до 3–х вправ з 3–4 повторами кожної, у т.ч. функціональну розминку для очей, зап'ястка, спини та шиї. Динамічні паузи можуть проходити як під керівництвом учителя, так і здійснюватись учнем самостійно (наприклад, вдома). У такому разі в нагоді стануть програми–таймери, що можна інстальювати на ПАЗ та задати відповідний часовий діапазон для нагадування про відпочинок (наприклад, «Комп'ютерный Таймер», *SYE Timer*, «Авиценна», *Opti-Ergo EyeSaver*, *Eyes Saver*, «Релакс для глаз», Tadam та ін.).

У результаті медичного дослідження вітчизняними науковцями було визначено рекомендований часовий режим використання різних видів ПАЗ у кореляції з віковими категоріями учнів [10] (рис. 1).

Клас	Апаратні засоби навчання і терміни безперервної роботи з ними				
	Монітор 15"–19"	Ноутбук 15"–19"	Планшет 9"–10,5"	Е-рідер 9"–10,5"	Wi-Fi технологія
Діти 5–6 років, учні 1-х класів	+	Заборонено			Заборонено
	до 10 хв.				
II–IV	+	Заборонено			Заборонено
	до 15 хв.				
V–VI	+	-/+	Заборонено		+
	до 20 хв.	до 20 хв.			
VII–VIII	+	+	Заборонено		+
	до 25 хв.	до 25 хв.			до 15 хв.
IX	+	+	+	+	+
	до 25 хв.	до 25 хв.	до 15 хв.	до 15 хв.	до 15 хв.
X–XI	+	+	+	+	+
	до 30 хв.	до 30 хв.	до 15 хв.	до 15 хв.	до 15 хв.

Рис. 1. Узагальнені вимоги до використання апаратних засобів у навчальному процесі [10]

Дотримання ЕПВ до організації роботи з ПАЗ є важливою і необхідною умовою їх здоров'язбережувального використання в навчальному процесі. Експертизу комп'ютерного класу в ЗНЗ на предмет відповідності зазначеним вимогам доцільно проводити із залученням групи експертів, фахівців з ергономіки. Окремі показники ергономічності (наприклад, адаптивність робочого місця учня, режим роботи, правильність постави при використанні різних видів ПАЗ та ін.) можуть оцінюватись вчителем.

Важливою умовою здоров'язбережувального використання ПАЗ у навчальному процесі є забезпечення формування належного компетентнісного рівня учасників навчального процесу, зокрема школярів. У результаті дослідження ми дійшли висновку, що знання, уміння й навички здоров'язбережувального використання ПАЗ доцільно розглядати в межах інформаційно–комунікаційної компетентності (ІК–компетентності) як один з її компонентів, оскільки: 1) ефективна робота з ПАЗ неможлива без знання й дотримання норм та вимог до їх безпечного, здоров'язбережувального використання; 2) формування компетентності щодо здоров'язбережувального

використання ПАЗ має передувати власне їх безпосередньому використанню у навчальному процесі (у якості пропедевтичного елемента); 3) розвиток компетентності щодо здоров'язбережувального використання ПАЗ має проходити паралельно навчанню з використанням ПАЗ (у якості супроводжуючого елемента), упродовж всього періоду навчання, і головним чином, під час вивчення інформатичних дисциплін [6].

Під формуванням і розвитком здоров'язбережувального складника ІК-компетентності (ЗСІКК) учнів розуміємо формування й розвиток знань, умінь, навичок здоров'язбережувального використання ПАЗ, ціннісних установок, переконань у доцільності дотримання необхідних заходів й обмежень, а також мотивації до цього. Сформованість цієї компетентності дозволяє створити підґрунтя для свідомого й безпечного використання ПАЗ учнями не лише у навчальному процесі, а й у позаурочний час, в побуті й дозвіллі.

Розвиток у підлітків таких психічних властивостей як увага, рефлексія, волява сфера і здатність до саморегуляції, створює підґрунтя для ефективного формування ЗСІКК. Дорослим, які працюють з учнями підліткового віку, важливо приділяти увагу формуванню їх обізнаності щодо процесів перебудови їх організму, потенційних шкідливих впливів оточуючого середовища. Саме в основній школі необхідно звертати особливу увагу на проблему здоров'язбереження, адже в цей період розвивається інтелект на новому рівні, закладаються загальні моральні й соціальні установки особистості, формується волява сфера, здатність до рефлексії власної діяльності, прагнення до самоконтролю, самопізнання і самовдосконалення. Дієвим при цьому виявляється застосування інтерактивних методів навчання, таких як навчальний тренінг, ділова гра, мозковий штурм, проблемна дискусія, групова проектна діяльність тощо, що сприяють підсиленню мотивації підлітків, інтелектуально-емоційному стимулюванню, залученню в колективну творчу діяльність, можливості проявити активність і лідерські якості. Заняття можна проводити у межах викладання навчальних дисциплін «Основи здоров'я», «Інформатика», а також за рахунок варіативної частини, класних годин, факультативів та ін. Заняття доцільно проводити у підгрупах учнів загальною кількістю не більше 15 осіб.

Основними змістовими блоками, рекомендованими для вивчення, вважаємо такі: 1) Можливості та користь від використання програмно-апаратних засобів (доцільність використання ПАЗ не лише для розваг; способи спрощення життя людини, у т.ч. підлітка, шляхом використання ПАЗ; яким чином ПАЗ можуть допомогти в навчальній діяльності і пізнанні світу тощо); 2) Основні потенційні шкідливі фактори та негативні наслідки використання ПАЗ (особливості підліткового віку та фактори ризику; характеристика основних видів ПАЗ; фактори ризику при використанні різних видів ПАЗ); 3) Правила й умови здоров'язбережувального використання ПАЗ (рекомендації з профілактики негативних наслідків роботи з ПАЗ; рекомендації з організації робочого місця; рекомендації з організації безпечної роботи з різними видами ПАЗ) [8]. Модель та особливості формування ЗСІКК учнів представлено в роботах автора [6; 7; 8; 11].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку суспільства однією з домінуючих проблем є розроблення методик здоров'язбереження учнів в умовах комп'ютерно орієнтованого навчального середовища, безпечного використання ПАЗ у навчальному процесі. Дослідження цієї проблеми носить міждисциплінарний характер та потребує залучення знань з різних наукових галузей: педагогіки, психології, гігієни, ергономіки, інформатики, медицини та ін. Здоров'язбережувальне, ергономічно й педагогічно виважене використання ПАЗ у навчальному процесі сприятиме підвищенню ефективності та якості засвоєння дидактичного матеріалу, збереженню оптимального рівня працездатності і функціонального стану організму школярів.

Формування здоров'язбережувальної компетентності учнів в аспекті використання ПАЗ може позитивно позначитись на досягненні однієї з головних цілей навчання з використанням сучасних засобів – підготовці здорових і конкурентоспроможних членів інформаційного суспільства, здатних орієнтуватися в інформаційних потоках та використовувати технології на високому компетентному рівні.

Список використаних джерел

1. Гун Г. Е. Компьютер: как сохранить здоровье: рекомендации для детей и взрослых. – СПб.: Нева, 2003. – 128 с.
2. Карапузова Н. Д., Зімниця Є. А., Помогайбо В. М. Основи педагогічної ергономіки: навч. посіб. – К.: Академвидав, 2012. – 192 с.
3. Лапін В. М. Безпека життєдіяльності людини: навч. посіб. – 6-те вид., перероб. і доп. – К.: Знання, 2007. – 332 с.
4. Мірошніченко Ю. Б., Катренич Т. С. Біофізичні аспекти впливу роботи за комп'ютером на фізичний розвиток та здоров'я учня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yuriy-myroshnichenko.edukit.kiev.ua/Files/downloads/Zdorovm.doc>.
5. Москальова В. М., Батлук В. А., Кусковець С. Л., Филипчук В. Л. Охорона праці (питання та відповіді): Довідник. – Львів: Магнолія, 2006, 2011. – 438 с.
6. Носенко Ю. Г., Сухіх А. С. Здоров'язбережувальний складник ІК-компетентності учнів як важливий елемент здоров'язбережувального використання програмно-апаратних засобів у навчальному процесі основної школи // Нова педагогічна думка: наук.-метод. журн. – № 2 (86). – 2016. – С. 30–35.
7. Носенко Ю. Г., Сухіх А. С. Організаційно-педагогічні умови здоров'язбережувального використання програмно-апаратних засобів в основній школі // Комп'ютер у школі та сім'ї. – 2015. – № 8. – С. 52–56. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/komp_2015_8_14.
8. Носенко Ю. Г., Сухіх А. С. Психолого-педагогічні особливості навчання учнів основної школи здоров'язбережувальному використанню програмно-апаратних засобів // Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: зб. наук. праць. – 2016. – С. 160–172.
9. Полька Н. С., Платонова А. Г., Яцковська Н. Я. та ін. Наукове обґрунтування гігієнічних регламентів використання планшетів та ноутбуків у школі // Гігієна населених місць. – 2015. – № 65. – С. 208–217.
10. Полька Н. С., Платонова А. Г. Оновлення гігієнічних вимог до використання в навчальних закладах сучасних засобів інформаційних технологій // Комп'ютер у школі та сім'ї. – 2015. – № 4. – С. 3–5. // Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/komp_2015_4_2.
11. Сухіх А. С. Модель формування здоров'язбережувального складника ІК-компетентності учнів основної школи // Комп'ютер у школі та сім'ї. – 2016. – № 8. – С. 10–14.

12. Ergonomic guide to computer based workstations [Electronic resource]. – Access: https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/83067/guide-ergo-comp-workstations.pdf
13. Minter T. Ergonomics & the Mobile Environment // American Society of Safety Engineers. – 2013. – Access mode: http://www.asse.org/assets/1/7/Tina_Minter_Article.pdf.
14. Peng M.–L. et al. The Influence of Low-powered Family LED Lighting on Eyes in Mice Experimental Model // Life Science Journal. – 2012. – 9 (1). – P. 477–482. – Access mode: http://www.lifesciencesite.com/ljs/life0901/072_8366life0901_477_482.pdf
15. University of Gothenburg. Intensive mobile phone use affects young people's sleep [Electronic resource] // ScienceDaily. – 11 June, 2012. – Access mode: www.sciencedaily.com/releases/2012/06/120611134233.htm.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ НАВЧАЛЬНІ ЗАНЯТТЯ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ

(Духовний Л. Ф., Гмиря Г. В.)

Економічні реформи, що проводяться в нашій країні, глибоко торкнулися актуальної проблеми здорового способу життя, формування культури здоров'я, фізичного виховання учнів СЗШ [9; 11]. Результати досліджень довели, що рівень фізичного розвитку, фізичній підготовленості й стан здоров'я учнів мають чітку тенденцію до постійного погіршення. У наш час, нажаль, спостерігається занедбаність моральності, байдужість і недостатність уваги до формування моральних цінностей особистості, у тому числі і засобами фізичної культури і спорту. У зв'язку з цим учні повинні оволодівати не тільки загальними знаннями, але і здобувати практичні навички і вміння з розвитку фізичних і морально вольових якостей, потрібних для зміцнення здоров'я, забезпечення культури здоров'я, здорового способу життя, активної суспільної праці на принципах ефективних засобів, методів і форм начально-виховної діяльності [4; 10; 12]. Розглядаючи фізичну й інтелектуальну працю як соціальну категорію, необхідно враховувати, що м'язова трудова діяльність людини зовні завжди виявляється в такому фізіологічному процесі, як м'язовий рух. Багато вчених стверджували, що «вся нескінченна різноманітність зовнішніх проявів мозкової діяльності зводиться до одного лише явищу — м'язовому руху». Яку б проблему не вирішував учень: теоретичну, практичне або м'язове виробниче завдання — у всіх подібних випадках в різному масштабі виявлятиметься компонент рухової, письмової або мовної м'язової діяльності [2; 4; 10]. Приступаючи до реалізації нашої експериментальної програми, ми виходили з тої думки, що впровадження навчально-тренувального процесу на уроках фізичного виховання при постійному медично-педагогічному контролі за динамікою загальної та спеціальної фізичної підготовки, дозволить значно підвищити ефективність навчальної роботи з фізичного, трудового, інтелектуального виховання, в рішенні завдань оздоровчої спрямованості цих видів навчань учнів початкових класів загальноосвітніх шкіл та їхньої підготовки до подальшого гармонійного життя і праці [1; 3; 5; 7; 11].

Проведені нами дослідження впливу спрямованої здоров'єзберезувальної щадної фізичної підготовки у СЗШ, особливо в початковій школі України, орієнтованої на корекцію фізичного розвитку і профілактику багатьох захворювань учнів, навчальну підготовку школярів, показали нервово–емоційну і розумову напруженість навчальної діяльності, неконтрольовані фізичні навантаження на заняттях з фізичної культури і навчальних заняттях, незадовільний режим і порушення здорового способу життя, недостатність живлення, погіршення екологічного стану, супроводжуються низькою руховою активністю учнів, що негативно відбивається на стані їх здоров'я [4; 6; 9; 12]. У даний час зацікавленість учнівської молоді традиційними видами спорту виявляється зниженим на тлі високої привабливості атлетичної гімнастики, фітнес–аеробіки, пауерліфтингу (силового триборства), ігрових видів спорту. Дітей, підлітків, молодих людей приваблюють в цих видах спорту прекрасні засоби фізичного і духовного розвитку, саморозвитку і самоствердження [4; 8; 12]. У фізичному вихованні учнів ЗОШ, склалася проблемна ситуація, яка виражається в суперечності між рівнем здоров'я і соціальних вимог, особистою мотивацією, особливо, до виховання в учнів початкової школи відповідального ставлення до власного здоров'я, формування власної культури здоров'я й ефективністю свого фізичного виховання. Перспективний шлях вирішення даної проблеми ми бачимо в корекції і частковій зміні існуючої системи фізичного виховання, впровадженні нових освітніх тренувальних технологій учнів початкової школи ЗСШ, при застосуванні яких необхідно забезпечувати високу оздоровчу спрямованість, ефективно формувати допрофільну та профільну фізичну підготовку, що сприяє індивідуальній корекції фізичного розвитку і функціональної підготовленості учнів початкової школи, розвитку потреб і мотивів учнів ЗСШ до постійних занять фізичними вправами [5; 6; 9]. Проте, до теперішнього часу проблема ефективності оздоровчої підготовки молодших школярів, залишається невирішеною, що зумовлює в даний час її високу актуальність, представляє великий практичний інтерес. У дослідженнях та наукових виданнях в останні роки існує думка, що дуже гарним засобом в рішенні проблем зміцнення здоров'я людини є атлетична гімнастика або силове триборство. Низка країн – Болгарія, США, ФРН, Канада, Бразилія, Росія та інші країни – включили до навчальної програми вид оздоровчої роботи та фізичних навантажень – атлетичну гімнастику, силове триборство [8; 11]. З 1995 року в начальних програмах ЗСШ м. Києва, також було включено в навчальну програму силове триборство, як систему навчальних і позаурочних занять учнів шкіл та профтехучилищ. Але заняття проводилися мляво або зовсім не проводилися. Це був ще один крок назад від здорового глузду та здоров'я дітей. Науково доведено, що атлетична гімнастика або силове триборство, якою займаються діти, юнаки та дівчата, дозволяє в найкоротші строки досягти зміцнення здоров'я, м'язової сили, приросту м'язової маси тіла, які недостатньо розвинути та потребують укріплення та збільшення об'єму. В той же час, ці дозовані навантаження, допоможуть

уникнути повноти, зберегти бажані фізичні кондиції тіла [7; 8; 9]. Заняття дітей з дозованими навантаженнями приведуть їх в омріяну країну – атлетична гімнастика –, де слабкий може стати сильним, хворий – здоровим.

Відповідно до наказу МОН України від 15.12.2016 р. № 1524 «Про проведення дослідно–експериментальної роботи на базі середньої загальноосвітньої школи I–III ступенів № 201, м. Києва», з метою сприяння формуванню культури здоров'я, здоровому способу життя, поліпшенню фізкультурно–масової роботи, оздоровчої і спортивної роботи, поліпшенню стану здоров'я і фізичного розвитку, виконання Державної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2011– 2020 рр. і відповідно до Положення про порядок здійснення інноваційної освітньої діяльності, СЗШ № 201 отримано статус експериментального навчального закладу всеукраїнського рівня за темою: «Виховання в учнів початкової школи відповідального ставлення до власного здоров'я». Ми обрали роботу з учнями початкових класів, оскільки вважаємо, що оздоровчу роботу необхідно починати якомога раніше. Робота з учнями початкової школи має гнучкі, і в той же час, жорсткі вимоги до виховання, а саме:

Вимоги до інтелекту. Нами проводяться спеціалізовані заняття з учнями експериментального закладу згідно методики експерименту з фізичного виховання та усієї навчально–виховної роботи. При підведенні підсумків занять відзначалося якісне і ефективне підвищення фізичного, розумового й інтелектуального розвитку, загальної фізичної підготовленості і функціонального стану учнів, протягом кожного року навчання (зорова та рухова пам'ять, відтворення кольорів та їх відтінків, особливостей складних форм і контурів, конфігурацій у малюванні та других дій; розвиток оперативної та короткочасної пам'яті, зосередженості і стійкості уваги; розвиток практичного мислення, вміння приймати рішення та впроваджувати їх у практичні дії. Мати розвинену просторову уяву, невербальний інтелект, технічну культуру та кмітливість). Досягненню цих результатів сприяє творча робота вчителів, пошук нових шляхів і рішень, поглиблення знань, виховання ініціативи.

Вимоги до емоційно–вольової сфери. Навчання цілий тиждень в напруженні, емоційної стійкості при виконання різних трудових та навчальних дій, розвинутої вольової регуляції. Відчуття учнями початкової школи спокою і впевненості в собі, спроможність виконувати навчальні завдання швидко, чітко, з високою якістю.

Вимоги до морально–ділових якостей. Самостійність, рішучість, акуратність у навчанні та трудової діяльності, зібраність, наполегливість у виконанні труднощів, відповідальність. Висока продуктивність у навчанні. Рівень знань із навчальних дисциплін початкової школи: ґрунтовні знання з рідної мови, письма, математики, читання і малювання [7; 8; 9].

Силова підготовка початкової школи на уроках фізичного виховання в загальноосвітній школі. В нашій країні склалася довготривала криза у фізкультурному русі й оздоровчому розвитку дітей, підлітків, молоді і всього населення України. Змінюються навчальні програми, проводяться семінари,

конференції, курси з підвищення кваліфікації вчителів, тренерів–викладачів. Для підготовки вчителів початкових класів в університетах, академіях, факультетах, на кафедрах педагогічних університетів, вузів з фізичного виховання та спорту, організують теоретичні конференції, пишуть наукові статті та реферати, видають методичні рекомендації та посібники. Вчителі та тренери–викладачі знаходяться у постійних пошуках нових ефективних методик в роботі з дітьми, підлітками та молоддю. Створені Академії фізкультурної науки. Але проблеми фізичного виховання дітей та молоді, з року в рік залишаються не вирішеними. У зв'язку з цим ми маємо більш 80% призовної молоді, яка без допомоги спеціальної загальної фізичної підготовки не може впоратись з керуванням сучасної військової техніки і звичайними повсякденними військовими обов'язками. Але все починається зі шкільного віку. Від 40 до 80% дітей шкільного віку мають значні відхилення у стані здоров'я. Ці надзвичайні цифри і факти статистики відомі і в органах охорони здоров'я, і в освіті, і в спортивних комітетах. Уже багато часу спеціалісти–вчителі фізкультури, тренери–викладачі, вчені і лікарі не можуть з'ясувати причини хвороби дітей та недостатньої уваги й недбалості до уроку фізкультури, яка вразила нашу фізичну культуру. А між тим, причина дуже проста: треба враховувати біологічну природу людини, закони фізичного розвитку та історичного розвитку людства. Бо і до всіх теперішніх наукових розробок з біології, фізіології, фізичної культури, люди жили, зміцнювались фізично, вели боротьбу за виживання з природою й дожили до сьогоднішнього дня. Головне усвідомлювати, що не всяка м'язова праця є стимулом до фізичного розвитку. Розуміння того, що фізичний розвиток здійснюється під впливом вправ постійних поступових дозованих навантажень з обтяженням, шляхом нарощування скелетних м'язів рухового апарату, має прищеплюватися майбутнім вчителям фізкультури ще у навчальних закладах. Підтвердженням цього є приклад легкоатлетів, баскетболістів, гандболістів, велосипедистів, хокеїстів, футболістів, плавців та інших спортсменів – це справжні атлети. І не дарма тренери цих команд дуже щільно проводять навчальні заняття з обтяженнями. Під фізичними (руховими) якостями мають на увазі силу, швидкість, витривалість, гнучкість та спритність. «Сила», як фізична якість, посідає першу позицію, але якщо проаналізувати навчальні програми, робочі плани, конспекти уроків у школах, ПТНЗ, технікумах, вищих навчальних закладах й на самі уроки фізичної культури, то дуже рідко можна побачити практичне виконання на уроках фізичної культури та в позаурочній діяльності силових вправ, впровадження колових тренувань, використання нестандартного гімнастичного та тренажерного обладнання. Звісно, що без м'язової сили – нема руху. В процесі життя наші функції, починаючи від прийому їжі, письма, мови й до самих складних виробничих та спортивних прийомів, виконуються силою скелетних м'язів. В природі, від атомів, молекул до гігантських планет, все рухається за допомогою сили. Батькам треба усвідомити, що основне для учня, який хоче отримати знання за час навчання, це бути здоровою людиною. Дуже важливою, особливо для учнів початкової школи, є загальна фізична підготовка, яка є основою а, в

подальшому навчанні, найважливіша саме допрофільна та профільна прикладна фізична підготовка, вона дає можливість успішно оволодівати будь якою професійною діяльністю, що значною мірою залежить від розвитку психофізіологічних особливостей учня початкової школи. В майбутньому молодь, яка вступає в життя без необхідної фізичної підготовки, має великі труднощі після закінчення школи. Встановлено, що значна частина цих труднощів обумовлена недостатнім вихованням в учнів відповідального ставлення до власного здоров'я, відсутністю формування культури здоров'я, фізичної підготовленості учнів [7; 9; 10]. Показники тестування з медичних параметрів – це орієнтир на середній рівень якості здоров'я, який ми своєчасно корегуємо з використанням оздоровчих методик. За підсумками тестування, ми побачили: учні що прийшли на навчання з дитсадка, ще не хворі, але вже не здорові. Тому наше завдання – формувати мотивацію дітей на постійне заняття оздоровчою фізкультурою [3; 5; 8]. Велику увагу ми приділяємо дітям, віднесеним до спеціальної медичної групи. Розроблені спеціальні інформаційні картки – завдання для занять методом колового тренування з різноманітними напрямками [7]. Система організації навчально-виховного процесу експериментального навчального закладу націлена на оздоровчу особисто-орієнтовану освіту, а саме: облік індивідуальних можливостей і потреб кожного учня початкової школи, стан здоров'я, уникнення конфліктів в системі «вчитель-учень», оптимізацію сприйняття, мислення, пам'яті, уваги, фізичного і морального здоров'я і, як наслідок, підвищення якості навчання [1; 2; 3; 6; 7]. Експериментальний навчальний заклад СЗШ № 201 м. Києва працює за системою «Учень і навчально-виховне середовище навчального закладу здорового способу життя», критерієм ефективності якої є успішність, здоров'я, життєві перспективи високих досягнень в навчанні учня початкової школи як старт для подальшого отримання високої компетенції освіти. Робота нашого педагогічного колективу спрямована на розвантаження учнів без зниження загальноосвітнього рівня і створення умов для підвищення стану фізичного, психічного і духовного здоров'я учнів, підготовки їх до активного навчання та здорового щасливого тривалого життя. На базі нашого закладу працюють різні секції і гуртки, проводяться оздоровчі заходи, значна робота з профілактики наркоманії, ВІЛ/СНІДу, тютюнопаління, алкоголізму. Модель навчального закладу «СЗШ № 201 – Школа сприяння здоров'ю» суміщає в навчально-виховному процесі загальну діяльність всіх його учасників, працює над створенням в закладі здоров'язбережувального середовища [9].

Система організації навчально-виховного процесу експериментального навчального закладу націлена на орієнтовану освіту з урахуванням індивідуальних можливостей і потреб кожного учня при отриманні знань і навичок, а саме: постійного проходження медичного обстеження, фізичного і медичного тестування (Школяр-2, методика В. Шаповалової) психологічного, психофізіологічного тестування і корекції фізичної підготовки, перенесення навичок із спортивних рухів в необхідну освітню рухову діяльність [8; 11; 12]. Тому для виявлення психічних і

психофізіологічних якостей були проведені дослідження та аналіз з тестів Мюнстерберга на концентрацію уваги, перешкодостійкості і стійкості уваги. За тестами Мандали Юнга – «Горизонтальна вісімка» були виявлені основні типи сприйняття і функціональної спеціалізації півкуль головного мозку (гуманітарною або технічною). Було виявлено, що регулярність окремих оздоровчих частин режиму дня учнів, їх чергування, широке використання фізичних вправ і занять спортом, забезпечує стійкій ритм оздоровчої діяльності організму, зберігає працездатність, попереджує втомленість [7]. Переводу учня з об'єкту соціально–психологічного впливу педагога в суб'єкт активної творчої діяльності допомагає таке унікальне явище в нашому закладі як *Воскресенський щоденник самоконтролю*, до якого вносяться результати психолого–педагогічних спостережень педагога за здоров'ям, розвитком школяра, дані функціонального стану та рухової фізичної активності. Одним із завдань експериментальної діяльності навчального закладу є розробка індивідуальної оздоровчої програми інтелектуального та фізичного розвитку учня на основі проведеної діагностики. Воскресенський щоденник самоконтролю – документ, основна мета якого – дослідити процес та динаміку виховання в учнів початкової школи відповідального ставлення до власного здоров'я, фізичний розвиток школярів, їхні досягнення в різних видах творчої діяльності.

Основні завдання Воскресенського щоденника самоконтролю: ознайомлення учнів та їх батьків з ідеями виховання руху, принципами здорового способу життя, кодексу здоров'я школи, атрибутикою (емблемою, гімном), а також обґрунтування необхідності культури здоров'я, здорового способу життя, фізичної культури й олімпійського руху; відстеження результатів діагностики й тестування стану здоров'я, рівня фізичної підготовленості учнів протягом всього періоду навчання; виявлення та відстеження змін інтересів, нахилів й досягнень учнів; розвиток внутрішньої мотивації школяра на духовний й фізичний розвиток, саморозвиток, здоровий спосіб життя; створення діагностичної бази для розробки індивідуальної програми розвитку дитини, моніторинг її ефективності; створення умов для об'єднання зусиль педагогів та батьків, спрямованих на духовний та фізичний розвиток учня.

На кожній сторінці щоденника розміщені вислови видатних діячів світу, прислів'я, які є орієнтиром для духовного й фізичного вдосконалення учнів. Один з блоків щоденника присвячений характеристиці стану здоров'я учня, пропаганді здорового способу життя. Постійно проводиться експрес–оцінка фізичного здоров'я та біологічного віку учня.

Список використаних джерел

1. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритмы здоровья. – М.: АСТ; Донецк : Сталкер, 2002. – 590 с.
2. Анохин П. К. Очерки физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 402 с.
3. Астров Г. С., Ляшенко В. П., Кофан Т. В. та ін. Особливості формування психофізіологічної організації в залежності від спрямованості навчання // Педагогіка,

- психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць ХДАДМ (ХХПІ). – Х., 2006. – Вип. 9. – С. 87–92.
4. Бальсевич В. К. Концепция альтернативных форм организации физического воспитания детей и молодежи // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – № 1. – С. 24–25.
 5. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии. – М.: Педагогика, 2003. – 192 с.
 6. Булич Э. Г., Муравов И. В. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в её стимуляции. – К.: Олимпийская Список використаних джерел, 2003 – 424 с.
 7. Духовний Л. Ф. Формирование культуры здоровья учащихся, методом направленной учебно-тренировочной силовой подготовки // Теория и практика физического воспитания. – Донецк: ДонНУ, 2007. – № 1/2. – С. 151 – 155.
 8. Духовний Л. Ф. Досвід застосування новітніх оздоровчих педагогічних технологій у ЗСШ України // Імідж сучасного педагога. – Полтава: ОППО, 2008. – № 7/8. – С. 147–150.
 9. Духовний Л. Ф. Здоров'язберегаючі навчальні заняття з фізичного виховання з допрофільною й професійною спрямованістю в загальноосвітніх школах і профтехучилищах України / Міжгалуз. регіон. наук.-практ. конф. «Здоров'я через освіту»: матеріали конф. – Донецьк: Каштан, 2009. – Том 1. – С. 363–369.
 10. Косилов С. А. О физиологических основах общеобразовательного и производственного обучения. – М.: Высш. школа, 1981. – 79 с.
 11. Програма фізичного виховання для навчальних закладів України / Укл.: Рощенко В. О., Гаврик Я. Т., Столітенко В. В. – К.: «Перун», 1999. – 31 с.
 12. Холодов Ж. К., Кузнецов В. С. Теория и методика физического воспитания и спорта. – М.: Академия, 2001. – 478 с.

КІНЕТОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ І НАДЛИШКОВОЇ МАСИ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ЯК ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я

*(Погорлецькі А.Н., Годорозя М.Д.,
Завалишка А.А., Корман М.В., Савіцькі С.К.)*

*«Перше ніж зробити дитину розумною,
зроби її здоровою та міцною»
Жан – Жак Руссо*

На жаль, динаміка показників фізичного і психічного здоров'я дітей та підлітків протягом останніх років має тенденцію явного погіршення. За даними офіційної медицини та спеціальних педагогічних досліджень всього біля 10–15% випускників шкіл є абсолютно здоровими [16], відзначається зниження показників рівня фізичної підготовленості. Серед переважних захворювань у школярів – порушення опорно-рухової системи, захворювання органів травлення і порушення обміну речовин, захворювання органів зору тощо.

Дослідники виділяють дві групи чинників, що негативно впливають на стан здоров'я дітей – внутрішні, або ендогенні (спадковість, травми тощо) і зовнішні, або екзогенні: обмеженість рухової активності, або гіподинамія; низький рівень організації харчування та харчових звичок; порушення фізіолого-гігієнічних вимог до організації навчально-виховного процесу, збільшення об'єму навчальних навантажень, що призводить до перевтоми і стресів; відсутність цілеспрямованої роботи з профілактики шкідливих для

здоров'я звичок (куріння, вживання алкоголю, ігрова та інтернет–залежності тощо); недостатній рівень компетентності педагогів, батьків, керівників освітніх установ з питань здоров'язбережувальної та здоров'яформуальної освіти.

На нашу думку, з безлічі екзогенних причин погіршення здоров'я підростаючого покоління зниження рухової активності має найбільш згубні наслідки.

Рухова активність людини має генетичну природу і пов'язана з фундаментальною властивістю живого – біологічною адаптацією до місця існування. Проте сучасні умови життя і трудової діяльності звели рухову активність людини до мінімуму. Зниження обсягу й інтенсивності фізичної активності, низький рівень витрат на м'язову роботу, спрощення і збіднення рухової діяльності людини приводять до функціональних і органічних порушень з боку всіх органів і систем [4; 8; 11].

У той самий час терапевтичний, регуляторний, моделюючий і профілактичний вплив дозованих фізичних навантажень на організм дорослих і особливо дітей лежить в основі розробки кінетотерапевтичних і кінетопрофілактичних реабілітаційних програм.

Нами зроблена спроба проаналізувати процес формування компетентності з питань здоров'язбереження, навичок правильної постави, корекції її порушень і профілактики надлишкової маси тіла у дітей крізь призму фізичного виховання, за допомогою засобів кінетопрофілактики на підставі аналізу наукових публікацій з тематики і результатів власних досліджень.

Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів [3]. Здоров'я як категорія є одним з головних елементів національного багатства будь–якої держави. Важливість збереження і зміцнення здоров'я школярів зумовлена розумінням важливості стану здоров'я для гармонійного формування особистості та її творчої, активної, соціально–корисної і трудової діяльності.

Інтерес дослідників до проблеми збереження і зміцнення здоров'я школярів не слабшає, формуються цілі наукові напрями: валеологічне (Г. Апанасенко) [1; 2], педагогіка здоров'язбереження (Л. Тихомирова) [14], санокреатологічне (Ф. Фурдуй, В. Чокіне) [15] та ін.

За сучасних умов здоров'я стає педагогічною категорією, а оздоровлення школярів – об'єктом педагогічної дії (Є. Вайнер) [2]. У даний час вводиться поняття компетентності здоров'язбереження як особистісної якості, що включає знання про будову і функції організму людини, норми і правила гігієни, ціннісні орієнтації на здоровий спосіб життя, набуття досвіду здоров'язбережувальної діяльності.

Тенденція збільшення захворюваності дітей і підлітків, що просліджується, має під собою глибоке коріння. Н. Васіна вважає, що її основні причини пов'язані з організацією освітнього процесу, дозвілля дітей та особливостями виховання в сім'ї. Обов'язковими напрямками здоров'язбережувальної та здоров'яформуальної діяльності гімназій і ліцеїв є [3]: раціональна організація навчально–виховного процесу; раціональна

організація рухової активності; організація раціонального харчування тих хто навчається; системно–організована діяльність з формування цінності здоров'я і здорового способу життя, досягнення спадкоємності з питань здоров'язбереження дитини між освітньою установою і сім'єю.

Функціональні порушення, що виникли в дитячому віці, довгий час можуть не виявлятися яскраво і не бути предметом особливої турботи батьків, педагогів і медиків. Але вони є факторами ризику розвитку серйозних органічних уражень у дорослому віці. Це пов'язано з тим, що в дитячому віці закладаються та формуються регуляторні механізми та основи підтримки здоров'я впродовж всього подальшого життя.

До них можна віднести як суто фізіологічні компоненти, так і правильні поведінкові настанови, серед яких, – раціональна рухова активність, коректні харчові звички, ведення здорового способу життя, формування усвідомленого ставлення до власного здоров'я тощо.

Отже, виходячи із загальної мети – виростити здорову дитину – важливими аспектами є формування здорової постави і підтримка відповідної маси тіла.

Порушення постави займають провідну позицію серед порушень у школярів з боку опорно–рухового апарату. Так, відповідно до результатів інституційного проекту «Сучасні тенденції для ведення здорового способу життя шляхом профілактики і відновлення порушень опорно–рухового апарату у дітей шкільного віку з використанням фізичних методів» (2011–2014 рр.), який було реалізовано на базі кафедри реабілітаційної фізичної культури (кінетотерапії) Державного університету фізичної культури і спорту Республіки Молдова (ДУФВіС РМ), у половини учнів старших класів шкіл – учасників проекту виявлено нестабільність постави або її порушення, у 10,55% хлопців і 8,33% дівчат – сколіотичну деформацію хребта. Аналогічна картина простежується і серед учнів початкових і середніх класів [9; 17].

Постава – це звичне положення тіла невимушено стоячої людини, яке вона приймає без зайвої м'язової напруги. Правильна постава забезпечує найкращі умови для функціонування внутрішніх органів, рівномірний розподіл механічного навантаження на частини скелета, а також мінімальні витрати на підтримку рівноваги. Формування постави починається з народження, з початку закладання фізіологічних вигинів, і завершується до 18–20 років [6; 11].

Постава дитини є динамічним стереотипом, вона легко змінюється під дією позитивних або негативних чинників, носить нестійкий характер. Основою нестійкості постави дитини є неодночасний розвиток скелета, м'язової системи і зв'язкового апарату. В дитячому віці постава – це предмет турботи батьків, учителів, предмет шкільного і фізичного виховання [4; 6]. У дитячому віці причинами порушень постави можуть бути безліч чинників: знижена рухова активність; нестача мінеральних і органічних речовин в раціоні; порушення організації робочого простору учня; порушення режиму праці і відпочинку (підвищення шкільних навантажень); низький рівень

компетентності батьків з питань організації умов для формування здорової постави тощо.

Навчальне навантаження істотно впливає на процес становлення та розвитку хребта. Діти впродовж дня змушені тривалий час зберігати робочі пози, які часто не відповідають нормальній фізіології. Знаходження за столом під час приготування уроків або за комп'ютером протягом тривалого часу, особливо в неправильному положенні призводять до розтягування та ослаблення м'язів спини. Протягом часу цей статичний стереотип закріплюється, і дитині правильно сидіти і стояти вже «незручно» [4].

Порушення постави в дитячому віці звичайно не є захворюванням, це стан, який в разі своєчасно здійснених оздоровчих заходів не прогресує і є зворотним процесом. Проте порушення постави поступово може призвести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршення ресорної функції хребта, що негативно впливає на діяльність центральної нервової системи, серцево–судинної і дихальної систем, зумовлюючи хронічні захворювання внутрішніх органів, слабкість м'язів і зв'язкового апарату, зниження витривалості.

Порушення постави значно легше запобігти до їх появи, ніж згодом витратити сили і час на їх усунення і корекцію.

На жаль, термін «постава» частіше вживають в разі її порушень, в тому числі і в спеціалізованій літературі. На наш погляд, більш пильну увагу заслуговує *виховання постави, або формування навичок правильної постави*.

Термін «виховання постави» можна визначити як систематичний педагогічний процес, спрямований на запобігання порушення постави, що виникає в процесі індивідуального розвитку, із застосуванням спеціальних коригуючих вправ і засобів гігієни.

Під час виховання постави є важливим реалізувати з раннього віку (у сім'ї, в дитячих садах і школі) заходи загальнооздоровчого характеру (раціональний руховий режим і живлення, загартування, гігієна фізичної і розумової праці тощо), серед яких особливе значення надається правильному використанню засобів фізичної культури, кінетотерапії і кінетопрофілактики [4].

Система виховання постави повинна ґрунтуватись на принципах педагогіки, фізіології, анатомії, естетики. Виховання постави повинно починатись з моменту дозрівання нервової системи і появи поставочних рефлексів, тобто з віку 6–8 років. Саме в цьому віці опорно–рухова система починає зазнавати навантажень, що пов'язано з шкільним навчанням. Фізіологічний і біомеханічний зміст рефлексів постави – рефлекторне, автоматичне повернення тіла до положення рівноваги.

Основна мета під час виховання постави – це формування рухових навичок, тобто тренування рухів і положення тіла в просторі до їх автоматизації на рівні рухового стереотипу і підсвідомості, тобто формування стійкого рефлексу [6].

Формування рухових навичок включає: формування мотивації, тобто усвідомленого відношення до процесу вироблення правильної постави; навчання і тренування (багаторазове повторення, доведення до автоматизму і

вироблення умовного рефлексу; постійний контроль і корекція постави; підвищення функціональної витривалості всього організму (заняття спортом, фітнесом).

Методи контролю і корекції можна розподілити на групи: 1) вживання методів корекції постави із зворотним зв'язком (застосування коректорів постави, мануальна корекція). Цей метод корекції сприяє формуванню рефлексорного, несвідомого рівня контролю, є досить ефективним; 2) зовнішній контроль над поставою з боку членів сім'ї, викладачів. «Тримай спину прямо! Сядь рівно! – просять і вимагають батьки і вчителі. Ці вимоги є найбільш непродуктивним засобом виховання постави. У дитини відсутні рухові навички й уявлення про положення власного тіла в просторі, а їх відсутність призведе до того, що дитина випрямиться, так, як вона собі це уявляє. Швидше за все, вона рефлексорно прийме поставу перерозгинання, причому на нетривалий час. Цей метод контролю є доступним, проте малоефективним; 3) самоконтроль постави й аналітичні методи корекції положення тіла (з включенням аналізаторів, робота перед дзеркалом, на апаратах БОС, методики психосоматичної корекції). Це вищий рівень контролю постави. Метод ефективний в разі достатньої мотивації і свідомому відношенні до підтримання постави [4; 10; 18].

Формування і закріплення навички правильної постави є одним з істотних розділів фізичного виховання на уроках фізичної культури. За силою валеологічного потенціалу і здатності дії на збереження і примноження здоров'я людини фізична культура є одним з найзначніших і ефективніших. Завдання виховання постави вирішується під час освоєння техніки важливих рухових дій і під час виховання фізичних якостей, особливо таких, як сила і гнучкість, а також здатності до статичної і динамічної рівноваги. Особливу цінність для навику правильної постави становлять вправи за умов статичної і динамічної рівноваги.

До спеціальних вправ, які покращують поставу, належать вправи для зміцнення скелетної мускулатури (м'язів задньої і передньої поверхні тулуба, стегон), дихальні, на розтягування і розслаблення, симетричні коригуючі тощо [4; 11].

У школі дитина проводить досить багато часу, і педагоги зобов'язані постійно приділяти увагу поставі дітей, їхньому правильному положенню за столом, під час ходьби. Проте роль батьків, сім'ї в процесі формування навичку правильної постави важко переоцінити. Часто батьки не володіють достатніми знаннями в цій галузі або обмежуються лише рідкими зауваженнями

До заходів з виховання постави і профілактики її порушень належать: дотримання правильного режиму дня (час сну, неспання, живлення тощо); постійна рухова активність, що включає прогулянки, заняття фізичними вправами, спортом; контроль за рівномірним навантаженням на хребет (правильно підібраний шкільний рюкзак); сон на жорсткому ліжку або ортопедичному матраці; корекція дефектів стоп і якісне взуття; лікування

порушень зору і слуху; правильний підбір меблів і організація робочого простору (відповідно росту, хороша освітленість тощо).

Вихованню навичок правильної поведінки у дітей потрібно приділяти постійну пильну увагу. Лише спільні зусилля батьків, педагогів, учителів фізичного виховання сприятимуть профілактиці порушень поведінки і гармонійному розвитку опорно-рухового апарату школярів і зміцненню здоров'я.

Іншою проблемою, яка має місце у дітей і шкільної молоді – ожиріння. Ожиріння – це хронічне захворювання, яке характеризується надлишковим відкладенням жирової тканини, в організмі. В даний час ожиріння – серйозна медико-соціальна і економічна проблема сучасного суспільства

Чверть населення економічно розвинених країн світу має масу тіла, яка на 15% перевищує норму. В останні роки має місце «омолодження» цього вигляду патології. Статистика стверджує, що в даний час зайву вагу має кожна п'ята дитина. Профілактика і лікування ожиріння у дітей, становить найважливішу медичну, соціальну, демографічну, державну проблему.

У межах вищезазначеного проекту було встановлено, що до ожиріння в даний час є схильними від 5 до 18% учнів шкіл-учасниць проекту [8; 12; 17]. Найбільш частою причиною надлишкової маси тіла і розвитку аліментарного ожиріння є порушення енергетичного балансу, який у дітей є специфічним. Дитячий організм, який розвивається, потребує додаткових живильних речовин і калорій. Якщо кількість спожитих калорій відповідає витраченій енергії на процеси життєдіяльності і зростання організму, то маса дитини збільшується пропорційно до його віку і зростанню.

Діти, які споживають більше калорій, ніж необхідно, починають набирати вагу, що збільшує ризик розвитку ожиріння і виникнення проблем із здоров'ям [5]. Причиною дисбалансу енергетичного обміну в бік накопичення жирів в організмі найчастіше є поєднання підвищеної калорійності їжі і гіподинамії. До основних факторів ризику розвитку ожиріння у дітей потрібно віднести: спадкова схильність; нераціональне харчування та регулярне вживання висококалорійних харчових продуктів; гіподинамія, і, як наслідок, порушення енергетичного балансу; психологічні чинники: деякі діти переїдають, щоб справитись з проблемами або емоціями (напруга, стрес або нудьга); соціальні чинники: батьки є відповідальними за те, щоб придбати здорові і повноцінні харчові продукти. Завдання батьків – виховувати культуру здорового харчування і потреб до рухової активності у своїх дітей [11].

У дітей з надлишковою масою тіла й ожирінням істотно підвищується ризик розвитку функціональних і органічних порушень: артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, цукрового діабету, захворювань травної системи тощо. Крім цього, ожиріння може сприяти розвитку порушень з боку нервової системи (швидка стомлюваність, порушення сну і апетиту, зниження працездатності). У підлітковому віці надлишкова маса тіла може стати причиною соціальної ізоляції, зниженої самооцінки, депресії, розвитку

розладів харчової поведінки (булімія, анорексія) та ін. Ожиріння в дитячому віці може бути фактором ризику розвитку безпліддя у дорослих [5; 12].

У дітей з надлишковою масою тіла й ожирінням, опорно–руховому апарату доводиться функціонувати за умов підвищених навантажень, що зумовлює розвиток порушень постави і ходи, плоскостопість тощо.

Фахівці виділяють наступні основні механізми розвитку порушень опорно–рухового апарату у дітей з ожирінням: діти з ожирінням як правило, менше рухаються і часто для них є характерною слабкість м'язово–зв'язкового апарату; велика маса тіла зумовлює підвищене навантаження на зведення стопи, колінний і тазостегновий суглоби; при ожирінні відбувається зсув центру тяжіння тіла, що зумовлює порушення фізіологічних вигинів хребта, дисбаланс скелетної мускулатури; підвищене механічне навантаження на хребет, особливо на міжхребцеві диски приводить до передчасних дегенеративних змін; надлишкове відкладення жиру в організмі сприяє демінералізації кісткової тканини, тобто розвитку остеопорозу.

Нормалізація маси тіла – складний процес, що вимагає комплексного вживання наступних заходів: кінетотерапія і кінетопрофілактика; дієтотерапія і корекція харчової поведінки; підвищення валеологічної культури і компетентності з питань саногенезу і здоров'язбереження.

Провідна роль належить кінетотерапії і кінетопрофілактиці, застосування яких сприяє вирішенню наступних завдань: нормалізація маси тіла, активація обміну речовин, зміцнення зв'язково–м'язового апарату, збільшення гнучкості, профілактика порушень постави, оптимізація психоемоційного фону, нормалізація роботи серцево–судинної системи, підвищення загального рівня валеологічної культури тощо.

У наших дослідженнях було розроблено й апробовано кінетотерапевтичну програму реабілітації дівчат 13–15 років з надлишковою масою тіла. Основою розробленої програми було поєднання регулярних фізичних навантажень із зниженням споживаних калорій, а також виховання свідомого відношення до свого здоров'я, режиму дня, харчового раціону. Метою лікування було не зниження ваги, а активація обміну речовин, нормалізація енергетичного обміну, профілактика подальшої надбавки в масі тіла й ускладнень з боку інших органів і систем [12].

Програма кінетотерапії включала наступні етапи:

I етап – адаптаційний, направлений на адаптацію організму, серцево–судинної, дихальної і м'язової систем до подальших навантажень. До занять включали динамічні вправи в аеробному режимі, дихальні вправи, елементи ігор. З метою підвищення рівня компетентності з питань саногенезу і здоров'язбереження проводилися бесіди про особливості енергетичного обміну у дітей, про раціональне, повноцінне харчування і шкоду безпідставних голодувань та «модних» дієт для схуднень, про користь систематичних занять фізичною культурою і спорту для здоров'я і краси. Тривалість періоду – від 4 до 8 тижнів.

II етап – функціональний, спрямований на тренування м'язового апарату і розвиток сили і витривалості м'язів. Застосовувалися тренувальні

програми у поєднанні з масажем, стрейчингом, дієтотерапією і корегувальною гімнастикою для профілактики порушень постави. Упродовж періоду продовжували приділяти увагу теоретичним і практичним основам підтримки нормальної ваги без шкоди для здоров'я. Тривалість періоду – 3–4 місяці.

III етап – підтримуючий, направлений на закріплення результатів попередніх періодів. Рекомендувалося продовжувати заняття самостійно або зайнятися яким–небудь видом спорту.

У ході дослідження у учасниць достовірно покращилися показники, а саме: знизився центильний інтервал – з $91,4 \pm 2,74$ до $79,0 \pm 6,52\%$, покращились результати тесту Купера й об'ємів талії і стегон [12].

Особливої уваги заслуговує той факт, що у них змінилося ставлення до проблем зайвої ваги і до власного здоров'я. Всі учасники експерименту переконалися, що в майбутньому у випадку проблем надмірної ваги, методом вирішення цієї проблеми буде тільки збільшення рухової активності, а не відмова від прийому їжі.

Слід зазначити, що лікування і профілактика надлишкової маси тіла й ожиріння у дітей є складним завданням, до вирішення якого необхідно залучати і батьків. Дитина та її батьки мають бути готові до зміни способу життя. Батькам рекомендується подавати власний приклад, підтримувати заняття спортом, важливу роль має сприятливий психологічний клімат в сім'ї [5; 7; 12].

Таким чином, у межах реалізації кінетотерапевтичних і кінетопрофілактичних програм з дітьми слід приділяти увагу підвищенню їхнього рівня компетентності з питань здоров'язбереження. Гармонійному розвитку опорно–рухового апарату учнів, профілактиці порушень постави і зміцненню здоров'я може сприяти лише комплексний підхід і спільні зусилля батьків, педагогів, учителів фізичного виховання. Кінетопрофілактична програма для дітей з надлишковою масою тіла має бути спрямованою на збільшення рухової активності, формування адекватної харчової поведінки і виховання усвідомленого ставлення до свого здоров'я.

Список використаних джерел

1. Апанасенко Л. Г., Попова Л. А. Медицинская валеология. – Ростов н/Дону: Феникс, 2000. – 245 с.
2. Вайнер Э. Н. Валеология и здоровье человека // ОБЖ. Основы безопасности жизни. – 2008. – № 12. – С. 39–45.
3. Васина Н. А. Проблемное обучение как средство формирования здоровьесберегающей компетентности школьников // Индивидуализация познавательной деятельности школьников. Концепции. Проблемы. Перспективы: сб. научн. тр. МОУ ВПО МИЖ. – Жуковский: Спутник, 2010. – С. 117–119.
4. Забалуева Т. В. Закономерности формирования осанки средствами физической культуры // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2006. – № 4. – С. 51–54.
5. Картелишев А. В., Румянцев А. Г. и др. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков. – М.: «Медпрактика–М», 2010. – 280 с.
6. Красикова И. С. Осанка: воспитание правильной осанки. Лечение нарушений осанки. – СПб.: КОРОНА принт, 2001. – 135 с.

7. Манолаки В., Завалишка А., Погорлецки А. и др. Средства лечебной физической культуры в профилактике заболеваний и восстановлении здоровья детей школьного возраста. Методическое пособие. – Chişinău: USEFS, 2013. – 60 p.
8. Погорлецки А., Завалишка А. К вопросу о нарушениях осанки и ее воспитании // Materialele Conferinţei Ştiinţifice Naţionale «Tendinţele noi în profilaxia şi dezvoltarea generaţiei în creştere» în cadrul proiectului instituţional «Tendinţele contem-porane pentru susţinerea unui regim de viaţă sântos, prin profilaxia şi recuperarea deficienţilor aparatului locomotor la populaţia de vârstă şcolară prin metode fizice» (Chişinău, 18 noiembrie, 2013). – Chişinău: Pontos, 2014. – P. 130–138.
9. Погорлецки А.Н., Завалишка А.А., Демченко П.П. Результаты мониторинга уровня физического развития учеников начальных классов республики Молдова // Матер. II Междунар. научн.–практ. конф. «Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы» (Минск, 2–3 апр. 2015 г.). – Минск: БГМУ, 2015. – С. 308–311.
10. Погорлецки А. Н., Узун Р. Д. Результаты применения БОС–терапии в реабилитации детей со сколиозом // Зб. наук. праць. II Міжнар. наук.–практ. конф. «Педагогіка і сучасні аспекти фізичного виховання» (18–19 квітня 2017 р., м. Краматорськ). – Краматорськ: ДДМА, 2017. – С. 290–297.
11. Попов С. Н. Физическая реабилитация: учебное пособие. – Ростов н/Дону, 2005. – С. 202–203.
12. Савицки С., Погорлецки А. Кинетопрофилактика избыточной массы у подростков // Mater. Conf. Ştiinţifice Internaţionale a doctoranzilor «Cultura fizică: Probleme ştiinţifice ale omniugmentului şi sportului». – Chişinău, 2012. – P. 278–283.
13. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
14. Тихомирова Л. Теоретико–методологические основы здоровьесберегающей педагогики: дисс. ... докт. пед. наук. – Ярославль, 2004. – 339 с.
15. Фурдуй Ф. И., Чокінэ В. К. и др. Санокреатология – новая область биомедицины, разрабатывающая теорию и методы целенаправленного формирования и поддержания здоровья // Tehnologii avansate în pragul secolului XXI. – Ch., 2000. – P. 100–101.
16. Яковлева Т. О проблемах сохранения и укрепления здоровья школьников // Здоровьесберегающее образование. – М., 2009. – № 2. – С. 6–7.
17. Manolachi V., Zavaliesca A. Pogorletchi A. eiechiadecercetare; Monitorizareadezvoltăriifiziceeipregtiriimotorice a elevilor din şcolile Republicii Moldova la etapa actuală, Lucrare ştiinţifică informativă – Chişinău: Pontos, 2014. – 130 p.
18. <https://>

ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З НЕЙРОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ (Войтко В.В.)

Необхідність духовного відродження нашої держави у зв'язку з істотними соціально–економічними змінами зумовлює актуальність проблеми виховання та розвитку дитини, її адаптації до нових суспільних відносин, нових вимог життєдіяльності.

У плані зазначеної проблеми особливо актуальним є вирішення питання виховного впливу на дітей з нейротичними ускладненнями, які в умовах інтеграційних тенденцій в освіті навчаються в загальноосвітніх школах і складають значний відсоток серед школярів, які відстають у

навчанні, складних у вихованні, із симптомами ранньої шкільної дезадаптації. Діти з нейротичними ускладненнями є об'єктом вивчення як у загальній, так і спеціальній педагогіці та психології. У дефектології таких дітей відносять до осіб з відхиленнями по типу асинхронії з перевагою емоційно-вольових порушень; з емоційно-поведінковими розладами; з порушеннями спілкування та поведінки тощо (Л. Кузнецова, В. Лебединський, К. Лебединська, О. Мастюкова, В. Синьов, В. Ерніязова та ін.). У цілому відмічається, що діти з порушеннями емоційно-вольової сфери відносяться до категорії аномальних дітей, хоча і не потребують навчання за особливими програмами та спеціальними методами. Вони потребують спеціального особистісно орієнтованого корекційного та соціально спрямованого виховного впливу.

Питання психологічного аспекту проблеми найбільшою мірою висвітлюються у працях В. Гарбузова, О. Захарова, Х. Копистянської, В. Леві, А. Свядощ, С. Файнберга, В. Ерніязової та ін.

Питання педагогічного забезпечення роботи з такими дітьми певною мірою вивчалися Ю. Азаровим, Ш. Амонашвілі, І. Бехом, А. Макаренком, А. Петровським, В. Сухомлинським та ін. Проблема вивчення та виховання дітей з нейротичними ускладненнями різною мірою була предметом дослідження і у корекційній педагогіці та спеціальній психології: Т. Власова, Л. Виготський, В. Гарбузов, Т. Іл'яшенко, В. Кащенко, В. Лебединський, В. Лубовський, М. Певзнер, А. Співаковська, В. Синьов, М. Телешевська та ін. [1; 2; 3; 4; 5; 6 та ін.].

На сучасному етапі суспільного розвитку держави однією з найбільш гострих проблем є проблема створення умов для гармонійного розвитку особистості. Невирішуваність цієї проблеми гостро позначається на збільшенні відсотку дітей з неврозом чи нейротизмом.

В. Мясіщев визначає невроз як хворобу особистості, «котра виникає внаслідок конфлікту людини з оточуючою її дійсністю, конфлікту, котрий руйнує його соціальні зв'язки, ізолює його». Що ж стосується суті неврозів, то тут початок істинно-науковому розумінню неврозів поклали дослідження видатних фізіологів І. Павлова та М. Введенського. Дослідження І. Павловим експериментальних неврозів у тварин і аналіз невротичних станів у людини дали можливість йому визначити невроз як хронічне довготривале порушення нормальної вищої нервової діяльності, котре викликає перенапругу нервових процесів в корі великих півкуль головного мозку під дією неадекватних за силою чи тривалістю зовнішніх подразників. «Невроз – хвороба, яка обумовлена дією інформації», «...це захворювання, яке виникло в результаті емоційних переживань, з котрими дитина не змогла справитись. Щоб зрозуміти ці переживання потрібно з дитиною спілкуватись, грати, допомагати їй» [8]. Сама ж «...історія розвитку неврозів являється історією формування потреб і можливостей їх задовольнити...» [8].

Відмічається, що при невротичних станах чи неврозах відбувається непродуктивна витрата нервової енергії завдяки проявам підвищеної подразливості, бурхливих довготривалих переживань з самого незначного

приводу, постійної хворобливої фіксації на своєму самопочутті. Всі прояви мають своє коріння, свою природу, негативний храм, який якщо вчасно виявити, правильно осмислити і творчо скомпонувати, то шляхом виховання, поступово, можна вивести на здоровий шлях розвитку.

У наш час можна вважати найбільш ґрунтовним і загальноприйнятим визначенням неврозів як психогенних захворювань, в розвитку котрих істотну роль відіграє зіткнення особливо значущих, емоційно насичених відношень особистості з непереносною для неї життєвою ситуацією. Порушення відносин особистості формується на базі індивідуальних якостей нервової системи під впливом несприятливого соціально–побутового середовища, перш за все дефектів виховання в сім'ї. Це тлумачення розділяють Б. Карвасарський, М. Кабанов, В. Ковальов, А. Личко, Н. Феминська та ін. [7].

Тобто, для запобігання виникнення неврозу (хвороби) важливо помітити початкову його стадію – можливість появи чи появу нейротизму у дитини (ускладнення в розвитку), вжити правильних корекційно–виховних заходів по його запобіганню чи знешкодженню. Іншими словами, невроз – це невиявлений своєчасно нейротизм, який при відсутності корекції перейшов зі стадії ускладнення (нейротизм) у стадію захворювання (невроз), тобто із педагогічної галузі перейшов уже в галузь медичну. Педагогічною задачею є передусім корекція нейротизму як попередження чи запобігання виникнення неврозу [3; 5; 10 та ін.].

Аналіз психолого–педагогічної літератури показав, що теоретичні та практичні аспекти проблеми вивчення та виховання дітей з нейротизмом чи нейротичними ускладненнями певною мірою розглядаються у працях І. Беґа, Т. Вісковатової, А. Петровського, Є. Стоунса, В. Сухомлинського та ін. Найбільшою мірою ця проблема досліджувалась Т. Власовою, Л. Виготським, В. Гарбузовим, О. Захаровим, В. Кащенком, М. Певзнер, М. Рождественською, В. Синьовим та ін.

Деякі питання психологічного аспекту проблеми розглядаються у працях Г. Айзенка, Ю. Гіппенрейтер, О. Захарова, А. Колупаєвої, В. Кузьміної, К. Лебединської, В. Лубовського, Р. Овчарової, О. Овчиннікової, А. Свядош, М. Телешевської, С. Файнберга та ін. Питання педагогічного забезпечення вивчалися А. Петровським, А. Співаковською, В. Сухомлинським та ін.

Аналіз літератури доводить, що проблема нейротизму досліджується, в основному, у плані вивчення характерологічних проявів у поведінці (В. Гарбузов, О. Захаров, В. Кащенко, В. Кузьміна, А. Свядош, С. Файнберг та ін.). При цьому спостерігається використання різноманітної термінології для означення як нейротизму, так і, відповідно, для категорії дітей, яким він властивий.

Аналіз наукових джерел показав, що проблема саме нейротизму, різні її питання ставляться і вирізняються, коли досліджуються: «занедбані діти» (Р. Овчарова); діти з афективною поведінкою (І. Некрасова); неадаптовані діти, діти з симптомами ранньої шкільної дезадаптації (Л. Дзюбко, G. Neret,

Bloch Laine); «нервово–збудливі діти» (Н. Д’якова); «важкі діти» (Є. Гіндес, І. Невський та ін.); «дефективні діти», «особливі діти», «виняткові діти», (І. Каіров, В. Кащенко, А. Колупаєва). Таким чином узагальнюються певні типи нестандартних дітей, складних для навчання та виховання.

Дітей з нейротичними ускладненнями називають «неприсосованими» (неадаптованими – *inadaptés*), розуміючи під неадаптованістю ускладнення, з котрими стикається індивід при його входженні у середовище і з якими він живе, якщо не отримає спеціальної допомоги (G. Neret). Неприсосованість характеризується як недолік, котрий заважає індивіду інтегруватися в середовище і створює перешкоди для адаптації, знаходження свого місця у соціальному середовищі. Bloch Laine зауважує, що неприсосовані діти, підлітки, юнаки та дорослі – це ті люди, які, залежно від міри ваги різних причин, відчувають більші чи менші труднощі, що заважають їм проявити себе, як інші.

Л. Дзюбко, вивчаючи психологічні особливості ранньої шкільної дезадаптації і шляхи її подолання у дітей, до симптомів дезадаптації відносить і нейротичну схильність, яка проявляється у хронічній відсутності допитливості, нестабільності навчальних успіхів, нездатності довільно регулювати власну поведінку, увагу, неорганізованості, непосидючості, невмінні пристосуватись до шкільного життя, швидкій стомлюваності. Називаються забіякуватість, конфліктність, упертість, занижена самооцінка, відмежованість від ровесників, вразливість, тривожність, стурбованість, нестійкі страхи та ін..

В інших джерелах досліджувана категорія дітей відноситься до «нервово–збудливих». При цьому підкреслюється, що такі діти інтуїтивно відчувають упереджене ставлення до себе з боку дорослих і надзвичайно різко реагують як на позитивне, так і на негативне [6].

Діти з нейротичними ускладненнями розглядаються і як «важкі діти» (С. Барт, Н. Бунцельман, Є. Гіндес, В. Гіндікін, В. Кащенко, К. Лебединська, Г. Легенький, М. Певзнер, І. Невський та ін.). Але водночас відмічається, що термін «важковиховувані діти» – це збірна група, в котру входять усі діти, для яких важко бути дисциплінованим чи опанувати систему наук, «...важкими названі діти, котрі через емоційні розлади чи порушення поведінки виявляються важкими для дорослих. Ці розлади причиняють самим дітям не менше неприємностей, ніж оточуючим, так як перш за все лишують їх радості дитинства» [1; 3; 4; 5; 6 та ін.].

Досліджувана категорія дітей вивчається і серед «дітей дефективних», «дітей з порушенням розвитку», «виняткових дітей», (О. Каіров, В. Кащенко, М. Певзнер, К. Лебединська, В. Липа, А. Співаковська, В. Синьов та ін.), яких характеризують вади характеру. В. Кащенко називає таких дітей винятковими. Він підкреслює, що лікарі і педагоги мають справу з аномаліями, обумовленими не тільки органічними недоліками, але і відхиленнями при стартовій нормальній психіко–соматичній конституції, викликаними неправильним способом життя, несприятливими соціальними умовами. Крім того, неправильність у поведінці, у стосунках з оточуючим

середовищем, у сприйнятті соціальної інформації можуть бути пов'язані і з надмірним проявом тої чи іншої особливості організму особистості. Врешті, ще один аспект – суто гуманістичний. Недоліки, с котрими доводиться мати справу, ...як правило, не означають соціальної неповноцінності майбутньої дорослої людини. Вихідна настанова лікаря і педагога має бути зорієнтована на потенційну соціально–психологічну повноцінність особистості, що формується. Саме тому мова має йти не про дефективність дитини, а про винятковість ситуації, маючи на увазі, що кожна дитину з патологічними рисами в характері і в поведінці варто зробити гідним членом суспільства і не примушувати її свідомість штапом, попередити від неправильного упередження оточуючих її людей. В. Кащенко застерігав від крайності: одна справа – безнадійний з медичної точки зору стан, тяжкий психічний розлад, це є компетенція лікарів–спеціалістів, а інша – виняткові діти, котрі потребують лікувальної (корекційної) педагогіки. Дефективні діти – це не тільки ідіоти і відсталі діти, раз вони зустрічаються у середній школі. Це велика група дітей з різного роду відхиленнями, недоліками. Завжди варто пам'ятати, що нервові діти – не хворі діти, а тільки більшою мірою сприйнятливі до хвороб та різних дефектів, аніж діти з нормально здоровою фізичною і психічною структурою. Але ці ж нервові діти дають від себе і більший відсоток талановитих людей». Відмічається, що «...це перш за все дитина не середня, не зовсім звична, чимось не така, як усі. «Виняткові діти» – соціально–повноцінні. Різниця зі звичайними дітьми тут ніякої немає. Правда, виняткові діти потребують від вихователя цілої низки своєрідних спеціальних прийомів корекції його недоліків. «Виняткові діти» – загадкові діти, майбутнє котрих неясне». «Такі діти випадають із середньої маси, і задачі роботи з ними виявляються ідентичними задачам нормальної школи, але вимагають спеціальних підходів до дитини, “виняткових заходів в області виховання і навчання» [6].

Описується нейротизм у дітей з іншими порушеннями розвитку (К. Лебединська, В. Липа, І. Некрасова, В. Синьов та ін.). У цілому відмічається, що діти з порушеннями емоційно–вольової сфери можуть бути віднесені до категорії аномальних дітей, хоч і не повинні навчатись за особливими програмами та за допомогою спеціальних методів [7]. Необхідно також сказати, що більшість досліджень присвячена вивченню дітей з нейротизмом переважно раннього та дошкільного чи уже підліткового віку. Проблема дітей з нейротизмом молодшого шкільного віку, які мають адаптуватися до шкільних умов навчання, залишається недостатньо дослідженою.

Таким чином, при визначенні суті нейротизму ми відштовхувалися від концепції неврозу як хвороби особистості, котра обумовлена психічним травмуванням та проявляється в функціональних порушеннях нервово–психічної діяльності [4]. При цьому зауважуємо, що невроз – це предмет аналізу медицини, тоді як нейротизм, нейротичні ускладнення – психології та педагогіки, зусилля яких скеровані на цілеспрямований розвиток людини засобами педагогічного процесу. При цьому завданням психології та

педагогіки є попередження, послаблення та подолання нейротичних ускладнень з метою нормалізації розвитку дитини (тобто корекція розвитку), запобігання переходу нейротизму у невроз, переходу з галузі психолого–педагогічного впливу у галузь медичного втручання. Таке розуміння суті нейротизму, вибір адекватного терміну для називання досліджуваного явища певною мірою визначалися працями Г. Айзенка, В. Гарбузова, Л. Дзюбко, Н. Д’якової, О. Захарова, І. Каірова, В. Кащенко, Х. Копистянської, О. Миронова, М. Наєнко, І. Невського, Л. Первова та ін.

Так, Л. Первов, вивчаючи нейротизм, називає невротичні (або нейротичні – уточнення наше) реакції акцентуацією, наголошуючи, що це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але котрим властива тенденція до переходу в патологічний стан і котра завжди передбачає посилення певної риси, одночасно наголошуючи, що ці порушення являють собою функціональні розлади нервової системи, але не мають пошкоджень органів та тканини і характеризуються зниженим настроєм, роздратованістю, стомлюваністю, станом неспокою, тривожного очікування, надмірними переживаннями стосовно малозначущих подій, нерідко хворобливістю, в’ялістю. Гостру чи довготривалу психічну травму Л. Первов називає причиною нейротизму [9]

М. Наєнко, проводячи психологічний аналіз станів психічної напруги, зауважує, що в реальних умовах є безліч переходів від одного типу напруги до іншого та їх змішаних форм з переважним вираженням того чи іншого типу, а під типом напруження має на увазі саме схильність індивіда до тієї чи іншої невротичної реакції.

О. Миронов, вивчаючи та описуючи невротичні реакції у дітей, зазначає, що зустрічається немало випадків так званих нервових реакцій, які пов’язані лише з окремими нервово–психічними функціями. І, навіть якщо реагує особистість у цілому, на цьому фоні явно домінують якісь певні відхилення. «Подібні відхилення можуть бути порівняно короткочасним епізодом у житті і визначаються як невротичні реакції».

Посібники з практичної психології для початкової школи як невротичні реакції досить глибоко описують невротичні страхи, які можуть бути результатом довготривалих і невирішуваних хвилювань і тісно пов’язані з іншими невротичними розладами [1].

У тестах Г. Айзенка ми зустрічаємо термін «нейротизм», що являє собою параметр вивчення особистості, відповідно до якого всіх індивідів можна вишикувати в ряд, «на одному полюсі котрого знаходиться тип особистості, який характеризується надзвичайною стійкістю, зрілістю і чудовою адаптованістю, а на іншому – надзвичайно нервовий, нестійкий і погано адаптований тип». Однак, в інших виданнях праць Г. Айзенка зустрічається термін «нейротизм», який своїм тлумаченням не відрізняється від терміну «нейротизм», оскільки обидва походять від одного й того ж грецького слова *neuron* – нерв (у складних словах вказує на зв’язок з нервовою системою).

Дослідження доводять, що нейротичні ускладнення у розвитку особистості дитини виникають тоді, коли її позитивні властивості

особистості, не підкріплюючись у процесі спільної діяльності і спілкування з дорослими та ровесниками, втрачають глибину, проявляються все слабше, а ознаки нейротизму, навпаки, набувають більш наочного характеру.

У результаті теоретичного дослідження ми дійшли висновку, що нейротизм – це характерологічна особливість людини, що виражається у підвищеній схильності до нейротичних (чи невротичних) поведінкових реакцій («нервових зривів»), стану тривожності, в емоційній нерівноваженості. Нейротизм розглядається як ускладнення розвитку дитини. У педагогічній практиці та повсякденному житті у дітей спостерігаються різноманітні прояви нейротизму. Діти з нейротичними проявами – одна з категорій аномальних дітей, які характеризуються порушеннями емоційно–вольової і, відповідно, поведінкової сфери розвитку, яка потребує спеціального корекційно та соціально спрямованого виховного впливу з метою попередження та долання нейротизму, становлення особистості дитини, її підготовки до повноцінного суспільного життя.

Дана категорія дітей – це складна та неоднорідна за своїми проявами група з порушеннями розвитку емоційно–вольової (більшою мірою емоційної) сфери, у цілому яку характеризує певний розлад відношень з оточуючим середовищем – однолітками, друзями, вчителями, батьками.

Це призводить до недостатньої адаптації особистості до шкільних умов навчання, неадекватної поведінки, втрати емоційної та моральної рівноваги, спрощення, послаблення спілкування, певної акцентуйованості, невміння успішно та соціально–доречно проявляти свою активність.

Дитина з нейротичними ускладненнями потребує більше виховання, аніж звичайна, врахування знань про психологічні особливості та умови розвитку такої дитини. Суть спеціального виховання полягає передусім у формуванні у дітей соціально–значущих якостей, важливих для повноцінного суспільного життя та попередження, послаблення чи усунення проявів нейротизму.

Розв'язання питання психолого–педагогічного забезпечення виховного впливу на дітей зазначеної категорії залишається і досі одним з найактуальніших і недостатньо вирішених питань.

Список використаних джерел

1. Власова Т.А, Певзнер Н.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 175 с.
2. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
3. Гарбузов В.И. Нервные дети. – М.: Медицина, 1990. – 173 с.
4. Ерніязова В.В. Виховання молодших школярів з нейротичними ускладненнями: дис. ... канд. пед. наук. – К.: Інститут спеціальної педагогіки АПН України, 2003. – 290 с.
5. Захаров А.И. Детские неврозы. – СПб.: 1995. – 189 с.
6. Кащенко В.П., Крюков С.Л. Воспитание–обучение трудных детей. Из опыта санатория–школы д–ра В.П. Кащенко. – М.: 1912. – 55 с.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. –М., 1985. – 166 с.
8. Павлов И.П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности. – М.: Изд–во Мин. просвещения РСФСР, 1950. – 264 с.
9. Первов Л.Г. Нервность. – Л.: Медицина, 1976. – 86 с.
10. Свядощ А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 347 с.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕКОЛОГО–ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЗАКЛАДУ СПОРТИВНОГО ПРОФІЛЮ

(Волик Г.П., Скоропадська С.О.)

Сучасний стан суспільства, найвищі темпи його розвитку висувають нові, більш високі вимоги до людини та її здоров'я. Здоров'я як умова свободи життя є основним чинником у системі найважливіших людських цінностей. Прагнення людини до здорового способу життя в природному і соціальному середовищі впливає з потреб, які виробилися в процесі історичного розвитку. На думку Б. Спінози, здоров'я є найважливішою умовою досконалості людини, воно має великий вплив на духовний розвиток людини, що є необхідною умовою для його культурного розвитку.

І. В Україні намітилася тенденція до збільшення проявів негативної поведінки серед дітей та молоді. За ряду несприятливих соціокультурних умов дитяче та підліткове середовище спрямоване на прилучення до нікотину, алкоголю, різноманітних наркотиків, на ранні сексуальні зв'язки, що різко погіршує стан фізичного, психічного соціального і духовного здоров'я підлітків. У дітей розвивається агресивність, невдоволеність, почуття заниженої самооцінки. Все це нерідко перетворюється на конфлікти з однолітками, вчителями, батьками. Дослідження засвідчили, що половина дітей, які мають проблеми з фізичним та психічним здоров'ям, схильні до негативних виявів поведінки. Як результат – кожний п'ятий важко засвоює навчальний матеріал. Такі діти втричі частіше порівняно з іншими залучаються до вживання наркотиків [1]. Втрата здоров'я серед молоді створює проблему національної безпеки існування держави.

Підхід, спрямований переважно на боротьбу з наслідками негативних явищ, виявився не просто безперспективним, а викликав розчарування, роздратованість, соціальну апатію серед молоді. На жаль, тактика залякування та моралізаторства продовжує панувати в українському інформаційному й освітньому просторі. Просвітницька робота серед молоді щодо здорового способу життя поки не дуже ефективна. Знання про шляхи збереження і зміцнення здоров'я в навчальних закладах України реалізуються здебільшого формально, епізодично, без урахування об'єктивних тенденцій у молодіжному середовищі (погіршення життєвих умов, послаблення мотивації до здорового способу життя, низький рівень превентивних знань, навичок і вмінь).

Який вихід бачить суспільство з даної проблеми? Одним із шляхів є фізичний та духовний розвиток дитини. Учні закладів спортивного профілю мають чітку мету досягнення високих спортивних результатів. Вважається, що у таких дітей не виникають проблеми, що характерні для сучасних підлітків. Але як показує наш великий досвід роботи зі спортивною молоддю, такі проблеми не оминають навіть талановитих юних спортсменів.

Виходячи із завдань реформування освіти на утвердження здорового способу життя в Україні, вчителі Комунального закладу Київської обласної ради «Київський обласний ліцей – інтернат фізичної культури та спорту»

визначили мету своєї роботи – сприяння розумінню дітьми і молоддю через просвітницьку роботу переваг здорового способу життя, формування принципів здорового способу життя, стимулювання до самостійного й усвідомленого вибору життєвої позиції, визначення шляхів позитивної соціалізації молоді, здобуття знань, умінь, навичок здорового способу життя та відмова від негативної поведінки [1].

Ми розробили програму, в реалізації якої беруть участь всі суб'єкти освітнього процесу: ліцеїсти, вчителі, вихователі, тренери та батьки.

Мета програми: надати ліцеїстам у доступній формі інформацію про шкідливість тютюнопаління, наркоманії, алкоголізму, ВІЛ–інфікування, допінгу; показати глибину проблеми на прикладі несумісності великих спортивних досягнень та шкідливих звичок; сформувати навички самостійного аналізу та оцінювання запропонованої інформації; залучити учнів до розмови, дискусії; спонукати їх до прийняття своєчасних рішень щодо проблеми свого майбутнього здоров'я; сформувати бажання вести здоровий спосіб життя.

Очікуваний результат діяльності: особистісне зростання всіх учасників освітнього процесу; усвідомлене ставлення до власного здоров'я.

Сучасна концепція первинного, раннього попередження шкідливих звичок заснована на тому, що в центрі її повинні перебувати особистість підлітка і три основні сфери, в яких реалізується його життєдіяльність: сім'я, школа і дозвілля.

З метою досягти поставленої мети робота була поділена на 4 етапи: інформаційний; пошуковий; творчий; концептуальний.

Інформаційний етап. На першому етапі головним завданням є довести до ліцеїстів необхідну інформацію з метою переконання в пріоритетності здорового способу життя. Вся навчальна програма середньої загальноосвітньої школи дає можливість для повідомлення наукової інформації щодо фізіологічних та соціальних наслідків вживання алкоголю, наркотиків, куріння при вивченні різних дисциплін. На уроках літератури, біології, історії, хімії, основ здоров'я та ін. вчителі знаходять переконливі факти, що показують учням згубний вплив наркотичних речовин на здоров'я та побут людини.

У навчальному процесі традиційними стали такі форми організації навчально–виховної діяльності щодо профілактики: урок, лекція, семінар, зустрічі із фахівцями, із видатними спортсменами та тренерами.

Вони регулярно проводить для ліцеїстів лекції та бесіди про шкоду алкоголю і слабоалкогольних напоїв, тютюну для здоров'я юного спортсмена

Реалізуючи роботу в напрямку профілактики, у ліцеї проводяться заходи для учнів, на яких використовуються різноманітні форми роботи:

тренінги, конкурси малюнків, плакатів, тематичних стінгазет, рольові ігри, постановка та показ казок, участь у фестивалях валеологічних гуртків.

Доведено, що систематична рухова активність людини приводить до вироблення у неї ендорфінів. Ці речовини підвищують емоційний і знімають депресивні стани, страхи, комплекс неповноцінності і невпевненості в собі. Тому особливо важливим є включення в програму профілактики наркоманії та інших шкідливих звичок необхідність регулярних занять спортом, а також

зустріч з видатними спортсменами України – С. Бубкою, Я. Клочковою, І. Лященко, В. Дюдею, Н. Коваленко, І. Олефіренко. Вони доводять, що задоволення від життя можливо отримати без модних допінгів.

У рамках Днів профілактики проведення заходів з учнями беруть участь: медичний персонал обласного фізичного диспансеру; співробітники правоохоронних органів; психолог.

Здоровий спосіб життя, який пропагується, повинен знаходити щоденну реалізацію в сім'ї, закріплюватися, наповнюватися практичним змістом. Тому в ліцеї організована тісна співпраця з батьками учнів. Проводяться загальношкільні батьківські збори з профілактики правопорушень, злочинів, пропаганди ЗСЖ. Організовано батьківський всеобуч за тематикою «Здорова дитина – здорове суспільство» (з участю медичних працівників). Проводяться індивідуальні бесіди та консультації з батьками.

Профілактика шкідливих звичок ефективна, якщо: застосовуються як традиційні, так і сучасні підходи у профілактичній роботі; профілактична робота проводиться з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей; дітям і дорослим надана об'єктивна інформація про шкоду психоактивних речовин; їх вплив на людину, наслідки застосування; у процесі профілактичної роботи відбувається формування стійкого негативного особистісного ставлення до наркотичних та інших психоактивних речовин, адекватної самооцінки, навичок спілкування та саморегуляції [5].

Пошуковий етап. На II етапі почалась кропітка робота по визначенню пріоритетності методів і форм реалізації проблем.

У багатьох заходах є навчальні компоненти, розроблені для того, щоб змусити людей замислитися, як вони пояснюють свою участь у ризикованій діяльності. Це не означає, що такі міркування повинні займати центральне місце в майбутніх заходах, але вони можуть бути потенційно корисними для досліджень і розробки проектів.

Підлітки ефективніше вчать, коли цінуються їхні власні знання та спроможність щось зробити, а також, коли вони можуть поділитися та проаналізувати власний досвід у комфортному для себе середовищі. Тому тренінгові заняття дозволяють розкрити особистість ліцеїста, сприяють усвідомленому вибору правильних варіантів поведінки щодо здорового способу життя.

Для превентивного навчання ефективними є методи навчання у групі. Це, як мінімум, кооперативне навчання, мозковий штурм, групова дискусія, рольове моделювання й вправи – енергізатори [4].

Ліцеїсти визначили пріоритети та почали працювати над проектами. Актуальною творча група ліцеїстів II курсу визначила проблему тютюнопаління – «Спорт і нікотин несумісні», творча група ліцеїстів III курсу визначила проблему – ВІЛ/СНІДу – «СНІД крокує по Землі», «Міфи та факти про слабоалкогольні напої»; а творча група ліцеїстів IV курсу – наркоманії «Є альтернатива!!!, або незалежне розслідування Геніального Нишпорки».

На базі комп'ютерного класу ліцею ліцеїсти мають вільний доступ до веб-ресурсів. Тому головним інформаційним джерелом для розв'язання

проблеми став Інтернет. За допомогою мультимедійних засобів відбувається підведення підсумків у вигляді фестивалю, який став заключним моментом творчих знахідок вчителів та вихованців ліцею.

Творчий етап був надзвичайно цікавим тому, що ліцеїсти IV курсу презентували свої проекти й підготували більш конкретнішу інформацію для інших у вигляді власних буклетів.

Розробка комп'ютерних презентацій з відповідними назвами проектів під нашим керівництвом, дало можливість у цікавій та доступній формі для кожної вікової категорії донести необхідність зробити свій вибір, переконати ліцеїстів добровільно змінити свою поведінку, зробивши її більш безпечною.

Створення ліцеїстами реклами, плакатів буклетів допомогли іншим учням замислитися над цими проблемами.

Хто, як не наші учні–спортсмени, може найкраще пропагувати здоровий спосіб життя! Тому ми з радістю та ентузіазмом занурилися у підготовку до міського конкурсу соціальної реклами для молоді, яка ставила за мету якраз пропаганду здоров'я та засудження шкідливих звичок. Ми створили рекламні буклети, в яких перерахували 11 правил здоров'я, та зняли відеоролик. Неодноразово брали участь в міських конкурсах плакатів «Здоровим бути модно!», були учасниками фестивалю валеологічних гуртків, який проводився на базі міської станції Юних натуралістів. Діти показали учасникам фестивалю валеологічну казку «Гаррі Поттер у пошуках філософського каменя».

Концептуальний етап. Розуміючи важливість даної проблеми, у школі проводяться: педради, круглі столи, семінари. Темою обговорення стали результати моніторингу (проведений серед ліцеїстів) про несумісність високих спортивних результатів і шкідливих звичок. Позитивним є те, що ліцеїсти свідомо визнають пріоритетність здорового способу життя і негативно ставляться до шкідливих звичок. Більшість з них готові пропагувати здоровий спосіб життя серед однолітків.

На педрадах і засіданнях круглих столів розглядалася програма подальшого розвитку ліцейського руху «Ми – за здоровий спосіб життя», яка б поєднала навчальну, спортивну та виховну роботу для досягнення єдиної мети – формування у ліцеїстів свідомого ставлення до власного здоров'я, профілактика шкідливих звичок.

Формування мотивації на здоровий спосіб життя повинно йти не через негатив, а через позитив. Отже, є тільки одне – це необхідність кожному свідомо змінити свою поведінку.

II. Еколого–валеологічну культуру особистості можна розглядати як одну з сучасних стратегій подолання екологічної кризи та поліпшення здоров'я населення. Перед сучасним учителем стоїть соціальне завдання з формування еколого–валеологічної культури підростаючого покоління [6].

Стан довкілля, отже, і здоров'я людини, є величиною, похідною від діяльності людини, заснованої на її інтелектуальному і духовному розвитку, який передусім залежить від системи освіти.

Несприятлива екологічна ситуація диктує необхідність підготовки соціально адаптованого випускника школи, який має внутрішньо узгоджену

природничо–наукову картину світу, здатного самостійно знаходити відповіді на актуальні питання, вдосконалювати свої життєві плани в першу чергу у ставленні до природи та власного здоров'я.

Але як свідчить аналіз практики, випускники сьогоденної школи, добре володіючи інформацією, в недостатній мірі опановують спеціальні вміння і навички, необхідні для успішного вирішення проблем, що виникають при адаптації їх в суспільстві.

Ми працюємо над цією проблемою кілька років поспіль і поставили перед собою завдання – створити сприятливі умови для формування еколого–валеологічної компетенції учнів на уроках і в позаурочній діяльності. Як результат – високий рівень соціальної компетентності випускника навчального закладу.

Особливу увагу слід приділяти пошуковій і дослідницькій діяльності ліцеїстів в освітньому процесі, створювати навчально–практичні ситуації, в яких школяр набуває досвіду самостійної пізнавальної діяльності, необхідної для розвитку еколого–валеологічної компетентності.

Гуманістична модель еколого–валеологічної освіти орієнтована на самореалізацію й особистісний ріст учнів. Знання мають бути набутими, здобутими, «відкритими» самими дітьми. Лише тоді вони стануть для них важливими. Набуття знань, як і інші освітні завдання, можна вирішити лише зацікавивши дитину, створивши умови для того, щоб у неї виникла потреба в освіті. Ідеально відповідає цьому проектна діяльність, бо вона сприяє активному залученню й реалізації життєвих планів учнів [2].

На наш погляд, екологічне виховання слід починати не в космічних масштабах, а прямо тут, біля свого будинку, на своїй вулиці. Тільки усвідомлюючи особисті можливості, навчившись вирішувати найближчі екологічні проблеми, людина зуміє замислитись про долю Всесвіту в цілому. Саме з цього ми і почали з нашими ліцеїстами. Ми взяли кінокамеру та пройшлися рідним містом. Наш відеорепортаж поклав початок проекту «Велика шкода від маленької батарейки», в якому учні 9–10 класів (II–III курсів) проаналізували ті кроки, які людство робить для знищення всього живого та себе як виду. Вивчивши різні джерела інформації (газетні статті, науково–популярну літературу, *Internet*–новини тощо), учні навели конкретні приклади забруднення людиною водойм, повітря, ґрунту та наслідки, до яких це призвело. Презентували проект у вигляді «соціальної реклами» серед своїх однолітків в ліцеї, в школах міста та міських бібліотеках, створили інформаційний куточок «Шкода навколишньому середовищу від батарейки при неправильній утилізації».

Тема забруднення довкілля досить важка і для дорослих, не кажучи вже про дітей. Як же отримати позитивні емоції під час вивчення таких досить серйозних тем? З учнями старших класів ми переглядаємо, обговорюємо наукові фільми та дискутуємо на життєвоважливі і болючі екологічні теми, а для молодших ліцеїстів ці теми розкриваємо через різні ігри: казки з основ здоров'я, вистави, ток – шоу [3].

Отже, з наведеного можна зробити висновок, що людина – істота не тільки соціальна, але і біологічна. Тому зміст екологічної освіти має бути орієнтованим не тільки на духовний, соціальний, інтелектуальний розвиток особистості, як соціального об'єкта, але і на фізичний розвиток. Основним інтегральним екологічним критерієм є здоров'я, а гармонія відносин з навколишнім середовищем ґрунтується на рівновазі внутрішнього і зовнішнього середовищ організму людини.

Список використаних джерел

1. Програма Міністерства освіти і науки України / ПРООН/ ЮНЕЙДС «Сприяння просвітницькій роботі «рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя.
2. Задорожний К.М. Дослідна та проектна діяльність під час вивчення хімії. Бібліотека журналу «Хімія». – Х.: Основа. – 2008. – 107 с.
3. Петрасинський З. Тренінг успіху// Обдарована дитина. – 2004. – № 7. – С. 29 – 34.
4. Стеців Л. Реалізуємо метод проектів // Директор школи (Шкільний світ). – 2005. – № 40. – С. 19 –20
5. Шумакова Л.П. Мотиваційний тренінг як засіб активного соціально–психологічного навчання // Нові технології навчання: наук.–метод. зб. – К., 2000. – Вип. 25. – С. 114 –120.
6. Бойчук Ю.Д. Еколого–валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико–методичні аспекти: монографія. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. – 357 с.

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА КОНТРАЦЕПТИВНИЙ ВИБІР СТУДЕНТОК – ЗАПОРУКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЇХНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

(Бугаєвський К. А.)

В останні десятиліття, згідно з офіційними статистичними даними ВООЗ, рівень здоров'я більшості країн світу неухильно знижується [4; 5; 6, с. 14–17; 10, с. 9–19; 20, с. 74–80]. Не стало винятком і питання погіршення рівня репродуктивного здоров'я та репродуктивного потенціалу чоловіків і жінок, особливо молоді. Питання безпліддя, різке погіршення стану репродуктивного здоров'я населення, різке зростання кількості захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) та неконтрольованого, безвідповідального застосування сучасних засобів контрацепції, надзвичайно гостро стоїть і в Україні [5]. Тому дослідження, присвячені репродуктивній поведінці молоді, в т.ч. студентської, завжди є актуальними. Молоді люди, які перейшли на новий рівень своєї самостійної, студентського життя, у відриві від батьківської опіки, починають самостійно будувати своє особисте життя, в тому числі і сексуальне, що не завжди позитивно впливає на стан їхнього здоров'я [4; 5; 14, с. 167–171; 15, с. 66–68]. Як свідчать численні вітчизняні та зарубіжні дослідження останніх десятиліть, які присвячені різним аспектам сексуального життя та моделі репродуктивної поведінки молоді, явним стає факт того, що більшість сучасних дівчат мають примарне, спотворене уявлення про її особливості та практичні моделі безпечної сексуальної поведінки. Більшість молодих дівчат мають поверхневі знання про сучасні протизаплідні засоби і їх практичне застосування та, відповідно,

не вміють визначати модель своєї репродуктивної поведінки, в т.ч. в умовах студентського життя [1, с. 32–34; 3, с. 196–198; 7, с. 1202–1212; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346]. Дослідження, присвячені контрацептивній поведінці молоді, в т.ч. й студентської, особливо актуальні сьогодні, в зв'язку з тим, що в нашій країні гостро стоїть проблема депопуляції та великої кількості штучних абортів [8, с. 136–142; 12, с. 274–275; 16, с. 22–2617, с. 751–75319, с. 285–289]. За даними більшості досліджень останніх років, початок (дебют) статевого життя у сучасних юнаків і дівчат значно «помолодшав» [1, с. 32–34; 3, с. 196–198; 7, с. 1202–1212; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346]. Згідно з даними вітчизняних та зарубіжних досліджень встановлено, що багато дівчат мають свій перший сексуальний досвід уже в 12–14 років [1, с. 32–34; 3, с. 196–198; 7, с. 1202–1212; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346]. Звідси високий рівень ранніх абортів, підліткових вагітностей та пологів, епідемія статевих інфекцій [8, с. 136–142; 12, с. 274–275; 16, с. 22–2617, с. 751–75319, с. 285–289]. Метою проведеного дослідження та написання цієї статті було визначення рівня обізнаності студенток–медиків про існуючі види сучасних протизаплідних засобів, оцінка їх прийнятності та визначення спектру сексуальної активності студенток в питаннях їх репродуктивної та контрацептивної поведінки, практичного використання різних методів сучасної контрацепції, як запоруки небажаної вагітності та засобом профілактики в збереженні стану їхнього репродуктивного здоров'я.

Дослідження проводилося в 2016–2017 навчальному році на базі Запорізького державного медичного університету. У проведеному дослідженні, поняття «репродуктивна/контрацептивна поведінка», розглядаються як наявність у студенток розуміння репродуктивної установки, практичної моделі сексуальної поведінки та визначення існуючої схеми контрацептивного вибору [1, с. 32–34; 8, с. 136–143; 11, с. 341–346]. У проведеному дослідженні взяли участь 178 дівчат–студенток III і IV курсів I медичного факультету, відділень «Лікувальна справа» та «Стоматологія» Запорізького державного університету.

Для досягнення поставленої мети був спеціально підготовлений авторський варіант анкети, що включає в себе 28 питань, присвячених індивідуальним особливостям статевого життя дівчат, застосування ними протизаплідних засобів, визначенням рівня їхнього репродуктивного здоров'я. Нами використовувалися співбесіди зі студентками, що доповнювало ті питання анкети, на які не завжди можна було повно відповісти і які вимагали додаткового коментаря. Також проводився аналітичний огляд доступних джерел інформації з досліджуваного питання, вивчення доступної медичної документації дівчат–студенток, які брали участь в проведенні дослідженні. Після його закінчення, всі отримані результати були узагальнені, проаналізовані та статично оброблені.

Вік студенток досліджуваної групи ($n=178$) склав $22,47\pm 0,56$ року. Для отримання інформації про стан репродуктивного здоров'я дівчат, ми вивчали процес формування та перебігу їхнього оваріально–менструального циклу. При вивченні цих особливостей, були отримані наступні результати (табл. 1).

Таблиця 1.

Особливості менструального циклу студенток III–IV курсів

№ з/п	Найменування показника	Фізіологічні параметри	Отримані результати
1.	Строк настання менархе	12,5–13 років	12,6±0,7 років
2.	Строки встановлення менструального циклу	1–1,5 роки	1,2±0,34 роки
3.	Тривалість менструального циклу	21–35 днів	26,6±0,28 днів
4.	Тривалість менструальної кровотечі	3–7 днів	5,4±0,2 дні

Усі дані, що стосуються особливостей менструального циклу в даній групі студенток, відповідають загальноприйнятій в фізіології та гінекології нормі. Але, при більш ретельному розгляді було встановлено, що менструальний цикл менше 21 дня (поліменорея) [2, с. 17–25; 5] був визначений у 9 (5,06%) студенток. Менструальний цикл більш 35 днів (опсоменорея) [2, с. 17–25; 5] – у 27 (15,17%) студенток. Менструальної кровотечі, менше 3 днів, або (олігоменорея) [2, с. 17–25; 5] – у 2 (1,12%), більше 7 днів (менорагія) [2, с. 17–25; 5] – у 3 (1,69%). Мізерні менструації (гіпоменорея) [2, с. 17–25; 5] зафіксовані у 20 (11,24%) студенток, рясні (гіперменорея) [2, с. 17–25; 5] – у 46 (25,84%) студенток. Установлено, що менструальний цикл встановився відразу після першої менструації (менархе) – у 28 (15,73%) студенток. При цьому менструальний цикл є нерегулярним і не встановився до сих пір у 25 (14,05%) досліджуваних студенток. Прояви альгодисменореї (болісні та нерегулярні менструації, часто з вегетативними проявами) [2, с. 17–25; 5], встановлені у 76 (42,70%) дівчат, передменструальний синдром (ПМС) – у 166 (93,26%) з усіх студенток. При визначенні моделі сексуальної поведінки в усій групі студенток, нами отримана наступна інформація про стан їхнього статевого життя, яка представлена на рис. 1.

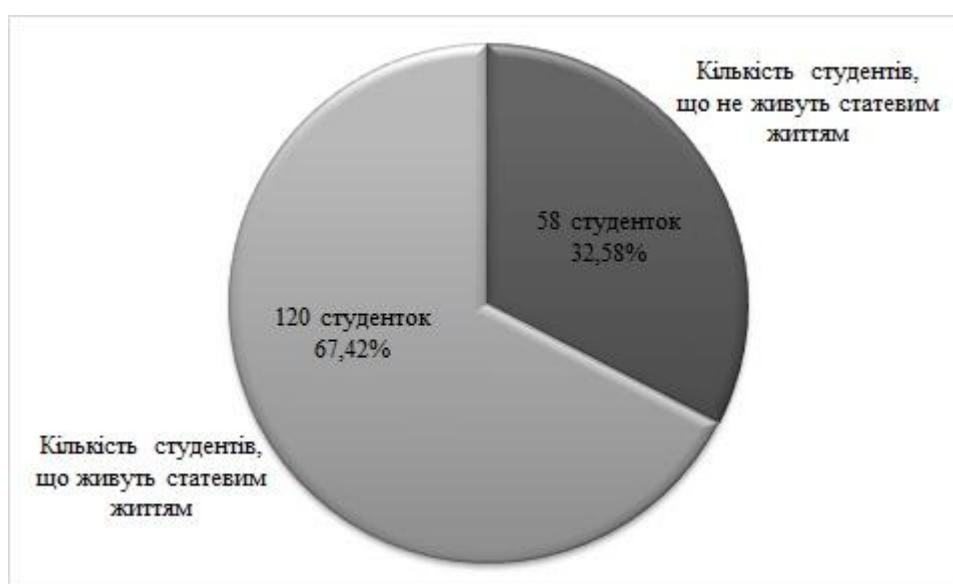


Рис. 1. Розподіл даних про наявність статевого життя в групі

При вивченні питання, що стосується супутньої гінекологічної патології у досліджуваних студенток, було встановлено, що найбільш часто зустрічаються: дисплазія шийки матки – у 13 (7,30%), синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – у 8 (4,49%) і різноманітні кістозні утворення яєчників – у 4 (2,25%), хронічний аднексит – у 4 (2,25%), фіброзно-кістозна мастопатія – у 12 (6,74%). Явища гіперандрогенії визначені у домінуючій кількості – 102 (57,30%) студенток, при цьому у 71 (39,89%) з них достовірно зафіксовані прояви акне і себореї, у 31 (17,98%) явища гіпертрихозу і гірсутизму [2, с. 17–25; 5]. На момент дослідження взагалі не живуть статевим життям 58 (32,58%) студенток, а 39 (21,91%) – не живуть тимчасово. При цьому в офіційному шлюбі живуть тільки 14 (7,87%), в цивільному шлюбі – 26 (14,61%) дівчат-студенток. Дані, що відображають визначення віку, в якому стався дебют статевого життя у студенток досліджуваної групи наведені на рис. 2.

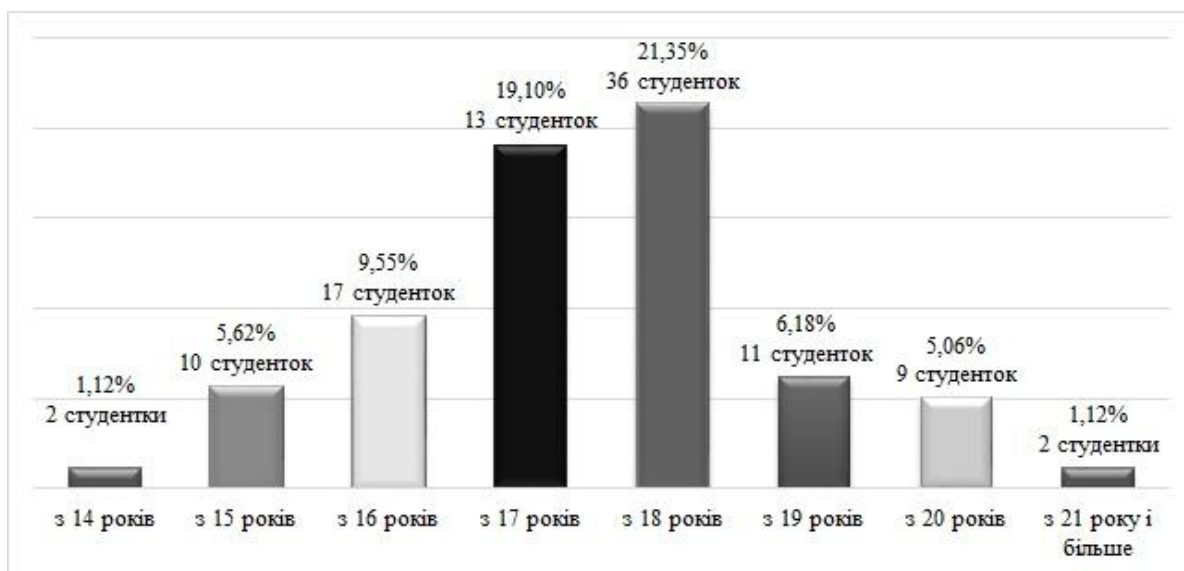


Рис. 2. Вік дебюту статевого життя у досліджуваних студенток

Визначено, що піковими роками сексуального дебюту в даній групі студенток був їх вік з 16 до 18 років – у 87 (48,88%) дівчат. Також було встановлено, що мають тільки 1 статевого партнера 74 (61,16%) студентки, з числа тих, хто має статеві відносини (n=121). 23 (19,01%) студентки мають одночасно 2–3 статевих партнерів. Більше 3-х партнерів (від 4 до 7) мають 7 (5,79%) студенток, що вже живуть статевим життям. Ризиковані сексуальні установки та контрацептивну поведінку [12, с. 274–275; 13, с. 75–88] було визначено у 35 (19,66%) студенток досліджуваної групи. Встановлено, що вагітність (в анамнезі) була у 18 (10,11%) студенток. У 1 (0,56%) були фізіологічні пологи, у 16 (8,99%) дівчат – артифіціальний аборт на ранніх термінах вагітності і в 1 (0,56%) студентки – самовільний викидень в терміні вагітності 8–10 тижнів. Як відомо, ефективна контрацепція, це одна з головних складових збереження та підтримання репродуктивного здоров'я жінок репродуктивного віку, які ведуть активне сексуальне життя [16, с. 22–26]. Вивчаючи особливості контрацептивного поведінки студенток, нам вдалося

з'ясувати наступне: дівчат, які вважають, що вони добре розбираються в питаннях застосування сучасної контрацепції виявилось 11 (6,18%). Вважають, що непогано розбираються в питаннях контрацепції – 17 (9,55%), мають загальне уявлення з цього питання – 41 (23,03%). Вважають, що мають поверхнєве, нечітке уявлення – 37 (20,79%) дівчат. Також 72 (40,45%) студентки вважають, що вони зовсім нічого не знають про методи, засоби та особливості сучасної контрацепції. Спектр використання групою студенток (n=120), що живуть статевим життям, сучасних контрацептивних методів і засобів, відображений на рис. 3.

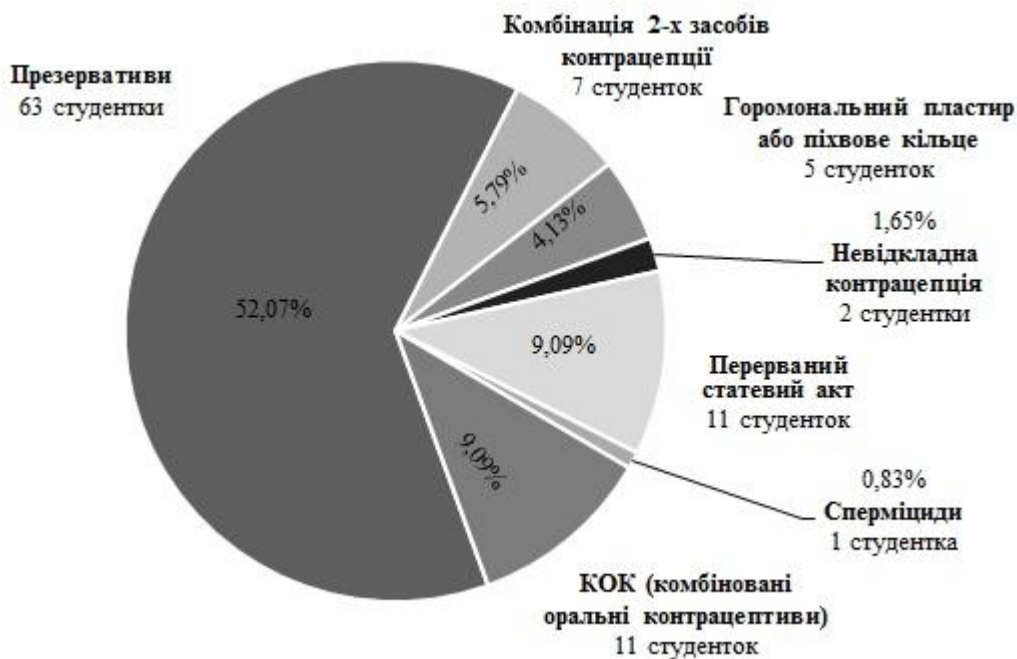


Рис. 3. Контрацептивний вибір студенток, які живуть статевим життям

Презервативи використовують 63 (52,07%) студентки, при цьому як правильно підбирати презервативи знають тільки 3 (4,76%) з 63-х дівчат, що їх періодично вживають! Один з найбільш ненадійних методів контрацепції – перерваний статевий акт (*coitus interruptus*) [8, с. 136–142; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346; 13, с. 75–88; 14, с. 167–171; 15, с. 66–68; 20, с. 74–80], застосовують 11 (9,09%) студенток. Тільки двоє з них змогли, причому дуже нечітко, з численними помилками описати особливості практичного застосування цього методу контрацепції, вважаючи, що це проблема їх партнерів. Хімічний метод контрацепції, або сперміциди («Еротекс») [8, с. 136–142; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346; 13, с. 75–88; 14, с. 167–171; 15, с. 66–68; 17, с. 751–753; 20, с. 74–80] епізодично використовує тільки 1 (0,83%) студентка, екстрену контрацепцію («Ескапел») [17, с. 751–753; 18, с. 1232–1235; 20, с. 74–80], як основне для них засіб контрацепції застосовують лише 2 (16,53%) дівчат, що живуть статевим життям. При цьому механізм дії, протипоказання і ускладнення вживання хімічних засобів контрацепції, вони не можуть перерахувати. Вживаючи «Ескапел», вони застосовують цей гормональний контрацептивний засіб за порадою «досвідчених» подруг з

числа студенток старших курсів університету. Комбінацію двох засобів контрацепції (презерватив + перерваний статевий акт), періодично застосовують 7 (5,79%) студенток [8, 136–142; 9, с. 298–301; 11, с. 341–346; 13, с. 75–88; 14, с. 167–171; 15, с. 66–68; 20, с. 74–80]. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) застосовують, від 1–го до 4–х років, тільки 11 (9,09%) дівчат, з загальної кількості тих, що живуть статевим життям. При цьому тільки чотирьом з них, застосування КОК було рекомендовано лікарем–гінекологом, а 7 студенток вирішили застосовувати їх самі, без медичного огляду, досліджень та врахування протипоказань. При цьому, 9 з 11 студенток, які використовують КОК палять, хоча це належить до протипоказань при застосуванні КОК [17, с. 751–753; 18, с. 1232–1235; 20, с. 74–80]. В основному, студентками застосовувалися такі групи КОК: монофазні КОК («Логест–20», «Логест–30», «Джас»), трифазні КОКи – «Три–Регол» та «Три–мерсі» [17, с. 751–753; 18, с. 1232–1235; 20, с. 74–80]. Трифазні контрацептиви були призначені студенткам після їх огляду лікарями–гінекологами, з урахуванням лікувальних та не контрацептивних властивостей препаратів при акне, себорей, інших проблемах шкіри, волосся, нігтей [17, с. 751–753; 18, с. 1232–1235; 20, с. 74–80]. Ще 5 (4,13%) студенток, що мають періодичні статеві контакти, використовують як альтернативний засіб контрацепції гормонівмісний трансдермальний контрацептивний пластр «Євра» і вагінальне кільце «Нова–Ринг» [17, с. 751–753; 18, с. 1232–1235; 20, с. 74–80].

Отже, аналіз особливостей репродуктивної поведінки та контрацептивного вибору студенток дозволив дійти до наступних висновків: 1) встановлено, що 120 (67,42%) студенток, які взяли участь в дослідженні, регулярно живуть статевим життям. Дебют статевого життя в досліджуваній групі досить ранній – 14–15 років (9,92%), з піком різкої активності у віці від 16 до 18 років – у 87 (48,88%) з них; 2) визначено, що основними засобами практичної контрацепції, якими найчастіше користуються студентки, що живуть статевим життям є: презервативи – 52,07%, перерваний статевий акт – 9,09% та їх комбінація – 5,79%. Цими, недостатньо надійними засобами контрацепції, активно користуються 81 (66,94%) з усіх сексуально активних студенток. Лише 16 (13,22%) з них, використовують гормональні засоби контрацепції; 3) 150 (84,27%) студенток III–IV курсів медичного університету погано інформовані про властивості, механізм дії протизаплідних засобів та не вміють користуватися сучасними методами і засобами контрацепції.

Список використаних джерел

1. Белокриницкая Т. Е., Золотарёва Н. И., Мочалова М. Н. Контрацептивное поведение и репродуктивные установки студенток медицинского вуза // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 5. – С. 32–34.
2. Бугаєвський К. А. Порівняльний аналіз особливостей менструального циклу у студенток спеціальної медичної групи із різною вагою при заняттях фізичною культурою в медичному університеті // Молода спортивна наука України: Збірка наук. пр. з галузі фізичного виховання і спорту. – Львів, 2016. – Вип. 20. – Том 3/4. – С. 17–25.

3. Буркина О. В., Прокопенко Л. А. Современные тенденции сексуального поведения девушек студенческого возраста // *Advances in current natural sciences*. – 2013. – № 10. – С. 196–198.
4. Герасимова Л. И., Денисов М. С., Шувалова Н. В., Сидорова Т. Н. Репродуктивное здоровье девушек студенток – как медико–социальная проблема // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23864> (дата обращения: 11.06.2017).
5. Городнова Н. Н. Репродуктивное здоровье молодежи Украины // *Журнал практической психологии и психоанализа: электрон. науч.–практ. журнал электронных публикаций*. – 2011. – С. 173–177. URL: <http://Psyjournal.ru.ru> (дата обращения 11.06.17).
6. Гонежукова Б. Р., Чахоян А. О. Социологическая характеристика репродуктивного поведения городской молодежи // *Социология города*. 2011. – № 1. – С. 14–17.
7. Гусева М. А., Колесниченко Е. В., Титова А. А. Современные тенденции сексуального поведения студенток медицинского университета // *Психиатрия*. – 2016. – Т. 501. – С. 1202–1212.
8. Дюбкова Т.П. Добрачное сексуальное поведение и контрацептивный выбор студенток классического университета // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2012. – С. 136–142.
9. Ерофеева Л. В. Особенности репродуктивного поведения и репродуктивного выбора в современной популяции подростков // *Фундаментальные исследования*. – 2011. – № 10 (часть 2). – С. 298–301.
10. Качество жизни и репродуктивное поведение подростков в условиях современной демографической ситуации / И. А. Паренкова и др. // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2010. – № 3. – С. 9–19.
11. Кротин П. Н., Кожуховская Т. Ю., Таенкова А. А. Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи // *Русский медицинский журнал*. – 2004. – № 5. – С. 341–346.
12. Крюкова Е. Н., Андреева Ю. А., Желнова Е. И. Характеристика репродуктивного поведения девушек–студенток // *Вестник Здоровье и образование в XXI веке*. – 2009. – № 6. – Т. 11. – С. 274–275.
13. Контрацептивное поведение студенток вуза: возможности и перспективы коррекции / М. Г. Лебедева и др. // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2010. – № 5. – С. 75–88.
14. Мингалева Н. В., Гонежукова Б. Р. Результаты анкетирования студенток вузов по вопросам контрацепции // *Материалы краевой научн.–практ. конф. «Сохранение репродуктивного здоровья, планирование семьи: аборты и контрацепция»*. – Краснодар, 2010. – С. 167–171.
15. Мухамедшина В. Р., Соколова Т. М., Макаров К. Ю. Влияние методов контрацепции на репродуктивное здоровье женщин // *Сиб. мед. журн.* – 2011. – Т. 26. – № 3. – С. 66–68.
16. Обоскалова Т. А. Севостьянова О. Ю., Шабарчина Ю. А. Контрацепция— основной фактор профилактики абортов // *Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 2. – С. 22–26.
17. Петров Ю. А. Информированность студентов медицинского ВУЗа в вопросах контрацепции // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 5 (часть 5). – С. 751–753.
18. Уварова Е. В. Комбинированная гормональная контрацепция у сексуально активных подростков и молодежи // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – Т. 16. – № 19. – С. 1232–1235.
19. Sexual behaviour among Italian adolescents : Knowledge and use of contraceptives / S. Capuano et al. // *The Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. – 2009. – № 4. – P. 285–289.
20. First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? / J. Steinauer, F. La Rochelle, M. Rowh et al. // *Contraception*. – 2009. – Vol. 80. – P. 74–80.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІТНЕСУ В РЕКРЕАЦІЙНО–ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТТЯХ СТУДЕНТОК ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

(Жамардій В.О., Кравченко І.П.)

Підвищення рівня рухової активності студенток вищих навчальних закладів у комплексі з іншими факторами здорового способу життя видається ефективним напрямом вирішення проблеми залучення молоді до регулярних занять фізичними вправами, стан здоров'я якої має тенденцію до погіршення. Сучасні форми рухової активності (аеробіка, стретчинг, пілатес, бодібілдинг, аква-фітнес) надають оздоровчий ефект, завдяки активізації найважливіших функціональних систем організму та сприяють високій енергетичній вартості роботи.

Організація оздоровчо-рекреаційної рухової активності студенток вимагає пошуку ефективних шляхів забезпечення доступної організованої фізичної активності. У даний час спостерігається удосконалення фітнес-технологій, викликане збільшенням попиту на індивідуальні заняття. Фахівцями обґрунтовується використання засобів оздоровчого фітнесу, спрямованих на корекцію маси тіла дівчат під час рекреаційно-оздоровчих занять.

Аналіз наукових пошуків, результати яких впроваджуються в практику роботи вищих навчальних закладів і фітнес-клубів впродовж останніх десятиліть свідчить про те, що ефективність використання фітнес-програм не завжди досягає максимального результату. Кожна з методик застосування сучасних форм рухової активності має як переваги, так і недоліки. Тому розвиток сфери рекреаційної й оздоровчої фізичної культури не може існувати без науково обґрунтованого впровадження сучасних інноваційних технологій. Оптимізація рухової активності як базового фактора покращення стану здоров'я студенток у вищих навчальних закладах шляхом використання засобів оздоровчого фітнесу є актуальною та соціально вагомою [3; 5; 6; 11; 13; 16].

Вік 18–25 років відноситься до раннього періоду дорослості. На цей період припадає розквіт творчих здібностей, тому проблема творчої активності, підвищення фізіологічних резервів організму дівчат вказаного віку привертає до себе особливу увагу дослідників. Особливості жіночого організму стосуються зросту і ваги тіла. М'язова маса в дівчат складає близько 35% маси тіла, в хлопців – 40–45% відповідно. Скелетна система у жінок менша та коротша, таз ширший, плечі вужчі, зменшений об'єм крові, концентрація гемоглобіну, об'єм серця і максимальне вживання кисню, але частота серцевих скорочень у стані спокою вища на 10–15 уд/хв. Збільшений вміст жиру в організмі дівчат призводить до того, що співвідношення м'язової маси до загальної маси тіла є значно меншою ніж у хлопців [2; 7; 9]. Тому заняття спортом змінюють морфологічні показники, особливо в таких видах як метання диска, штовхання ядра, важка атлетика, боротьба тощо.

Структура та функції внутрішніх органів різняться. У жінок серце менше на 10–15%, ударний об'єм серця у чоловіків на 10–15 см³ більший, хвилинний об'єм крові на 0,3–0,5 л/хв [10; 12]. Тому під час виконання максимального фізичного навантаження серцевий викид у дівчат значно нижчий ніж у хлопців. Відмічені недосконалі механізми адаптації кардіореспіраторної системи до навантажень знижують аеробні можливості та загальну працездатність студенток.

У жінок частота дихання вища, глибина та хвилинний об'єм дихання менший, життєва ємність легень на 1000–1500 мл є нижчою від чоловічої, тип дихання грудний. Це пояснюється нижчими спортивними результатами порівняно з хлопцями. Також нижчими є функціональні можливості серцево–судинної системи. Головним фактором, який обумовлює фізичні відмінності жінок є ендогенне вироблення тестостерону. Доведено, що регулярні фізичні тренування позитивно впливають на гормональну та репродуктивну системи.

Жінкам притаманна фізична працездатність аеробного характеру, вони мають менші розміри серця, легень, зменшену концентрацію гемоглобіну та кисню в артеріальній крові. Аеробні можливості у них знижені, запаси жирової тканини та здатність її використання в якості джерела енергії визначають їхню пристосованість до циклічної роботи великої та помірної інтенсивності. Низькою є реакція жіночого організму на довготривалі й інтенсивні статичні навантаження, які викликають у серцево–судинній системі зміни через недостатність моторно–вісцеральних рефлексів. Гнучкість у суглобах обумовлена рухливістю хребта, високою еластичністю м'язів і зв'язочного апарату [9; 14].

Розглянуті морфофункціональні особливості дівчат необхідно враховувати для розробки програм рекреаційно–оздоровчих занять. Рекреаційна діяльність – це діяльність людини, здійснювана з метою відновлення фізичних сил і характеризується різноманітністю поведінки та самоцінністю її процесу. Сьогодні поширені практики рекреаційно–оздоровчих занять студенток із використанням оздоровчо–рекреативної фізичної культури [8].

Вибір засобів оздоровчого тренування, параметрів фізичного навантаження визначається рівнем фізичного стану, тобто комплексом морфофункціональних показників, які пов'язані з фізичною працездатністю і рівнем біологічного стану людини. Фізичним станом називають відповідність показників життєдіяльності вікової норми, ступінь стійкості організму до дії несприятливих факторів, стан фізіологічних функцій. Науковці ототожнюють поняття «фізичний стан» із поняттям «фізична працездатність», рівнем розвитку максимальних аеробних можливостей людини [15].

Для визначення рівня фізичного стану студенток повинні враховуватися наступні показники: антропометричні (маса тіла, зріст, вік); показники кардіореспіраторної системи в стані спокою та під час фізичного навантаження; показники загальної швидкісної та швидкісно–силової витривалості; показники загальної фізичної працездатності (максимальна

потужність роботи та максимальне споживання кисню). Рівень фізичного розвитку характеризується сукупністю клініко–функціональних ознак. Безпечний рівень фізичного здоров'я, який гарантує відсутність захворювань мають студентки з високим рівнем фізичного стану. Як критичний оцінюється середній рівень, його зниження супроводжується прогресуючим зростанням захворюваності та функціональних резервів організму до небезпечного рівня, що межує із патологією [4; 7]. Для студенток із низьким і нижче середнього рівнем фізичного стану характерні найбільш низькі показники загальної фізичної працездатності, збільшення частоти виявлення і прояву ризик–факторів ішемічної хвороби серця, найнижчий ступінь розвитку фізичних якостей. За даними науковців, низький і нижче середнього рівні фізичного стану мають 45,4% осіб у віці 20–59 років, тобто майже кожна друга людина [12].

Підвищення рівня фізичного стану супроводжується покращанням умов функціонування кардіореспіраторної системи, зниженням ризик–факторів розвитку серцево–судинних захворювань. Найбільший розвиток функціональних можливостей кардіореспіраторної системи простежуються в студенток із високим рівнем фізичного стану. Досягнення такого рівня фізичного стану, його утримання впродовж тривалого періоду часу є кінцевою метою оздоровчого тренування дівчат у вищих навчальних закладах.

Із фізичним станом пов'язана частота оздоровчо–тренувальних занять. Для студентів із низьким і нижче середнього рівнем фізичного стану найбільшу ефективність має п'ятиразове, для студентів із середнім і вище середнього рівнем фізичного стану – триразове, для підтримання високого рівня – дворазове оздоровче тренування. Науковцями розроблено технології оздоровчого тренування із урахуванням п'яти рівнів фізичного стану, де зазначено спрямованість занять, тривалість, інтенсивність навантаження за показниками частоти серцевих скорочень, кількістю занять [7; 13; 14].

Основним критерієм вибору засобів, спрямованості оздоровчого тренування, параметрів фізичного навантаження є рівень фізичного стану тих, хто займається. Чим нижчий рівень, тим більше часу необхідно приділяти розвитку загальної витривалості. З підвищенням рівня фізичного стану необхідно збільшувати обсяг вправ на розвиток спеціальної (швидкісної та швидкісно–силової) витривалості. Відповідно до рівня фізичного стану визначаються параметри фізичного навантаження у відсотках від максимального споживання кисню. Вони коливаються від 40% до 75%, тобто рівень фізичного стану студенток визначає раціональну кратність занять у тижневому циклі оздоровчого тренування.

Практичним проявом фізкультурно–оздоровчих технологій у фізичному вихованні студенток вважаються фітнес–програми, які повинні стати основою навчальних занять із фізичного виховання та персональних фітнес–занять. Фітнес–програми, як форми рухової активності, спеціально організованої у рамках групових або індивідуальних (персональних) занять відрізняються від спортивних програм тим, що вони орієнтовані на

оздоровчо–кондиційний результат, а спортивні програми – на досягнення спортивного результату з обов’язковою участю у змаганнях [3; 8].

Оздоровчий фітнес можна визначити як ступінь збалансованості фізичного, психічного та соціального станів, що мають необхідні резерви для забезпечення поточної життєдіяльності людини без фізичної і психічної напруги, в гармонії з навколишнім середовищем. Ідеологія оздоровчого фітнесу реалізується в оздоровчих програмах, де об’єднані методи та засоби, що поєднують фізичні навантаження (вправи) і ментальні дії, орієнтовані на регуляцію психічного (духовного) стану [2].

Проведений аналіз науково–методичної літератури дозволив виявити соціальні передумови впровадження навчальних занять із оздоровчого фітнесу в навчально–виховний процес із фізичного виховання студенток. Оздоровчий фітнес розглядається як соціокультурне явище, що відноситься до предметної сфери фізичної культури, родовим поняттям якої є загальнолюдська культура. Будучи універсальним феноменом соціокультурної діяльності, фітнес здобуває властивий йому ціннісний вимір і реалізує цілий спектр цінностей: вітальні, естетичні, соціальні, політичні, культурні [6; 10; 11].

Серед факторів, які визначають науковий підхід до розгляду фітнесу як соціокультурного явища можна виділити ряд важливих соціокультурних проблем, вирішенню яких він сприяє у сучасному суспільстві: 1) соціалізація людей, що займаються фітнесом, створення найбільш широких можливостей для самопізнання, самоідентифікації і самоактуалізації особистості; 2) поява нових культурних форм через творчу активність людей у сфері фітнесу; 3) залучення людей до культурних цінностей різних країн і народів у процесі занять фітнесом за рахунок використання фрагментів мистецтва різних національних культур; 4) розвиток галузі фітнес–індустрії та мережі платних фітнес–послуг на базі державних установ різних типів; 5) створення передумов для розвитку фітнесу як сфери наукових досліджень; 6) виявлення основ для розвитку системи підготовки фітнес–спеціалістів, системи підготовки кадрів із фізичної культури, розробка нових професійних освітніх програм. Соціокультурні функції оздоровчого фітнесу реалізуються шляхом перетворення людських ресурсів, елементів культури та суспільства, трансформуючи їх засобами фітнес–технологій у відповідні суспільному запиту психофізичні кондиції молодої людини [5].

Сучасною наукою і практикою вироблена велика різноманітність засобів, форм, методів фізкультурно–оздоровчої роботи зі студентками. Серед провідних варто назвати такі системи занять, як аеробне тренування з використанням циклічних вправ (ходьба, біг, плавання, вправи на кардіотренажерах), напрямки фітнесу (спінбайк–, сайклінг–, фітбол–, данс–аква–, степ–, класичний та інші види аеробіки, атлетична гімнастика, шейпінг, стретчинг, пілатес, слайдинг, калланетика та інші), оздоровча та лікувальна гімнастика.

Комплексна класифікація сучасних оздоровчих фітнес–технологій, які можуть бути використані в системі рекреаційно–оздоровчих занять для студенток, передбачає їхній розподіл відповідно до наступних ознак: цільова спрямованість занять, зони інтенсивності навантаження, енергетичні механізми, віковий склад груп, технічна оснащеність занять, форми проведення занять, рівні підготовленості груп, місце проведення занять.

Фітнес–програми можуть бути класифіковані на програми, які включають: один вид рухової активності (аеробіка, оздоровчий біг, плавання); поєднання декількох видів рухової активності (аеробіка та бодібілдинг; аеробіка та стретчинг; оздоровче плавання та силова підготовка); поєднання одного або декількох видів рухової активності та різних чинників здорового способу життя (аеробіка та загартування; бодібілдинг та масаж; оздоровче плавання та *SPA*). У свою чергу, фітнес–програми, побудовані на одному виді рухової активності можуть бути розділені на програми, в основу яких покладені: види рухової активності аеробної спрямованості; оздоровчі види гімнастики; види рухової активності силової спрямованості; види рухової активності у воді; засоби психоемоційної регуляції.

Крім того, можна виділити інтегративні, узагальнені фітнес–програми, орієнтовані на спеціальні групи населення: програми для вагітних; програми для осіб із високим ризиком захворювань або тих, хто має захворювання; програми для корекції маси тіла. Основним завданням розробки оздоровчих фітнес–технологій є досягнення ефективності та комплексності, оздоровчої спрямованості, тобто підвищення рівня фізичного, психічного та соціального здоров'я тих, хто займається.

На основі теоретичних досліджень, були виділені вимоги до складання фітнес–технологій і програм для студенток у вищих навчальних закладах: постановка мети та завдання відповідно до направленості зазначеної фітнес–технології; обґрунтування засобів і методів фітнесу, що мають оздоровчу цінність; підготовка фітнес–програми з урахуванням індивідуальних можливостей контингенту та пріоритетної спрямованості занять (оздоровча, коригувальна, розвиваюча); перевірка ефективності розробленої фітнес–технології; корекція та вдосконалення фітнес–технології.

Тому, найкращим видом оздоровчої аеробіки для студенток є фітбол–аеробіка – це комплекс спеціально підібраних і розроблених вправ на м'ячі різного розміру з використанням додаткових предметів, що використовується з метою зміцнення м'язів рук і плечового поясу, черевного пресу, спини, тазу, нижніх кінцівок, збільшення гнучкості та рухливості суглобів, розвитку функції рівноваги та вестибулярного апарату, формування правильної постави, розвитку спритності та координації рухів, розвитку танцювальних здібностей, розслаблення і релаксації. Ефективним видом оздоровчого тренування є вправи за системою пілатес – це програми вправ безударного навантаження, що дозволяють розтягнути та зміцнити основні м'язові групи й ослаблені м'язи в логічній послідовності. Заняття пілатесом формуються на

дотриманні принципів релаксації, дихання, концентрації, центрування, координації, точності, контролю, плавності, витривалості, ізоляції та регулярності. Фітнес допомагає підтримувати відмінну фізичну форму, розширює функціональні можливості організму в цілому.

Список використаних джерел

1. Андрєєва О. В. Аналіз мотиваційних теорій у сфері оздоровчої фізичної культури та рекреації // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2004. – № 2. – С. 81 – 84.
2. Білецька В.В., Бондаренко І.Б. Фізичне виховання. Оздоровчий фітнес: практикум. – К.: НАУ. – 2013. – 52 с.
3. Булатова М. Фитнес и двигательная активность : проблемы и пути решения // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 3–7.
4. Дутчак М.В. Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування та практичне застосування // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 2. – С. 44–52.
5. Зинченко В.Б., Усачов Ю.О. Фитнес–технологии в физическом воспитании: учеб. пособ. – К.: НАУ, 2011. – 152 с.
6. Кашуба В.А., Футорный С.М., Андреева Е.В. Современные подходы к здоровьесбережению студентов в процессе физического воспитания // Физическое воспитание студентов. – Харьков, 2012. – № 5. – С. 50–58.
7. Кібальник О.Я., Томенко О.А. Оздоровчий фітнес. Теорія та методика викладання : навчально–методичний посібник для студентів галузі знань 0101 «Педагогічна освіта» факультетів фізичного виховання педагогічних університетів. – Суми: Вид–во СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2010. – 230 с.
8. Круцевич Т.Ю., Безверхня Г.В. Рекреація у фізичному вихованні різних груп населення. – К.: Олімпійська літ–ра, 2010. – 200 с.
9. Курмаева Е.В. Фитнес – программы как средство формирования физической культуры личности студентов // Педагогіка, психологія та медико–біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2013. – № 1. – С. 37–39.
10. Лядська О.Ю. Корекція змісту жиру в організмі жінок першого зрілого віку у процесі занять оздоровчим фітбол–тренінгом // Педагогіка, психологія та медико–біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць. – Харків: ХДАДМ, 2009. – № 10. – С. 126 – 128.
11. Новітні фітнес–технології у роботі спортивних секцій вищих навчальних закладів : навчально–методичний посібник / О.Е.Меньших, Н.В.Костогриз–Куликова, Ю.О.Петренко. – Черкаси: ЧНУ ім. Богдана Хмельницького, 2014. – 84 с.
12. Пухальська І. Г. Особливості мотивації жінок 21–35 років до занять оздоровчою аеробікою // Педагогіка, психологія та медико–біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. у галузі фізичної культури та спорту. – 2003. – № 17. – С. 17 – 21.
13. Ротерс Т.Т. Теоретико–методичні аспекти взаємодії фізичного та естетичного виховання // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка. – Вип. 35. – Серія: педагогічні науки. – Чернігів: ЧДПУ, 2006. – № 35. – С. 146–150.
14. Сергієнко Л. Методичні основи побудови комплексу з аеробіки // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фізичної культури і спорту. – Львів: НВФ «Українські технології», 2003. – Вип. 7. – Т. 2. – С. 306–308.
15. Futorny S. An increased level students theoretical knowledges for building a physical fitness in the process of physical education // Молодіжний науковий вісник. Серія: Фізичне виховання і спорт. – Луцьк, 2012. – Вип. 8. – С. 25– 27.
16. Sharkey V. Fitness Illustrated. – Human Kinetics. – 2011. – P. 328.

СИНЕРГІЗМ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТА ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

(Пастухова Н.Л., Садовниченко Ю.О., М'ясоєдов В.В.)

У світоглядній парадигмі сталого розвитку забезпечення здорового способу життя і всеохоплюючої та якісної освіти проголошено домінуючими глобальними цілями людства [14].

Стан здоров'я населення є інтегративним показником політичного, економічного і соціального благополуччя країни [10]. Дефініція «здоров'я» — складна і багатогранна. Вивченню феномену здоров'я присвячені численні роботи у різнопланових контекстах: системного підходу — П. Анохіна, В. Афанасьєва, Г. Беленької, І. Блауберга, П. Гусак, Б. Ломова, Є. Смірнова; інтегративного підходу — В. Ананьєва, І. Брехмана, Т. Бойченко, Ю. Бойчука, О. Васильєвої, Г. Нікіфорова, Н. Рингач, Л. Сущенко, Г. Шаталової; аксіологічного підходу — В. Колбанова, Ю. Лісіцина, С. Лапаєнко, А. Маслоу, К. Хруцького; особистісного підходу — О. Асмолова, І. Бежа, А. Брушлінського, М. Боришевського, О. Леонтєва [2; 3; 4; 5; 8; 9; 10; 11]. У роботах Г. Апанасенка, Л. Бурлачука, В. Войтенка, В. Казначєєва, В. Копи, І. Коцана, С. Максименка, І. Смірнова, Г. Царегородцева проводиться соціальна і філософська реконструкція поняття «здоров'я». Низка міжнародних документів, зокрема Печська, Мінська, Ашгабатська, Віденська декларації ВООЗ, рамкова основа «Здоров'я–2020 — основи європейської політики і стратегії для ХХІ ст.», Європейська декларація з охорони психічного здоров'я, Декларація з охорони здоров'я дітей і підлітків з обмеженими інтелектуальними можливостями й їхніх сімей свідчать про глобальність проблеми та визначають правове поле діяльності світової спільноти [13].

Здоров'я — це суспільна цінність, яка має бути забезпечена системою наукових і практичних заходів збереження і зміцнення здоров'я, діяльністю структур, що їх реалізують та усвідомленою турботою кожного члена суспільства про особисте і громадське здоров'я [3]. Ці якості виховуються як у родині, так і під час навчання, оскільки освіта є цілеспрямованою пізнавальною діяльністю людей з отримання знань, умінь та навичок або щодо їх вдосконалення. Однак лише у медичних університетах інтеграція цих глобальних цілей людства сягає максимального ступеня.

Проте збільшення обсягу інформації, яка підлягає засвоєнню, постійне використання інформаційно–комунікаційних технологій, завантаженість навчальними завданнями, зменшення часу активного відпочинку, підвищення частки статичного навантаження в умовах дефіциту навчального часу стають головними факторами ризику, що призводять до перевантажень, стресів, негативно віддзеркалюється на здоров'ї учасників навчально–виховного процесу [1]. Процес отримання знань стає фактором ризику, а

проблеми здоров'я — серйозною перешкодою на шляху досягнення академічних успіхів і професійного росту.

Метою даної роботи було визначення особливостей застосування здоров'язбережувальних та педагогічних технологій у Харківському національному медичному університеті (ХНМУ).

Сприятливим підґрунтям для відтворення здорового способу життя, формування самозбережувальної поведінки виступає здорове соціальне середовище, яке ставить знак рівності між потребами людини і суспільства, опосередковує наявність соціальних норм і цінностей [8; 15]. Власне уся система аудиторних занять та позааудиторних заходів спрямована на підтримку середовища, де здоров'я — найвища цінність.

Здоров'язбережувальна модель ХНМУ (рис. 1) має два основні вектори: внутрішній, спрямований на реалізацію заходів здоров'язбереження безпосередньо у вищому навчальному закладі, орієнтований на студентів, викладачів і співробітників, та зовнішній, який включає підготовку медичних кадрів, орієнтованих на роботу з населенням.

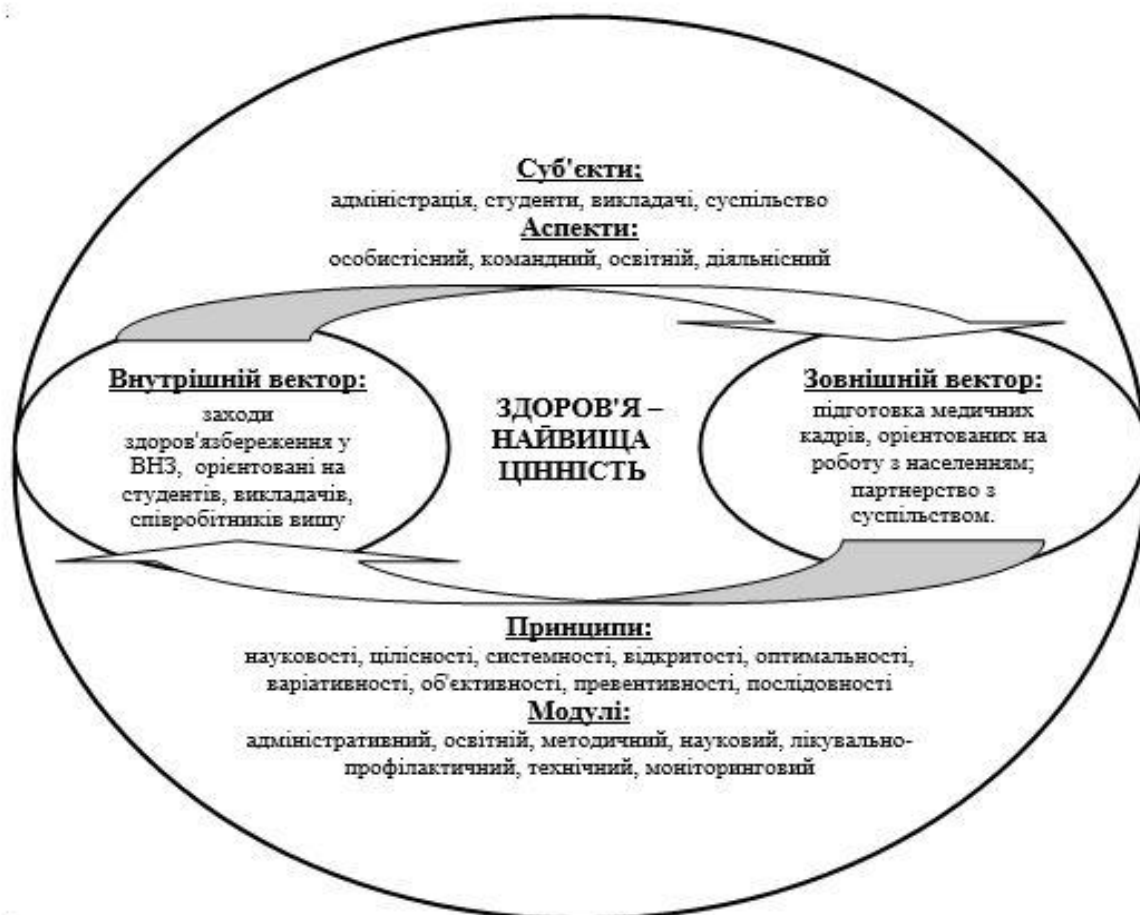


Рис. 1. Модель здоров'язбереження ХНМУ

В адміністративному, освітньому, методичному, науковому, лікувально–профілактичному, технічному, моніторинговому модулях моделі реалізуються особистісний, командний, освітній, діяльнісний аспекти через спільну роботу адміністрації ВНЗ, студентів і викладачів.

Зміст, методи, форми і засоби здоров'язберігаючої діяльності [11] реалізуються через використання принципів науковості, цілісності, системності, відкритості, оптимальності, варіативності, об'єктивності, превентивності, послідовності. Виступаючи не самоціллю, а засобом для досягнення мети, формат використання технологій індивідуалізований. Кожен викладач або працівник ХНМУ, як правило, поєднує їх із традиційними та інноваційними педагогічними технологіями [6; 7], враховуючи інтелектуальний потенціал аудиторії, форму занять, завдання.

Медико–гігієнічні технології забезпечують створення належних гігієнічних умов та контроль за рівнем їх підтримки та впроваджуються через спільну діяльність адміністрації, викладачів та працівників ВНЗ (адміністративний модуль). Складовими зазначених технологій можна вважати кадрову політику ВНЗ, створення і модернізацію структурних підрозділів, оновлення матеріальної бази, відповідність навчальних і фізичних навантажень можливостям учасників освітнього процесу, організацію просвітницько–профілактичних заходів. Медогляди, вакцинація, оздоровлення учасників навчально–виховного процесу (лікувально–профілактичний модуль системи здоров'язбереження) дозволяють приймати упереджувальні рішення стосовно підтримки та зміцнення здоров'я спільноти університету.

Фізкультурно–оздоровчі технології спрямовані на підтримку фізичного здоров'я. Вони реалізуються через організацію спортивно–масової та фізкультурної роботи відповідно до груп здоров'я, розробку комплексів оздоровчих заходів, пропаганду здорового способу життя (методичний модуль), участь у чисельних заходах (День здоров'я, Ярмарок здоров'я, фестиваль «Живи активно!», акції «Зупинимо туберкульоз разом», «Біла ромашка», благодійний марафон «Ми — діти Сонця», спартакіада «Здоров'я» тощо).

Екологічні здоров'язберігаючі технології максимально реалізуються у межах зовнішнього вектору: функціонування НДІ гігієни праці та професійних захворювань, Центру медичного краєзнавства, спортивно–оздоровчого табору «Медик», використання можливостей рекреаційних зон університету та міста, мотивація населення до здорового способу життя, в тому числі через телепрограми за участі співробітників ХНМУ.

Електронна система обліку відвідувань, реконструкція університетського комплексу, протипожежні заходи, виконання правил безпеки при проведенні занять у межах технічного модулю забезпечують безпеку життєдіяльності. Створення безпечних умов для навчання та роботи в освітній установі, вирішення завдань раціональної організації навчально–виховного процесу (із урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм) — заходи, що традиційно відносять до технологій забезпечення безпеки життєдіяльності.

Освітні технології здоров'язбереження (організаційно–педагогічні, психолого–педагогічні, навчально–виховні) впроваджуються в межах освітнього та методичного модулів і включають оптимізацію навчально–виховного процесу через розробку та модернізацію методичних матеріалів дисциплін, реалізацію навчальних програм, дисциплін, курсів, проведення навчальних практик, психолого–педагогічний супровід всіх етапів освітнього процесу, навчання основам гігієни, профілактику травматизму та зловживання психотропними речовинами, статеве виховання, безперервне післядипломне навчання. Безсумнівно, конференції, круглі столи, фестивалі науки, олімпіади за тематикою збереження здоров'я, залучення студентів до науково–дослідної роботи (науковий модуль) також є складовими освітніх здоров'язбережувальних технологій.

Організаційно–педагогічний напрямок здоров'язбережувальних технологій оптимально реалізується при використанні синергічного підходу — поєднанні з класичними традиційними (*лекційно–семінарсько–екзаменаційно–залікова форма навчання*) та інноваційними (*особистісно–орієнтовані, інтеграційні, колективної дії, інформаційні, дистанційні, творчо–креативні, модульно–розвивальні форми навчання*) педагогічними технологіями [6; 7; 8; 12]. Побудова навчального процесу на базі технології контекстного навчання дозволяє максимально наблизити зміст і процес навчальної діяльності студентів до обраної ними професії. Проектування, організація та здійснення таких форм діяльності передбачає врахування вимог не лише навчальної дисципліни, а й професійної діяльності. Система переходу від професійної діяльності до навчання і від навчання до професійної діяльності реалізується через «професійний контекст» — сукупність предметних завдань, організаційних, технологічних форм і методів діяльності, ситуацій соціально–психологічної взаємодії, характерних для сфери діяльності медичних працівників [6; 7].

Так, наприклад, при вивченні майбутніми стоматологами медичної біології на лекційних заняттях акцентується увага на генетичних механізмах формування аномалій розвитку зубо–щелепної системи і фенотипових характеристиках спадкових синдромів, що асоційовані з аномаліями розвитку зубів та іншими формами стоматологічних патологій мультифакторіальної природи. Формат проведення практичних занять із використанням палітри технології активного навчання (рис. 2), дає змогу уважніше збирати родинний анамнез та анамнез пацієнта, правильно оцінювати такі візуальні ознаки як риси обличчя, зміни будови черепа, шкіри, волосся, зубів, що сприятиме визначенню справжнього діагнозу з полісистемними проявами. Застосування такого підходу в межах кожної спеціалізації дає можливість перейти від дисциплінарної моделі навчання до системної, зробити процес отримання знань особистісно орієнтованим, виявити індивідуальні особливості і здібності, сприяти зростанню мотивації навчання, формувати відповідальність та самостійність майбутніх лікарів.

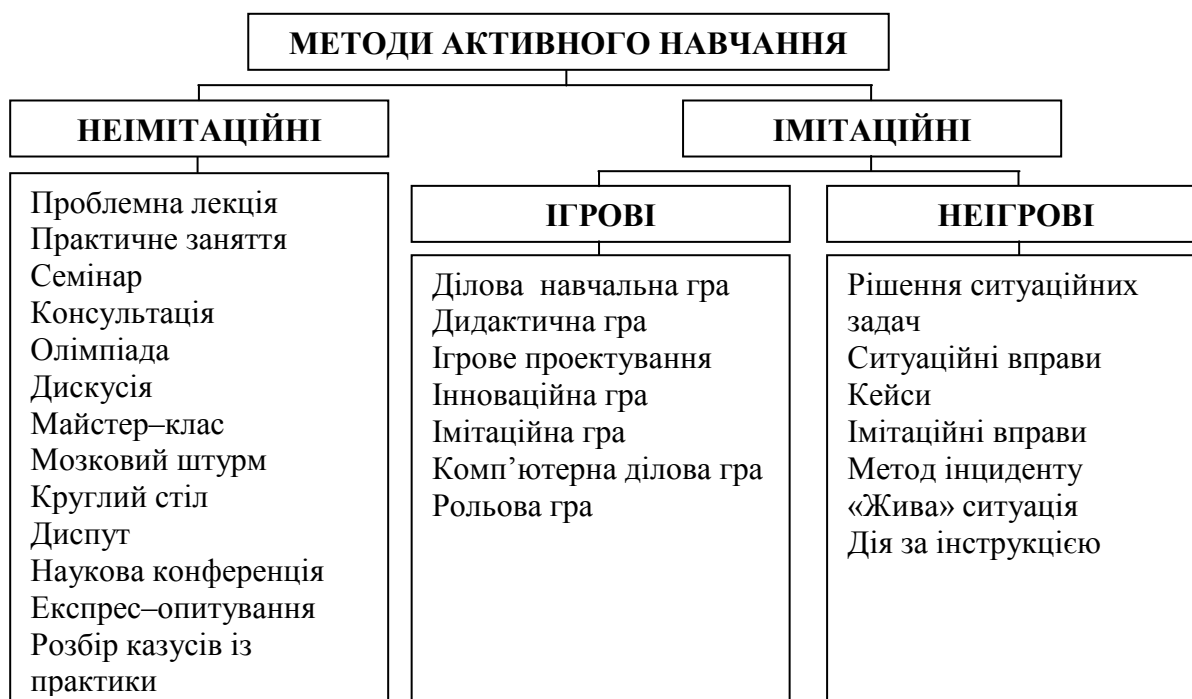


Рис. 2. Методи активного навчання (за Н. Борисовою, зі змінами) [7]

Як свідчать результати складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 1. Стоматологія» (2017 р.) студентами стоматологічного факультету ХНМУ, у навчальному процесі з медичної біології яких вперше поєднали елементи здоров'язберезувальних технологій і контекстного навчання, підвищення мотивації сприяло суттєвому зростанню якісної успішності субтесту з дисципліни порівняно із попередніми роками, коли не застосовувалися зазначені технології (рис. 3).

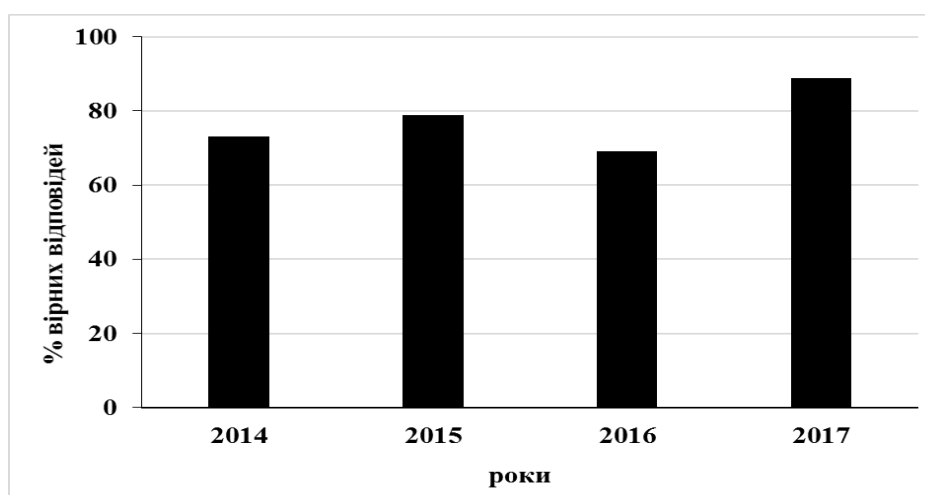


Рис. 3. Результати складання субтесту з медичної біології ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 1. Стоматологія» студентами стоматологічного факультету ХНМУ у 2014–2017 роках

Технологія цілепокладання в критеріально–обґрунтованому навчанні передбачає формулювання мети через результати навчання, які виявляються у практичних діях студентів та надійно усвідомлюються. Конкретизація мети

навчання за критеріально–обґрунтованою технологією передбачає алгоритмізацію певних дій.

Зокрема, при опрацюванні матеріалу з паразитології мета «Вміти працювати із фіксованими мікропрепаратами паразитів, співставляти з фотографіями або «німими» малюнками» може бути конкретизована наступним алгоритмом: розглянути мікропрепарат збудника захворювання, визначити стадію, виокремити суттєві ознаки; визначити досліджуваний об'єкт серед «німих» фотографій чи малюнків; схарактеризувати симптоми захворювання; обґрунтувати профілактичні заходи.

Алгоритмізація доречна при розв'язанні задач з молекулярної біології, генетики, виконанні лабораторних робіт, проектній діяльності тощо.

Технологія організації навчального процесу, де увага викладача та студентів зосереджується на поглибленому вивченні кожного предмета за рахунок об'єднання занять у блоки, узгодження тематики, що паралельно вивчається іншими дисциплінами, становить сутність технологій концентрованого навчання.

З огляду на наскрізність теми «Нуклеїнові кислоти» в курсах медичної біології, медичної хімії, біохімії, доречним є залучення практичної бази різних кафедр при вивченні структури і функцій зазначених речовин. Зрозуміло, що міжпредметна інтеграція вимагає колективної творчості як педагогів у підборі навчального матеріалу, формату проведення занять, інноваційного урізноманітнення методів та форм навчання, так і максимального застосування навичок наукового пізнання (знання, розуміння, застосування, аналіз, синтез, порівняльне оцінювання, екстраполяція набутих знань на поле майбутньої професійної діяльності) студентською аудиторією. Блочне структурування матеріалу окрім лекційного різновиду найбільш оптимальне при підготовці до складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок», бо орієнтує суб'єктів навчального процесу на розвиток самостійності, відповідальності, творчої активності.

Забезпечувати розвиток особистості на базі засвоєного предметного змісту дозволяє поєднання особистісно–діяльнісного підходу із дидактоцентричним. А це, в свою чергу, дозволяє планувати та досягати запланованих результатів, що складає сутність технологій диференційного навчання. Рейтингова система контролю враховує діяльність студентів, пов'язану з отриманням знань, вмінь та іншими особистісними показниками: участь в олімпіадах, у науковій роботі, виступи з доповіддю на наукових конференціях, участь у конкурсах, наукових заходах тощо. У підсумку навчання проміжні результати трансформуються у професійні компетентності конкурентоспроможного випускника.

Визначення індивідуально–психологічних характеристик [9] учасників освітнього процесу для подальшої корекції її розвитку — сутність психолого–педагогічного супроводу усіх етапів упровадження технологій здоров'язбереження. Спираючись на результати моніторингових досліджень (щорічні медогляди, анкетування, опитування) можна вчасно виявляти

негативні тенденції, визначати їх чинники, планувати заходи щодо їх усунення.

Результати медичних оглядів студентів свідчать про наявність хронічних захворювань і факторів ризику захворювань на момент вступу до вузу. Зберегти рівень соматичної компоненти здоров'я та уникнути погіршення стану дозволяє розподіл студентів ХНМУ за групами здоров'я: Д1 – практично здорові; Д2 – з факторами ризику розвитку хвороби; Д3 – хронічно хворі; Д4 – з групою інвалідності. Значною мірою на психічну компоненту здоров'я студентів і, як наслідок, на мотивацію до навчання, впливають нераціональний розподіл власного часу при значному навчальному навантаженні, стресовий стан (особливо у сесійний період), проблеми адаптації, а в іноземних студентів додаються проблеми, пов'язані з перебуванням у іншій державі, недосконалим знанням мови, традицій, специфіки навчального процесу тощо.

Серед найбільш значущих чинників, які погіршують стан здоров'я педагогів – перевантаження, професійне вигорання, низький рівень матеріального забезпечення, необхідність поєднання основної роботи із підробітками, нераціональне харчування, знижена фізична активність та ін.

Суб'єктивними факторами, що впливають на здоров'я всіх учасників освітньо-виховного процесу, виступають особистісні характеристики — організованість і дисциплінованість, мотивація до здорового способу життя, наявність шкідливих звичок, сформованість фізичної культури особистості та її діяльного компонента.

Розв'язати виникаючі труднощі покликані навчально-виховні технології, що включають цикли занять «Основи здорового способу життя», «Організація медичної профілактики в охороні здоров'я», «Робота з населенням щодо формування здорового способу життя та профілактики захворювань», організацію та проведення соціально значущих виховних, культурних заходів, які мотивують громаду до здорового способу життя, активного фізичного та духовного самовдосконалення.

Таким чином, поєднання здоров'язбережувальних технологій з класичними традиційними та інноваційними педагогічними технологіями дозволяє створити комфортні умови навчання, за яких кожен учасник навчально-виховного процесу і студент, і викладач відчуває свою вмотивованість та успішність на кожному рівні піраміди навчання.

Список використаних джерел

1. Антипкин Ю. Г., Моисеенко Р. А., Хайтович Н. В. VI Конгресс педиатров Украины: профессиональный диалог о самом важном // Здоров'я України. – 2009. – № 24/1. – С. 8–10.
2. Беленька Г. В., Богінч О.Л., Машовець М.А. Здоров'я дитини від родини. Як виховувати в сім'ї здорову дитину від народження до повноліття: колект. монографія / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Ін-т педагогіки і психології. – К.: СПД Богданова А.М., 2006. – 220 с.
3. Гусак П. М., Зимівець Н. В., Петрович В. С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: монографія / За ред. П. М. Гусака. – Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. – 219 с.

4. Копа В. М. Соціальна валеологія: навч. посіб. – Львів: Новий Світ-2000, 2011. – 204 с.
5. Коцан І. Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
6. Лаврентьев Г. В., Лаврентьева Н. Б. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ.: в 3-х ч. – Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. – Ч. 1. – 156 с.
7. Лаврентьев Г.В., Лаврентьева Н.Б., Неудахина Н.А. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ. в 3-х ч. – Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. – Ч. 2. – 232 с.
8. Пилюшенко А.В. Здоровый образ жизни как феномен субъектно-объектных отношений: дисс. ... канд. филос. наук: 09.00.11. – М., 2016. – 140 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. – Самара: Изд. Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
10. Рингач Н.О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія. – К.: НАДУ, 2009. – 296 с.
11. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе: метод. пособ. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
12. Старикова Л.Д., Стариков С.А. Методы педагогического исследования: учеб. пособ. – Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2010. – 336 с.
13. Стратегические документы. Важные заявления, декларации и т.п., относящиеся к политике ВОЗ в Европейском регионе [Электронный ресурс] / ВОЗ. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents> (дата звернення: 16.06.2017).
14. Цілі сталого розвитку 2016–2030 [Електронний ресурс] / ООН. – URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> (дата звернення: 15.06.2017).
15. Шагина И.Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа: автореф. дисс. ... канд. социол. наук: 14.02.05. – Казань, 2010. – 24 с.

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ПРЕДМЕТНОЇ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ» ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ (Гриньова М. В.)

Підготовка майбутніх учителів має відповідати сучасним вимогам освітньої реформи «Нова українська школа» і базується на теоретичній та практичній готовності студентів до обраної професії. Домінантою сучасної освітньої парадигми в світовому контексті стає орієнтація на підготовку вчителя до збереження здоров'я підростаючого покоління, формування у дітей та шкільної молоді ціннісного ставлення до здоров'я.

Завдання з виховання ціннісного ставлення до здоров'я в системі дошкільної та загальної середньої освіти визначаються в першу чергу Законом України «Про загальну середню освіту» (ст. 5. Завдання середньої освіти) [2]. Подальший розвиток цивілізаційних процесів визначається зниженням здоров'я людства в цілому, а в Україні ускладнюється демографічною кризою зокрема. В умовах невинного зростання захворюваності населення нашої країни здоров'я стає головним показником безпеки і життєздатності української нації.

Роботу з формування ціннісного ставлення до здоров'я і здорового способу життя серед населення в світі очолює ВООЗ, яка створена в 1948 році як спеціалізована організація в рамках Статуту ООН для співпраці урядів різних країн з питань профілактики і зміцнення здоров'я людини. Основними функціями ВООЗ є: керівництво діяльністю охорони здоров'я в світі, співпраця з урядами країн з метою посилення планування, управління й оцінки програм країн в галузі охорони здоров'я, розробка та передача здоров'язбережувальних технологій, інформації і стандартів. Тому визначальною особливістю заснованих ВООЗ проектів виступають ідеї партнерства з різноманітними державними, громадськими, приватними та релігійними інституціями, зокрема освітніми.

У зв'язку з цим, надзвичайно велика відповідальність за здоров'я нації покладається на тих, хто здійснює або буде здійснювати навчання і виховання сьогодні – на сучасних і майбутніх учителів.

Демографічна криза України викликає стурбованість як української громади, так і світової спільноти. За свідченням Н. Лакізи–Сачук, якщо на момент проголошення незалежності (1991 р.) чисельність населення України становила 52 млн. і за цим показником вона входила у шестірку найбільших країн Європи, то за прогнозом Національного інституту демографічних досліджень чисельність населення України до 2020 року зменшиться до 40–44 млн чоловік.

За даними ВООЗ, щорічно помирає 2,6 млн. молодих людей віком від 10 до 24 років. Аналіз динаміки стану здоров'я школярів в останні десятиліття показує стійку тенденцію до погіршення вже в дитячому і юнацькому віці цього неоціненого надбання кожної людини, що є водночас передумовою її соціальної повноцінності, активного довголіття, продуктивного внеску в життя своєї родини, українського народу в цілому. Отже, незадовільний стан здоров'я молодого покоління – результат взаємодії як об'єктивних (екологічна та соціально–економічна криза), так і достатньо суб'єктивних чинників, вірогідність усунення яких імовірна. Незважаючи на такі негативні тенденції, сучасні вчені наголошують, що стан здоров'я – цілком керований фактор, і на 55% залежить від способу життя людини, а отже, «ним можна і потрібно керувати, оскільки лише здорова нація – запорука успіху економічних перетворень у державі» [1, с. 10]. Управління фактором здоров'я стає основою для пошуку технологій в управлінні процесом збереження здоров'я, а отже, відпрацювання напрямів вітчизняної «політики здоров'я» в освітній галузі.

Показники тривалості життя в Україні відстежуються в Європейській базі даних Медико–статистичної інформації «Здоров'я для всіх» («*The European Healthfor All Database*»), що розробляється Європейським регіональним відділенням ВООЗ для України, та розміщені на сайті Центру медичної статистики МОЗ України. У щорічній доповіді «Про стан здоров'я населення, санітарно–епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України» за 2014–2015 рр. було використано попередні дані (2013–2014 рр.) у зв'язку з тим, що розрахунки за означений період

(2014–2015 рр.) провести було неможливо у зв'язку з відсутністю необхідних даних, але міститься інформація за 2010–2015 рр., за якою рівень первинної захворюваності знизився на 13,3% на 100 тис. населення. Такі показники пояснюються доповіддю за 2014–2015 рр. «Про стан здоров'я, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України» без урахування даних Луганської та Донецької областей, на території яких триває антитерористична операція [8].

Саме ці дані використовуються та доповнюються у звітах науковців ДУ «Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України» та науковців профільних НДІ МОЗ та НАМН України, якими констатовано, що в Україні на 2014–2015 рр. середня тривалість життя становить 66,12 роки. Основними вагомими передумовами смертності є чинники ризику (паління, брак фізичного навантаження, зайва вага, вживання надмірної кількості алкоголю, високий рівень травматизму, інфекційні захворювання, а також неефективна система охорони здоров'я). Тому вплив на здоров'я населення системи охорони здоров'я постійно зменшується, адже постійно підвищуються показники, що реєструють факти передчасної смертності серед населення [8].

Міждисциплінарність проблеми дослідження зумовила необхідність звернення до результатів наукових пошуків учених з філософії освіти, загальної педагогіки, дидактики, психології, медицини та соціології. Встановлено, що в сучасній науці виділилися різні підходи до проблеми здоров'язбереження учнівської молоді, а саме: компетентнісний, який реалізується через певні компетенції, тобто інтегровані знання, вміння, навички і відносини педагога щодо здоров'язбереження учнівської молоді (Н. Калька, Дж. Карські (J. Karski), О. Пометун, Д. Фростер (D. Froster), А. Хуторський та ін.); діяльнісний, в контексті якого проблема здоров'язбереження учнівської молоді розглядається як поліпшення умов життя, збереження і зміцнення здоров'я в процесі життєдіяльності (Б. Вонаровська, (B. Wonarowska), Ю. Лісіцін, А. Сахно, Л. Сущенко, З. Яворські (Z. Jaworski); аксіологічний, який передбачає розуміння здоров'язбереження як особливої суспільної цінності, яка є основою активності особистості як сутнісної характеристики індивіда і його соціальної якості, яка впливає на високий рівень включення індивіда в суспільні відносини (Н. Анісімова, В. Козловський (W. Kozlowski), А. Краснєвскій (A. Krasniewski), С. Лапаєнко, Ю. Павлов та ін.); комплексний, як єдність зазначених вище наукових підходів, який базується на тому, що здоров'язбереження – це цілісний процес організації життєдіяльності учня, спрямований на гармонійну взаємодію фізіологічних, психічних і трудових функцій (А. Дубогай, К. Дудкевич (K. Dudkiewicz), С. Кондратюк та ін.); педагогічні та інші аспекти здоров'язбереження (Ю. Бойчук, І. Волкова, В. Горащук, М. Гриньова, С. Страшко, Ч. Цекера (Cz. Sekiera) та ін.). Наявність різних наукових підходів засвідчує широку палітру поглядів вітчизняних і зарубіжних учених на вирішення проблеми здоров'язбереження учнівської молоді.

Міжнародні та вітчизняні організації, що вивчають проблему збереження здоров'я у світовому та вітчизняному вимірах (ВООЗ; НАН України; МОЗ України; Український інститут стратегічних досліджень; Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи; Міжрегіональна академія управління персоналом та ін.), серед причин демографічної кризи в Україні називають такі: хвороби системи кровообігу (викликані психологічними, соціальними та економічними умовами; шкідливі умови праці та шкідливі звички); різні види новоутворень (вплив зовнішніх чинників: соціальних, генетичних та вірусів; відсутність ведення здорового способу життя; нервові стреси, неврози, депресії тощо); зовнішні причини (недостатнє/неправильне харчування; механічні, фізичні, хімічні та біологічні причини); хвороби органів травлення (недостатнє, неправильне харчування або, навпаки, переїдання та недотримання правил гігієни); хвороби органів дихання (забрудненість навколишнього середовища і паління); інфекційні та паразитарні хвороби (ослаблений імунітет, травми шкірного покриву, а також запиленість, забрудненість та підвищена температура) [5].

За щорічною доповіддю Президента України у Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2014 р.) «Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки», у 2014–2015 рр. триває зменшення кількості молодих людей віком 14–35 років. За поточний період 2011–2015 рр. кількість молодих людей зменшилась на 1 965 тис. осіб, тобто на 13,3%, а кількість від загальної чисельності населення зменшилась – з 31,9% до 29,9%. Так, станом на кінець 2015 року кількість молодих людей віком 14–35 років в Україні становила 12 795 тис. осіб. Таким чином, усе населення молодих людей віком 14–35 років зменшилося від загальної кількості з 35% до 30% (дані за 2015 р. наведено без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя і зони проведення антитерористичної операції на частині території Донецької та Луганської областей) [4].

У Концепції безперервної валеологічної освіти в Україні, Базовому змісті шкільної валеологічної освіти запропоновано готувати учнів до формування, збереження, зміцнення, відтворення і передачі здоров'я, задається питання про цінність життя та здоров'я, про складові здоров'я, про залежність здоров'я від способу життя, про природні та соціальні умови здоров'я, про національні традиції збереження здоров'я, визначення індивідуального рівня здоров'я.

Тому корінні зміни в освітньому просторі України актуалізували питання оновлення змісту педагогічної освіти. Орієнтація на світові освітні стандарти, потребує в Україні реформування та модернізації даних процесів у вищих педагогічних навчальних закладах, де одним із складових компонентів є поліпшення якісних характеристик підготовки майбутнього вчителя. Освітня політика збереження здоров'я повинна містити визначення системи основних принципів і цілей (найближчих і перспективних), чітке окреслення принципів завдань (методів, засобів, форм) та встановлення відповідальних за реалізацію освітньої політики установ (інституцій).

Освітня політика збереження здоров'я повинна містити визначення системи засадничих принципів та цілей (найближчих та перспективних), чітке окреслення принципів завдань (методів, засобів, форм) та встановлення відповідальних за реалізацію освітньої політики установ (інституцій).

Глибокий і системний аналіз стану дисциплін з предметної спеціалізації «Здоров'я людини» в Полтавському національному педагогічному університеті імені В.Г. Короленка дав можливість зробити аргументовані висновки щодо безпосереднього зв'язку змісту валеологічної підготовки майбутнього вчителя, а також загального стану впровадження навчальних предметів здоров'язбережувальної спрямованості, а саме: «Основи здорового способу життя та культура здоров'я», «Загальна теорія здоров'я», «Системи оздоровлення», «Основи медичних знань», «Вікова фізіологія та шкільна гігієна», «Шкільна гігієна, вікова анатомія і фізіологія» та ін.

Проведений огляд щодо змісту освіти з предметної спеціалізації «Здоров'я людини» в педагогічному університеті дозволив констатувати наявність низки методологічних підходів до його розуміння: знаннево-орієнтований (традиційний); особистісно-орієнтований; науково-інформаційної технологізації; неперервного навчання; інституціональної інтеграції; сталого розвитку; компетентісно-комунікативний; фундаменталізації та стандартизації; трансцендентні та імперативні підходи.

Підготовка майбутніх учителів предметної спеціалізації «Здоров'я людини» до професійно-педагогічної діяльності – це складна і багатокомпонентна педагогічна система, одним із аспектів якої є формування їхньої готовності до здоров'язбережувальної педагогічної діяльності на засадах безпеки життєдіяльності [7]. При визначенні змісту підготовки майбутніх учителів за предметною спеціалізацією «Здоров'я людини» була врахована низка обставин, серед яких: виявлення можливостей, передбачених навчальним планом дисциплін у контексті насичення їх здоров'язбережувальним матеріалом для оволодіння студентами відповідними знаннями та вміннями, та доповнення навчального плану підготовки студентів спецкурсами.

Отже, в Полтавському національному педагогічному університеті імені В.Г. Короленка за предметною спеціалізацією «Здоров'я людини» зроблена спроба вирішення проблеми підготовки вчителів основ здоров'я за відомими в світі трьома моделями навчання: однопредметною – упровадження нового спецкурсу або вибір одного з наявних предметів як «носія»; багатопредметною – інтеграція питань з основ збереження та зміцнення здоров'я до змісту різних предметів (як природничих, так і гуманітарних); змішаною – об'єднує дві названі моделі. У процесі організації навчальної діяльності найкраще зарекомендувала себе змішана модель навчання.

Список використаних джерел

1. Алексеев В.П., Першиц А.И. История первобытного общества: учебник. – М.: Высшая школа, 1982. – 223 с.
2. Закон України «Про загальну середню освіту» // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 29. – С. 547–562.

3. Закон України «Про освіту»: за станом на 8 грудня 2006 р. / Верховна Рада України. – К.: Парламентське видавництво, 2006. – 40 с.
4. Національно–патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2014 року) / Держ. ін–т сімейної та молодіжної політики; редкол.: Жданов І. О., гол. ред. колег., Беляєва І. І., Митрофанський С. В. та ін. – К., 2015. – 200 с.
5. Основні причини високого рівня смертності в Україні // Новини медицини і фармації. – № 22. – 2010. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/15170>.
6. Педагогика. Большая современная энциклопедия / сост. Е. С. Рапацевич. – М.: Современное слово, 2005. – 720 с.
7. Типова навчальна програма нормативної дисципліни «Безпека життєдіяльності» для вищих навчальних закладів для всіх спеціальностей за освітньо–кваліфікаційними рівнями «молодший спеціаліст», «бакалавр». – К., 2011. 18 с. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vzvo.gov.ua/navchalni-prohramy/209-a-typical-curriculum-regulatory-discipline-safety-for-higher-education-for-all-specialties-in-education-and-skill-levels-junior-specialist-bachelor.html> (дата звернення 19.01.2017).
8. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні «Стратегічні пріоритети молодіжної політики: освіта, зайнятість, житло»: Міністерство молоді та спорту / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dsmsu.gov.ua/index/ua/category/202>.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УЧНІВ

(Костіна В. В.)

Динамізм сучасного життя, зростання розшарування суспільства, наявність великої кількості непередбачуваних ситуацій і проблем, які спричиняють зниження показників здоров'я як окремих індивідів так і суспільства в цілому. Поряд з цим спостерігається зниження ролі соціально–виховних інституцій у житті та діяльності дітей і молоді та поширення впливу соціально–неконтрольованих інтернет впливів, що призводять до появи різноманітних відхилень у їхній поведінці, що є наслідками їхньої соціальної дезадаптації. Це зумовлює необхідність професійної підготовки фахівців соціальної сфери (соціальних педагогів та соціальних працівників), які за допомогою цілеспрямованої діяльності в межах певних соціальних інституцій зможуть створити умови для попередження появи в учнів проявів дезадаптованої поведінки та поширення ознак їхньої дезадаптації шляхом формування у них навичок здорового способу життя.

Аналіз наукової літератури з проблеми формування здорового способу життя учнів засвідчив, що дослідженими є такі її аспекти: теоретико–методологічні засади формування здорового способу життя дітей та молоді (О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко та ін.); теоретичні та методичні основи діяльності зі збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді у різних соціальних інституціях (Ю. Бойко,

О. Ващенко, Г. Голобородько, В. Грановський, П. Гусак, О. Закусило, Н. Зимівець, Д. Єлісеєва, О. Калюжна, С. Кондратюк, С. Лапаєнко, Ю. Мельник, С. Омельченко, С. Свириденко, І. Смолякова, Д. Солопчук, В. Шкуркіна та ін.); валеологічна просвіта дітей та молоді (О. Ажиппо, Б. Без'язичний, Ю. Бойчук, О. Іонова, С. Лупаренко, М. Подберезський, Н. Хребтова та ін.); підготовка майбутніх учителів до формування здорового способу життя учнів (Ю. Бойчук, Н. Урум та ін.); формування професійної готовності майбутніх фахівців соціальної сфери до здоров'язбережувальної роботи (Р. Безрукавий, Л. Грицюк, Н. Коцур, О. Міхеєнко, В. Петрович, Л. Товкун, А. Турчинов та ін.). Водночас проблема професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до роботи зі збереження та зміцнення здоров'я учнів як умова профілактики їхньої дезадаптації ще залишається поза увагою дослідників, що зумовило необхідність її розгляду. З огляду на вищезначене метою дослідження було визначення суті та особливостей професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до роботи зі збереження та зміцнення здоров'я учнів у різних соціальних інституціях як умова профілактики їхньої дезадаптації.

Фахівці соціальної сфери розглядають дезадаптацію як процес порушення соціальної адаптації, коли «поведінка індивіда перестає бути адекватною вимогам оточення, він втрачає можливість задовольнити базові...потреби, збереження подібної ситуації загрожує соціальному, або фізичному існуванню індивіда, а покращити її самостійно він не може» [2, с. 331]. Автори зазначають, що є два шляхи виникнення соціальної дезадаптації, а саме: 1) як результат різкої зміни умов середовища, до якої індивід виявляється неготовим; 2) як результат тривалого негативного впливу середовища, або власної поведінки. Серед наслідків соціальної дезадаптації дослідники виділяють: соціальну ізоляцію, втрату соціального статусу або соціально-корисних зав'язків, девіантну або саморуйнівну поведінку тощо. Отже, дезадаптація учня може виявлятися як на об'єктивному рівні, через певний тип поведінки, що зумовлює його соціальне несприйняття, так і на суб'єктивному, як певні психоемоційні зрушення, що призводять до руйнування особистості учня й, у своєму крайньому вияві, можуть призвести до суїциду.

Розрізняють такі різновиди дезадаптації дітей та молоді: шкільна, соціальна, професійна та психічна середовища. Так, для шкільної дезадаптації характерними ознаками є відмова (ухилення) дитини від відвідування школи, наслідок певних утруднень, що виникли у дитини у засвоєнні програми чи у процесі спілкування з учнями або вчителями. Для визначення особливостей соціальної дезадаптації вживають два терміни: «дезадаптація соціальна» та «соціальна дезадаптація», зміст яких відрізняється. Так, у першому випадку акцент робиться на використанні у процесі соціалізації деструктивних для суспільства та розвитку особистості стратегій самореалізації [6], а в другому – на виникненні соціально не схвалюваної поведінки [1]. Тобто, перший термін дає можливість зосередити

увагу на об'єктивних основах дезадаптації учня, тоді як другий – на суб'єктивних її характеристиках.

Отже, аналіз та узагальнення наукової літератури дозволили визначити профілактику дезадаптації учнів як цілеспрямовану, комплексну діяльність різних фахівців соціальної сфери (соціальних педагогів, психологів, соціальних працівників, юристів тощо), яка здійснюється на різних рівнях (макро, мікро та особистісному), а також має власну специфіку, залежно від рівня загострення проблеми, спрямовану на запобігання дії факторів, які можуть зумовити перетворення учнів на жертви процесу соціалізації шляхом підвищення адаптаційного потенціалу учнів та адаптаційних можливостей їхнього оточення, що сприятиме збереженню та зміцненню їхнього здоров'я.

Сучасні дослідники у галузі соціальної роботи відносять модель поширення фактичних знань, навчання позитивній поведінці, формування здорового способу життя до найбільш ефективних у роботі з дітьми та молоддю та доводять, що вона допомагає усунути особистісні чинники соціальних проблем і небезпечної поведінки, підготувати людину до зустрічі з проблемою та до задоволення потреб нешкідливим чином [2, с. 167]. Ураховуючи вищезазначене, у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до профілактики дезадаптації учнів у ХНПУ імені Г.С. Сковороди приділяється увага ознайомленню студентів з основами здоров'язбережувальної діяльності з різними соціальними групами, як під час опанування фахових дисциплін «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота», «Теоретико–методологічні основи соціально–педагогічної діяльності», «Етнопедагогіка», «Опіка та піклування», так і під час опанування спецкурсів «Формування здорового способу життя», «Соціальна робота зі збереження та зміцнення здоров'я».

Метою професійної здоров'язбережувальної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників є опанування теорію та практикою формування здорового способу життя як важливими складниками соціальної роботи, а також засвоєння технології здійснення соціальної роботи зі збереження та зміцнення здоров'я в сучасних умовах. Серед основних завдань підготовки можна виділити такі: розкриття теоретичних основ здійснення соціально–педагогічної та соціальної роботи з формування здорового способу життя; обґрунтування змісту й методів соціально–педагогічної та соціальної роботи з формування здорового способу життя; засвоєння основних форм, методів, засобів роботи з формування здорового способу життя учнів у різних соціальних інституціях; опанування інноваційними технологіями здійснення соціально–педагогічної та соціальної роботи зі збереження та зміцнення здоров'я.

У процесі навчання студенти мають засвоїти: знання щодо суті, змісту та особливостей соціально–педагогічної та соціальної роботи з формування здорового способу життя з різними категоріями учнів у різних соціокультурних середовищах (учні початкової ланки школи – засвоєння основ здорового способу життя, формування бажання до збереження та зміцнення власного здоров'я; учні середньої ланки школи – формування

потреби у появі навичок здорового способу життя, проведення профілактики появи хибних звичок, формування вміння відмовлятися від тиску однолітків, організація здоров'я збережувальної дозвіллевої діяльності з підлітками; учні старшої ланки – формування потреби у дотриманні здорового способу життя, розвиток вмінь розповсюдження навичок здорового способу життя серед учнів молодших класів та однолітків поза межами загальноосвітніх навчальних закладів); вміння застосовувати на практиці знання з надання соціальної допомоги учням та їхнім сім'ям щодо формування здорового способу життя; вміння розробляти засоби, що дозволяють здійснювати профілактику та корекцію дезадаптованої поведінки учнів, а також сприяти її соціальній реабілітації, зміцненню їхнього здоров'я.

Аналіз досліджень В. Олефіра дозволяє стверджувати, що для ефективної саморегуляції суб'єкту необхідний розвиток інтелектуально–особистісного потенціалу, який забезпечує успішність діяльності у ситуаціях невизначеності, досягнення та тиску [5, с. 143–144]. Тому, важливим аспектом професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до профілактики дезадаптації учнів є, на наш погляд, розвиток їхнього інтелектуально–особистісного потенціалу як важливого ресурсу, що дозволить їм ефективно здійснювати власну майбутню професійну діяльність зі складними контингентами в умовах невизначеності та утруднень та запобігатиме появі ознак професійного вигорання у подальшій роботі. Серед характеристик інтелектуально–особистісного потенціалу майбутніх фахівців соціальної сфери, що є важливими для здійснення профілактичної здоров'язбережувальної діяльності з учнями у різних соціальних інституціях можна виділити такі: інтелектуальна обізнаність з питань збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді; автономність у соціально–педагогічній та соціальній роботі та прийнятті відповідальних рішень; толерантність до поведінкових проявів учнів, якщо вони не загрожують їхньому здоров'ю чи здоров'ю оточуючих; комунікативні та організаторські здібності; креативність у виборі форм та методів здоров'язбережувальної профілактичної діяльності; соціальна активність у здійсненні здоров'язбережувальних волонтерських ініціатив; здатність до створення партнерської мережі з метою запровадження наукових соціальних проєктів з формування здорового способу життя учнів.

Аналіз наукових досліджень у галузі філософії освіти дозволив визначити концептуальні підходи до організації процесу професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери, які у сучасних умовах зможуть забезпечити його ефективність. Нову філософську освітню парадигму вирізняють такі характеристики: гуманістичність, системність, рефлексивність, фасилітативність, спрямованість на розвиток дослідницької активності, творчості та критичного мислення майбутніх фахівців, проблемна центрованість, використання компетентнісного та ресурсного підходів, діалогічність у взаємодії суб'єктів педагогічного процесу. Особливо важливим є використання вищезначених підходів у підготовці майбутніх фахівців соціальної сфери, які під час роботи мають, здійснюючи соціальний

вплив на учнів, самостійно демонструвати взірець соціально–схвалюваної поведінки та надихати дітей на її виявлення за допомогою створення превентивного середовища соціальної взаємодії.

Узагальнення результатів сучасних соціальних та соціально–педагогічних досліджень показало, що у процесі впливу на дітей та молодь майбутні фахівці соціальної сфери мають використовувати ґрунтовні надбання філософської та психологічної наукових галузей. Важливими з позицій сучасного виховання є такі філософські ідеї [4, с. 11–26]: діалектичного матеріалізму, холізму, прагматизму та неопрагматизму, позитивізму та неопозитивізму, неотомізму, екзистенціалізму, біхевіоризму та необіхевіоризму. Використання у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери особистісного, діяльнісного та діалогічного підходів є умовою забезпечення фундаментальних основ для розвитку особистості на тлі гуманістичної парадигми. У сучасних умовах суспільного розвитку, коли поширюються глобалізаційні процеси, що зумовлюють необхідність підготовки майбутніх фахівців соціальної до дії у полікультурному світі, впровадження вищеозначених підходів має відбуватися у тісному зв'язку з культурологічним, етнопедагогічним та аксіологічним підходами, що дозволить забезпечити їхню готовність до роботи у мінливому полікультурному середовищі, спроможність до вирішення складних професійних завдань з профілактики дезадаптації учнів на рівні сім'ї, закладів освіти, громади, з дотриманням загальнолюдських цінностей, етнокультурних особливостей соціокультурного середовища на засадах гуманізму. Також, важливою для формування особистості фахівців соціальної сфери в умовах поширення різноманітних проблем та кризових станів у суспільстві є реалізація антропологічного, акмеологічного, синергетичного та компетентнісного підходів, що дозволяють сформуванню їхню готовність до роботи з вразливими контингентами в умовах невизначеності.

Спираючись на вищеозначене, нами виокремлено такі концептуальні ідеї дослідження: 1) профілактика дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях розглядається нами як складний багатоаспектний феномен, теоретичним підґрунтям якого є гуманістична парадигма, спрямована в широкому сенсі на підвищення якості життя учнів, як теорія і практика цілеспрямованої, комплексної, узгодженої діяльності різних фахівців соціальної сфери, що здійснюється на трьох рівнях (індивідуальному, мікро та макро) та має власну специфіку за різновидами (первинна, вторинна та третинна), що створює умови для забезпечення підвищення рівня адаптаційного потенціалу учнів, зниження дії чинників, які заважають їхньому успішному пристосуванню до умов мікро та макросоціуму; 2) профілактика дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях передбачає здійснення комплексної професійної діяльності різних фахівців соціальної сфери, спрямованої на запобігання появи можливих відхилень у поведінці учнів, що можуть зумовити їхню дезадаптацію: загальну, яку переважно здійснюють на рівні закладів, де навчаються учні, та спеціальну,

що проводять працівники соціальних служб та спеціалізованих установ у разі появи специфічних проблем, які не може розв'язати соціально–психологічна служба загальноосвітнього закладу; 3) професійна підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до профілактики дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях представлена як цілісна керована система (з одного боку – професійної освіти майбутніх соціальних педагогів, що мають здійснювати превентивну діяльність з учнями у загальноосвітніх закладах різних типів, та соціальних працівників, які мають забезпечувати профілактику дезадаптації учнів у соціальних службах, спеціалізованих закладах системи охорони здоров'я, праці та соціальної політики та пенітенціарної системи, а з іншого – як спеціально спроектований, гуманістично спрямований освітній простір професійного становлення майбутніх фахівців соціального профілю, що поєднує можливості ВНЗ (навчальна, виховна, науково–дослідна підсистеми) та інших соціальних інституцій партнерської мережі у підготовці фахівців до комплексного вирішення проблеми профілактики дезадаптації учнів); 4) науково–методичне забезпечення системи професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери розглядаємо як дидактично спроектований комплекс способів та засобів, що забезпечуватиме формування їхньої професійної компетентності до здійснення профілактики дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях.

Як зазначає І. Зязюн, «головною метою вищої освіти має бути становлення цілісної і цілеспрямованої особистості, готової до вільного гуманістичного орієнтованого вибору і індивідуального інтелектуального зусилля, що володіє багатофункціональними компетентностями» [3, с. 13]. Цілком поділяємо ідеї автора та вважаємо необхідним у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів створювати умови для опанування загальними та предметними компетенціями, що визначатимуть їхній рівень професійної компетентності у роботі з профілактики дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях як результат підготовки. Отже, під час професійної підготовки майбутні фахівці мають оволодіти такими видами загальних та спеціальних компетенцій: розуміння та сприйняття соціальних норм поведінки відносно інших людей; розуміння необхідності та дотримання норм здорового способу життя; екологічна грамотність; розуміння необхідності, дотримання правил та виконання вимог охорони праці та виробничої санітарії; розуміння необхідності та дотримання правил безпеки життєдіяльності; здатність до визначення проблем зі здоров'ям у учнів за різними складниками (фізичне, психічне, духовне, соціальне) здоров'я; здатність до здійснення діяльності спрямованої на створення здоров'язбережувального соціально–виховного середовища для учнів у різних соціальних інституціях, як умови профілактики їхньої дезадаптації.

Під час проведення формувального етапу науково–педагогічного експерименту було перевірено ефективність розробленого науково–методичного забезпечення професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до профілактики дезадаптації учнів у

різних соціальних інституціях. Нами застосовувалися такі методичні елементи підготовки: матеріали лекцій з використанням можливостей інформаційних технологій та соціальної реклами у формуванні здорового способу життя дітей та молоді; матеріали семінарських та практичних занять із упровадженням фрагментів тренінгових занять з формування навичок здорового способу життя учнів; організація міжвузівських конференцій, семінарів та круглих столів з обговоренням проблем збереження та зміцнення здоров'я учнів; проведення майстер–класів з застосуванням здоров'язбережувальних методик у соціальному вихованні учнів тощо.

Серед ефективних інтерактивних технік, які майбутні соціальні педагоги та соціальні працівники мали можливість опанувати під час організації соціальних ініціатив студентського наукового товариства «Волонтер», а також під час практики в соціальних службах та загальноосвітніх навчальних закладах можна визначити такі: використання маско–, лялько–, музико– та казкотерапії у профілактиці девіантної поведінки учнів; використання лялькового театру у формуванні навичок здорового способу життя учнів різного віку; виготовлення ляльок–мотанок та оберегів з природних матеріалів як засобів соціального виховання підлітків тощо.

Отже, аналіз проведеного дослідження дозволив сформулювати такі висновки: 1) профілактика дезадаптації учнів є цілеспрямованою, комплексною здоров'язбережувальною діяльністю фахівців соціальної сфери (соціальних педагогів, соціальних працівників), яка здійснюється у різних соціальних інституціях, а також має власну специфіку, залежно від рівня загострення проблеми, спрямовану на запобігання дії факторів, що можуть зумовити перетворення учнів на жертви процесу соціалізації шляхом підвищення адаптаційного потенціалу учнів та адаптаційних можливостей їхнього оточення; 2) у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до здійснення профілактики дезадаптації учнів потрібно використовувати системний, комплексний, особистісно–діяльнісний, діалогічний, культурологічний, етнопедagogічний, аксіологічний, антропологічний, акмеологічний, синергетичний, компетентнісний, ресурсний підходи, що є методологічним підґрунтям у розробці методичного забезпечення для реалізації системи їхньої професійної підготовки до означеного виду діяльності; 3) за результатами формувального етапу експериментального дослідження до ефективних засобів професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до профілактики дезадаптації учнів відносимо організацію діяльності студентського наукового товариства майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників «Волонтер» у формах майстер–класів, круглих столів, виїзних засідань на базах соціальних інституцій партнерської мережі тощо.

Перспективним напрямом подальших досліджень є визначення кількісних показників рівня готовності майбутніх фахівців соціальної сфери до здоров'язбережувальної профілактичної роботи з учнями.

Список використаних джерел

1. Балабанова. Л. Судебная психология. – М.: Изд-во «Сталкер», 1998. – 432 с.
2. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. – Київ, Сімферополь: Універсум, 2013. – 536 с.
3. Зязюн І. А. Філософія поступу і прогнозу освітньої системи // Педагогічна майстерність: проблеми, пошуки, перспективи: монографія / І.А. Зязюн. – К.; Глухів: РВВ ГДПУ, 2005. – С. 10 – 18.
4. Методология и методы социально-педагогических исследований: Науч., учеб.-метод. пособие для студентов, магистрантов, аспирантов и специалистов в областивоспитания и образования, соц. педагогов и соц. работников / Авт.-сост.: С.Я. Харченко, Н.С. Катинов, А.Н. Чиж, В.А. Кратина. – Луганск: Альма-матер, 2001. – 216 с.
5. Олефір В.О. Психологія саморегуляції суб'єкта діяльності: Дис. ... докт. психол. наук: спец. 19.00.01. – Харків, 2016. – 428 с.
6. Словарь по профориентации и психологической поддержке [электронный документ]. – Режим доступа <http://vocabulary.ru/dictionary/27>.

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

(Коцур Н. І., Товкун Л. П.)

Проблема професійної підготовки майбутнього вчителя охоплює багато актуальних питань, характерних для сучасного етапу перетворень у системі освіти в Україні. Визнання суспільством учителя ключовою фігурою процесу освіти і виховання потребує вдосконалення підходів до розв'язання проблеми його професійної підготовки, оскільки студент вищого педагогічного навчального закладу готує себе до професії, успіх самореалізації у якій буде визначатися як його фаховою обізнаністю, так і психічним та фізичним благополуччям, ставленням до здоров'я індивідуального та оточуючих.

Особливої актуальності означена проблема набуває в умовах модернізації системи освіти в Україні, зорієнтованої на входження у європейський освітній простір. Концепція нової української школи спрямована на формування компетентностей, необхідних для успішної самореалізації особистості в суспільстві. Формування здоров'язбережувальної компетентності є важливою складовою професійної компетентності сучасного вчителя, фундаментом подальшої оздоровчої діяльності майбутніх фахівців.

Проблемі підготовки висококваліфікованих педагогічних кадрів до здійснення здоров'язбережувальної діяльності в освітніх закладах присвячено низку досліджень (Н. Абаскалова, О. Алексеева, Ю. Бойчук, Н. Кравчук, О. Ващенко, С. Свириденко, Г. Мещерякова, І. Ніколаєва, С. Чурюкіна, Н. Коцур, Л. Товкун та ін.). Окремі аспекти формування здоров'язбережувальної компетентності у майбутніх педагогів висвітлені в публікаціях Н. Тамарської, Є. Чернишова, Д. Вороніна, І. Братищенко, І. Митчик, О. Сапожник, В. Омеляненко та ін.

Сутність здоров'язбережувальної компетентності розкрито в публікації Ю. Бойчук та А. Турчинова [2, с. 180–186]. Структурно–змістовна модель здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів запропонована дослідниками Т. Бондаренко [3, с. 214–223] та Н. Коцур [7, с. 20–29]. Етапи формування здоров'язбережувальної компетенції в студентів вищих навчальних закладів висвітлені в публікації О. Митчик та О. Сапожник [8, с. 75–78]. Впровадження здоров'язбережувальних технологій у навчальному закладі розглядали у своїх публікаціях І. Братищенко [4], Н. Тамарська [10] та інші.

Водночас у дослідженнях В. Омеляненко зазначається про недостатню практичну підготовку майбутніх педагогів до здоров'язбережувальної діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах, про що свідчить низький рівень здоров'я і фізичної підготовленості сучасних школярів. У навчальний процес вищих навчальних закладів недостатньо впроваджуються сучасні педагогічні технології, спрямовані на формування у майбутніх вчителів здоров'язбережувальної компетентності. Відсутність у педагогів мотивації до діяльності, пов'язаної із збереженням здоров'я дітей, незнання і невміння використовувати в освітньому процесі здоров'язбережувальні технології та ігнорування науковою організацією праці в педагогічному процесі – все це свідчення незадовільного стану культури здоров'я в сучасному суспільстві, дефіциту системи знань і практичного досвіду в галузі збереження і зміцнення підростаючого покоління [9].

Як зазначає дослідниця В. Тевкун, виникли суперечності між соціальним замовленням суспільства, спрямованим на пріоритет збереження і зміцнення здоров'я суб'єктів освітнього процесу, і недостатнім володінням більшістю вчителів здоров'язбережувальною компетентністю; необхідністю упровадження компетентнісного підходу до підготовки майбутнього вчителя і недостатньою розробленістю технології формування здоров'язбережувальної компетентності [11]. У зв'язку з цим проблема здоров'язбережувальної компетенції як основи професійної підготовки майбутніх вчителів має теоретичну і практичну значимість.

Метою нашого дослідження стало визначення рівня підготовки майбутніх учителів з питання формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі їх професійної підготовки.

Навчання у вищому педагогічному закладі має орієнтуватися на підготовку кадрів широкого профілю, посилення фундаментальної освіти, наближення навчального процесу до дослідницької та творчої професійної діяльності, спрямовуватися на формування особистості педагога з такими якостями, які відповідали б сучасним вимогам і забезпечували успішність практичної діяльності. Саме тому особлива увага звертається увага не на процес надання знань, а на те, щоб навчити студентів використовувати їх у своїй практичній діяльності в освітньому закладі.

Професійна компетентність педагога передбачає наявність професійних знань, умінь і навичок; забезпечення мобільності та поповнення професійних і особистісних якостей, гнучкості у засвоєнні методів теоретичної та способів

практичної діяльності, критичності мислення, саморефлексії, прагнення до безперервного професійного зростання. Як зазначає дослідник Ю. Бойчук, у її структурі важлива роль належить здоров'язбережувальній компетентності, яка вимагає від вчителя володіння відповідними теоретичними знаннями та навичками практичної діяльності [2, с. 180].

На думку Т. Бойченко, здоров'язбережувальна компетентність учнів є однією з ключових для української системи шкільної освіти. Вона включає здатність (готовність) мобілізувати систему знань, умінь розумових і особистісних якостей, необхідних для формування у школярів мотивації до здоров'язбереження, а також уміння передбачати, попереджати, або компенсувати втрату здоров'я як засобу задоволення базових потреб людини [1, с. 6–7].

Формування спрямованості мислення на збереження й зміцнення здоров'я – невід'ємний компонент здоров'язберігаючої компетентності майбутніх фахівців. Для розв'язання цього завдання необхідно сформуванню у студентів стійку мотивацію до здорового способу життя, здійснити комплекс здоров'язбережувальних заходів, спрямованих на усвідомлення ними цінності свого здоров'я. Формування здоров'язбережувальної компетентності особливо важливе для студентів вищих педагогічних навчальних закладів – майбутніх педагогів, оскільки вони повинні мати не лише високий рівень професійної підготовки, але й міцне здоров'я та бути творцем здоров'я школярів. У зв'язку з цим одним із важливих аспектів розв'язання проблеми здоров'я дітей і підлітків через освіту є підготовка високоосвіченого грамотного педагога, який поряд з усвідомленням особистої відповідальності за збереження свого здоров'я є активним пропагандистом знань і вмінь зі здоров'язбереження серед школярів у загальноосвітніх закладах [9, с. 28].

На наш погляд, формування здоров'язбережувальної компетентності у майбутніх учителів повинно передбачати наявність теоретичних знань і практичних умінь щодо збереження і зміцнення індивідуального фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я та вміння їх застосовувати в практичній діяльності в освітніх закладах як на уроках, так і в позаурочній діяльності. Вона повинна включати: життєві навички, що сприяють фізичному здоров'ю (рухова активність, раціональне харчування, біоритмологічна організація праці та відпочинку); навички, що сприяють соціальному здоров'ю (ефективне спілкування, співчуття, розв'язання конфліктів, поведінка в умовах тиску, погроз, дискримінації, спільна діяльність та співробітництво); навички, що сприяють духовному та психічному здоров'ю (самоусвідомлення та самооцінка, аналіз проблем і прийняття рішень, визначення життєвих цілей та програм, самоконтроль, мотивація успіху та тренування волі).

Виходячи із зазначеного, якісна підготовка майбутніх учителів перетворюється на стратегічну сферу, реалізація якої має бути в центрі уваги та пріоритетним напрямом розвитку освітньо–виховної та фізкультурно–оздоровчої галузі, оскільки від цих факторів залежить рівень здоров'я та культури здорового способу життя кожного школяра [8, с. 76].

Відомо, що на стан здоров'я школярів впливає низка соціально-гігієнічних і біологічних факторів. Існуючий стан організації режиму навчально-виховного процесу в сучасній школі, інтенсифікація навчання, зростаючий обсяг інформації вимагають від школярів все більшого напруження фізіологічних систем організму, що зумовлює високе навантаження на адаптаційні механізми, посилює нервово-емоційну напруженість. У зв'язку з цим у сучасних школярів широкого поширення набувають хронічні неінфекційні захворювання дихальної, нервової, серцево-судинної, ендокринної та інших систем організму.

Визначення комплексу сприятливих і несприятливих чинників, які впливають на здоров'я учнів, надає можливість розробити, науково обґрунтувати і запровадити концепцію управління станом здоров'я дітей і підлітків. У зв'язку з цим підготовка майбутніх вчителів із питань здоров'язбереження передбачає формування глибоких теоретичних знань і вміння реалізувати їх на практиці.

Вагому значущість у структурі здоров'язбережувальної компетенції вчителя, вважає Т. Бондаренко, мають такі компоненти: когнітивний, емоційно-ціннісний і практично-діяльнісний. На думку дослідника, когнітивний компонент варто розглядати як сукупність теоретичних медико-біологічних, психолого-педагогічних і методичних знань; умінь педагога педагогічно мислити, що, в свою чергу, передбачає наявність аналітичних, прогностичних, проєктивних, а також рефлексивних умінь. До показників, що свідчать про рівень розвитку когнітивного компоненту здоров'язбережувальної компетенції вчителя, належать: знання суті і змісту понять «здоров'я» і «здоровий спосіб життя», основних показників складових здоров'я людини (фізичного, психічного, психологічного, соціального і духовного); знання про соматіку, фізичні властивості організму людини, санітарно-гігієнічні вимоги до організації навчально-виховного процесу; розуміння чинників, які впливають на здоров'я; знання основних характеристик здоров'язберігаючих технологій; вміння вивчати, аналізувати та оцінювати стан індивідуального здоров'я і здоров'я учнів, прогнозувати можливі зміни стану здоров'я учнів залежно від створених умов. До показників розвитку емоційно-ціннісного здоров'язбережувальної компетенції відноситься: висока мотивація на виховання здоров'язбережувальних якостей в учнів; переконаність у необхідності передачі своїх знань для здоров'язбереження учнів; виявлення пізнавального інтересу до проблеми збереження здоров'я підростаючого покоління. Діяльнісний компонент здоров'язбережувальної компетенції вчителя передбачає володіння тими вміннями і прийомами діяльності, котрі забезпечують формування в учнів переконань у необхідності дбайливого ставлення до свого здоров'я [3, с. 216–218].

Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутнього вчителя є необхідною та обов'язковою компонентою його біологічної підготовки. Адже від здоров'язбережувальної компетенції вчителя багато в чому залежить здоров'я, фізичний розвиток, рівень фізичної підготовленості

та розумова працездатність учнів. Існує стійкий взаємозв'язок між ставленням вчителя до свого здоров'я, його потребою в веденні здорового способу життя, рівнем грамотності в питаннях відновлення всіх аспектів здоров'я і наданням відповідного виховного впливу на учнів. Чим нижче рівень грамотності педагога в цих питаннях, тим менше він сам мотивований до ведення здорового способу життя, тим менше він зацікавлений в здоров'язбереженні школярів [6, с. 284].

Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів передбачено освітньо–професійною програмою (ОПП), документу, який визначає нормативний зміст, термін навчання і форми державної атестації фахівця відповідного освітньо–кваліфікаційного рівня. В системі сучасної професійної підготовки майбутнього вчителя з питань здоров'язбереження школярів вагоме значення надається вивченню таких навчальних дисциплін, як валеологія, вікова фізіологія і шкільна гігієна, екологія, психогігієна, основи безпеки життєдіяльності, охорона праці, педагогіка, психологія. Отримані знання із зазначених дисциплін студенти застосовують під час проходження педагогічної практики в освітніх закладах.

Організація навчально–виховного процесу у вищій школі висуває певні вимоги до студентів, у результаті чого попередній досвід звичних способів діяльності, набутий ними в шкільній системі освіти, стає неадекватним новим умовам. Оволодіння студентом новими способами діяльності, входження в новий спосіб життя, звикання до змінених форм організації навчально–виховної роботи здійснюються у межах тривалого періоду – адаптації. Очевидним є те, що вміння студентів подолати труднощі періоду адаптації, які супроводжують їх упродовж першого, а іноді й другого семестрів навчання, визначає не лише їх академічну успішність, подальшу професійну визначеність, але й стан здоров'я.

Наступним чинником, який викликає зміни у способі життя студентів, є комплекс соціально–психологічних проблем, пов'язаних із засвоєнням нової соціальної ролі, дещо зміненими груповими та індивідуальними формами поведінки. Цей аспект відображає психологічну готовність індивіда активно включитися в життя навчальної групи (факультету, навчального закладу), стати повноправним її членом, творцем моральних норм і способів самовираження й самоутвердження новоствореного колективу.

Узагальнюючи сказане, можна виокремити чинники, котрі у процесі навчальної діяльності студентів можуть мати негативний вплив на їх здоров'я, а саме: посилені вимоги до засвоєння великого обсягу навчальної інформації; тривале навантаження на деякі функціональні системи організму; брак навичок раціональної організації навчальної діяльності, що призводить до порушень режиму харчування, сну і, відповідно, негативно відбивається на академічній успішності студентів і стані їх здоров'я; низька культура відпочинку, ознаками якої є надання переваги пасивним формам організації дозвілля над активними.

Пошук найбільш ефективних і адекватних видів впливу на показники здоров'я майбутніх учителів передбачав розроблення й наукове

обґрунтування простих і доступних практик, прийомів, методів, корекційних методик, провідним критерієм доцільності застосування яких є не лише позитивна дія на показники здоров'я студентів на етапі професійної підготовки, але й формування способу дій, що забезпечать ефективну професійну діяльність. З огляду на це, найбільш доцільними для розроблення основ раціональної організації життєдіяльності працівника розумової сфери були визначені здоров'язбережувальні технології, що включають: методи оцінювання, самоконтролю і відновлення розумової працездатності під час навчальних занять; методи відновлення розумової працездатності у вільний час; методи корекції функціонального стану зорового і слухового аналізаторів; методи поліпшення стану психічного здоров'я і зменшення нервового напруження; загальнозміцнюючі засоби підвищення стійкості до дистресів; система заходів із організації режиму дня; раціональне харчування.

Дослідження щодо формування здоров'язбережувальної компетенції у майбутніх учителів проводилося на базі Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди. Для проведення дослідження було створено дві групи: експериментальну та контрольну. Отримані в подальшому результати дослідження показали, що кількість майбутніх учителів, які у процесі вивчення дисциплін природничого циклу поєднують пізнавальний інтерес із набуттям професійних знань, умінь і навичок щодо раціоналізації життєдіяльності своєї та інших, становить 34,5% кількості студентів контрольних і 42,8% експериментальних груп. Вони вважають, що головний успіх у формуванні раціональної життєдіяльності залежить від фахової компетентності і суб'єктивної позиції щодо цінностей здорового способу життя, власної активності щодо виховання волі, наполегливості, послідовності, необхідних водночас як для вдосконалення сформованих стереотипів поведінки, так і в роботі вчителя.

У студентів, для яких суб'єктивний смисл навчання у педагогічному ВНЗ полягає у здобутті вищої освіти, завдання зрозуміти логіку вивчення дисциплін природничого циклу як компонента професійної освіти практично не реалізується. Таких студентів виявлено 17,5% у контрольних групах і 7,2% – в експериментальних.

На основі аналізу даних дослідження виявлено динаміку зміни ціннісних орієнтацій щодо здорового способу життя і встановлено рівні готовності майбутніх учителів до програмування й набуття досвіду діяльності щодо засвоєння норм здорового способу життя як життєвої і професійної перспективи.

Слід відмітити, що кількість студентів, для яких властивим є прийняття цінностей здорового способу життя, усвідомлене бажання вносити корективи у сформовані стереотипи поведінки, прагнення набувати досвіду вдосконалення життєдіяльності у перспективі, професійно вмотивоване ставлення до предметів природничого циклу, значно зросла в експериментальних групах порівняно з вихідним рівнем: відповідно 42,9% і 15,5%. Заслуговують на увагу також тенденції щодо зменшення кількості тих

студентів в експериментальних групах, для яких притаманна епізодична зацікавленість перевагами здорового способу життя, брак бажання раціоналізувати сформований стиль життєдіяльності, потреба у зовнішньому стимулюванні оздоровчої діяльності: таких до експерименту виявлено 16%, а після – 10,2%.

Як засвідчили наші дослідження, систематичні практичні заняття з використанням оздоровчих технологій допомагають студентам краще пізнати себе, навчитися керувати своїми емоціями, поведінкою, визначати свій психофізіологічний стан, ступінь втоми, досягати гармонії між тілом і духом.

Одним із напрямків при підготовці студентів є виконання практичних завдань при проходженні педагогічної практики. Під час практики студенти досліджують умови навчання та виховання в загальноосвітніх школах і проводять валеологічний аналіз організації уроків, вивчають закономірності впливу умов навчання і виховання на працездатність і успішність учнів, оволодівають оздоровчими технологіями навчання, здійснюють оцінювання фізичного розвитку та рівня здоров'я учнів. За отриманими результатами дослідження розробляють рекомендації щодо створення валеологічних умов при організації навчально-виховного процесу та використання здоров'язбережувальних технологій у діяльності вчителя.

Використання оздоровчих технологій майбутніми педагогами в освітніх закладах допомагає школярам сформувати базові навички з основ здоров'я, набути глибоких знань із основ здорового способу життя.

Отже, у сучасних умовах інтенсифікації навчання виникає необхідність підготовки вчителя до впровадження здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі. Водночас впровадження їх треба розглядати як творчо-практичну діяльність, спрямовану на активне, свідоме й цілеспрямоване використання знань та умінь із метою формування, збереження і зміцнення здоров'я школярів.

Про сформованість здоров'язбережувальної компетентності майбутнього фахівця можна говорити тоді, коли педагог не лише володіє знаннями про здоров'я, здоровий спосіб життя, здоров'язбережувальні технології, але й усвідомлює цінність здоров'я, мотивований до здоров'язбережувальної діяльності, реалізує знання і вміння на практиці.

Отже, проблема формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів визначається сучасними тенденціями розвитку освіти; підвищенням вимог до здоров'язбережувальної компетентності вчителя та вмінням реалізовувати теоретичні знання у практичній діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах із метою залучення учнів до здоров'язберігаючого навчального процесу, формування в них активної позиції щодо зміцнення і збереження особистого здоров'я.

Список використаних джерел

1. Бойченко Т.С. Здоров'язберігаюча компетентність як ключова освіти України // Основи здоров'я і фізичної культури. – 2008. – № 11/12. – С. 6–7.
2. Бойчук Ю.Д., Турчинов А.В. Сутність здоров'язбережувальної компетентності // Проблеми інженерно-педагогічної освіти: Зб. наук. праць. – Вип. 48/49. – Харків: УПА, 2015. – С. 180–186.

3. Бондаренко Т.Є. Визначення структури здоров'язберігаючої компетентності майбутніх вчителів біології // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, 2012. – № 1. – С. 214–223.
4. Братищенко І.В. Впровадження здоров'язбережувальних технологій у навчальному закладі. – [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу: <http://teacherjournal.com.ua/>
5. Воронін Д.Є. Формування здоров'язбережувальної компетентності студентів вищих навчальних закладів засобами фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец 13.00.07. – Херсон, 2006. – 20 с.
6. Коцур Н.І., Товкун Л.П. Професійна підготовка майбутніх педагогів з питань збереження та зміцнення здоров'я школярів // Освіта Регіону: Український науковий журнал. – № 3. – К.: Університет «Україна», 2013. – С. 282–286.
7. Коцур Н.І. Структурно–змістовна модель формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів фізичної культури // Фізичне виховання, спорт і туристсько–краєзнавча робота в закладах освіти: зб. наукових праць. – Додаток до Гуманітарного вісника «ДВНЗ «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Переяслав–Хмельницький: ФОП Домбровська Я.М., 2017. – С. 22–29.
8. Митчик О., Сапожник О. Етапи формування здоров'язбережувальної компетенції в студентів вищих навчальних закладів // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць. – 2011. – № 3. – С. 75–79.
9. Омеляненко В.Г. Здоров'язберігаюча компетентність вчителя фізичної культури // Професійні компетенції та компетентності вчителя: Матеріали регіонального науково–практичного семінару. – Тернопіль: Вид–во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2006. – 188 с.
10. Тамарская Н.В., Русакова С.В., Гагина М.Б. Управление учебно–воспитательным процессом в классе (здоровьесберегающий эффект). – Калининград: Изд–во КГУ, 2002. – 31 с.
11. Тевкун В.В. Здоров'язбережувальні компетенції – основа професійної підготовки майбутніх вчителів фізичної культури. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://visnyk.chnpu.edu.ua/?wpfb_dl=1010.

ФОРМУВАННЯ ЦИФРОВОЇ ГРАМОТНОСТІ МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

(Прокопенко А.І., Олійник Т.О., Москаленко В.В., Лебедева В.В.)

Сьогодні людство переживає величезні потрясіння у сферах технології та комунікації, досягнення яких мають величезний вплив на всі аспекти сучасного життя. Цифрова грамотність особистості визнана однією з ключових для 21–го століття у контексті навчання впродовж життя, що, зокрема, стосується здатності критично та творчо використовувати цифрові технології для самореалізації особистості. В умовах розбудови сталого розвитку суспільства вкрай важливим є здатність молоді щодо здійснення соціальних проектів і цифрового підприємництва. Водночас, об'єкти цифрового світу здатні призвести й до протилежних наслідків, що спричиняють у молоді ознаки інертності, агресивності, консервативності тощо. Безперечно, що при певних умовах інтеграція технологічного сектору в освіту буде сприяти розв'язанню проблем здоров'я та благополуччя сучасного суспільства.

У міжнародному освітньому просторі різноманітні дослідження підтверджують, що молодь не тільки збільшує кількість часу, що проводить в Інтернеті, вона практично всюди й завжди (за допомогою мобільних пристроїв) має безконтрольний доступ з боку дорослих. Серед найбільш актуальних засобів, що обумовлюють зазначені тенденції, слід зазначити системи відкритої освіти, хмарні обчислення, мобільні засоби, технології підтримки віртуальної та доповненої реальності тощо. Проте, безперечно, це автоматично не призводить до формування цифрової компетентності особистості. В першу чергу тому, що існуюча контекстна чутливість і гнучкість з боку різноманітних сервісів хоча і надає можливість швидкого пошуку у відповідності до персональних налаштувань, водночас, з іншого – за певних умов уповільнює розвиток власних навичок людини. Отже, існує необхідність системних заходів щодо розробки допоміжних цифрових ресурсів та сервісів, здатних підтримувати педагогів у компетентному використанні безпечних технологій з певним спектром налаштувань.

Домінуючими стають зусилля провідних вишів, спрямовані на розбудову екосистеми технологічного і психолого–педагогічного супроводу навчання, що зумовлює якість формування як відкритого цифрового середовища, так і професійних компетентностей педагога «*soft skills*» (м'яких навичок, перелік яких за деякими публікаціями налічує 60 позицій), зокрема цифрової та медіаграмотності, критичного мислення, підприємництва, використання дистанційних технологій тощо. Значний внесок у дослідження було зроблено під керівництвом вітчизняних дослідників В. Бикова, М. Жалдака, В. Кухаренка, С. Літвінової, Н. Морзе, І. Прокопенка, В. Сергієнка, О. Співаковського, Ю. Рамського, Ю. Триуса, А. Айсмонтаса, М. Брауна, П. Коммерс, А. Куминс та інших.

Виходячи з того, що визначення цифрової грамотності особистості ґрунтується на трьох компонентах, а саме, розумінні того, як працюють нові цифрові інструменти, чому це корисно і коли їх використовувати ми є прихильниками концепції, що охоплює широке поняття цифрової грамотності, тобто «відповідальне та належне використання технологій, що підкреслюють сфери, включаючи цифрову комунікацію, цифровий етикет, цифрове здоров'я та благополуччя, а також цифрові права та обов'язки» [10]. Водночас, дане визначення постійно розвивається, тому доцільно використовувемо таке уточнення, що обумовлює формування функціональних навичок, критичного і творчого використання, активності, розвитку та самореалізації особистості.

Зрозуміло, що навчальним закладам доводиться враховувати зазначені процеси, впроваджувати нові інструменти, освітні платформи, стандарти оцінювання тощо [4, с. 27; 7, с. 14; 12, с. 12]. В умовах розбудови інформаційного інклюзивного середовища першочергову увагу у підготовці педагога ми приділяємо проблемам персоналізованої освіти. Без сумніву, це обумовлює дослідження якості відкритих освітніх ресурсів у поєднанні з організаційними заходами, спрямованими, зокрема, на (1) формування навичок оцінювання засобів персоналізованої освіти (ПО); (2) поєднання,

адаптацію та узгодження існуючих засобів ПО; (3) удосконалення навичок командної роботи; (4) надання організаційної підтримки у роботі з засобами ПО; (5) заохочення до участі в роботі профільних спільнот з обміну досвідом; (6) залучення до використання засобів ПО у неформальній та інформальній освіті; (7) сприяння поширенню різноманітних засобів ПО через публікації відповідних матеріалів; (8) забезпечення зворотного зв'язку щодо самостійного використання нових засобів ПО; (9) розширення знань у галузі прав інтелектуальної власності, політики конфіденційності та авторського права; (10) оприлюднення власних засобів персоналізованої освіти.

Безумовно, останні дискусії освітян у блогосфері підтверджують, що цифрові технології значно підвищують соціальні та поведінкові цілі людини з труднощами в навчанні, порушеннями та іншими проблемами порівняно з традиційними методами навчання. Незалежно від дизайну цифрових технологій (інструментів), їх інтеграція зі спеціалізованими освітніми підходами обумовлює значно кращий рівень (1) адаптації завдань до навичок і здібностей дитини; (2) допомоги особистому розвитку шляхом вдосконалення вже наявних навичок або формування нових; (3) розширення доступу до якісної (мультимедійної) інформації; (4) виявлення попереднього рівня особистого розвитку; (5) активізації та надання учневі більшої автономії; (6) виявлення потенційних здібностей у дітей, що мають комунікативні проблеми; (7) підвищення мотивації до навчання, комунікації, взаємодії та згрупування зусиль тощо.

З огляду на рекомендації ЮНЕСКО, слід зазначити, що сучасні тенденції в міжнародній освіті та соціальній політиці у розвинених країнах спрямовані на інтеграцію в суспільство тих, хто ризикує бути виключеним з нього [1, с. 145]. В першу чергу, йдеться про доступ до якісної початкової освіти дітей з особливими потребами, активне сприяння яким у відвідуванні освітніх закладів обумовлено прагненням розширювати якість їх освіти за рахунок взаємодії з однолітками і заохочуванні участі таких дітей в житті спільноти. Подоланню бар'єрів і забезпечення освіти, що охоплює всіх, включаючи дітей з різноманітними особливими потребами, слід сприяти і для того, щоб дати їм можливість грати відповідні ролі в сучасному суспільстві. Під поняттям дитина (або людина), «яка має особливі освітні потреби» розуміється та особа, що за різних обставин (розумових, фізичних, соціальних, психологічних) зазнає труднощів в навчанні, порівняно з більшістю осіб того ж віку. Не зважаючи на те, що труднощі можуть бути постійними, недавно придбаними, періодичними або зумовленими обставинами, така особа потребує виняткової допомоги педагогів.

Підкреслимо, що при швидкому зростанні цифрових технологій головними напрямками підтримки дітей з особливими потребами в освітньому інклюзивному процесі є використання допоміжних інструментів, що дозволяють подолати затримку їх розвитку через реалізацію корекційно-компенсаторного навчання. Це так звана особлива сфера допоміжних технологій комунікації та опрацювання інформації для дітей з функціональними обмеженнями практично всіх категорій (з сенсорними та

інтелектуальними порушеннями), що включає зокрема, природні користувальницькі інтерфейси, віртуальні помічники, сенсорні підсилювачі тощо. За допомогою цих технологій залежно від моделей розвитку людина з особливі освітніми потребами (зокрема, фізичними вадами руху, зору, слуху тощо) може демонструвати кращі навчальні досягнення. Наприклад, для дитини вивчення нових понять полегшується через яскраві кольорові образи та засоби підтримки комунікації, включаючи аналізатори голосу, синтезатори мовлення тощо [1, с. 147]. Водночас зазначимо, що використання допоміжних інструментів для людей з обмеженою працездатністю в повсякденному житті частіше реалізується за умов застосування дистанційних форм.

Перш за все, розглянемо природні інтерфейси користувачів (*NUI – Nature User Interface*) та альтернативні пристрої введення інформації, що реалізують як у спеціально створених пристроях або комп'ютерах, так і входять до складу низки навчальних застосунків). Ці інструменти призначені для того, щоб людина з обмеженими можливостями могла легко опрацьовувати інформацію, деякі з них включають джойстики, модифіковані клавіатури та сенсорні екрани, що спрямовують курсор у відповідності рухів частин тіла, наприклад, підборіддя, рук або ніг. Допоміжні цифрові технології в цій галузі – це спеціалізовані корекційно–розвивальні засоби, що розроблені для підтримки окремих видів діяльності людини (наприклад, письма, малювання тощо) з врахуванням її психолого–педагогічних особливостей та загально педагогічних принципів інклюзивної освіти.

Водночас слід акцентувати важливість технології голосового набору тексту, що забезпечує переваги під час навчання для людини, яка має проблеми з мобільністю, спритністю або вадами зору, наприклад, це дозволяє висловлювати власні думки за допомогою засобів аудіо інтерфейсу («видавати накази» без набору тексту на клавіатурі, зокрема, для виконання навігаційних дій в Інтернеті). А також в зворотному процесі (технологія екранного читання) під час виконання роботи прилади «повідомляють» про зміни інформації, що знаходиться на екрані (наприклад, «проголошують» повідомлення або можливі помилки), тобто призначені для інформування тих змін, що відбувається на екрані комп'ютера або мобільного приладу.

Також розглянемо технології, що допомагають у навчальному процесі на основі візуального інтерфейсу AAC («*Augmented and Alternative Communication*») – доповнені та альтернативні способи спілкування) для дітей з аутизмом або людей будь–якого віку з проблемами вербалізації. Програма для зміцнення базової мови *LAMP (Language Acquisition through Motor Planning* – «вивчення мови через проектування рухів»), яка використовує візуальні, а не слухові способи навчання, що за допомогою пристрою передачі голосу використовує екран на основі матриці кнопок, що представляють основні слова (більше 90 відсотків словника дитини), які знаходяться в фіксованій позиції.

Таким чином, завдяки зазначеним допоміжним технологіям молодь з особливими потребами здобуває якісну освіту, що розроблені відповідно до

їхніх конкретних потреб і здібностей та використовуються як на спеціально створених комп'ютерах, так і у складі низки навчальних застосунків. Ці допоміжні технології можуть бути (як правило, безкоштовно) вмонтовані для використання практично з будь-яким цифровим пристроєм, включаючи мобільний телефон. Враховуючи, що за сучасною тенденцією кількість студентів з особливими потребами постійно зростає, водночас зі збільшенням якості залучення їх до освіти зростає і навантаження на педагогів, що мають реалізовувати інтеграцію цифрових технологій в освіту. Наприклад, у США з обмеженими можливостями є приблизно 7 мільйонів учнів, зокрема, в випускних класах доля учнів з особливими потребами останнім часом збільшилась до 62,7%.

Проте, слід зазначити, що на думку експертів, проблема розбудови та ефективності функціонування освітнього інклюзивного середовища обумовлена ще недостатньою кількістю та якістю як спеціалізованих технологій, так й формування певного рівня професійної компетентності педагога. Водночас актуальною залишається проблема, що зокрема, обумовлена рівнем його/її цифрової грамотності інтегрувати зазначені технології як в розвиток кожного учня з особливими потребами окремо, так і систему навчання спільноти класу в цілому.

Отже, щоб інтеграція цифрових технологій в освіту відбулася ефективно, підготовка вчителів до інноваційної діяльності потребує змістовних програм, що включають провідні технологічні тренди та освітні концепції, які найбільш активно досліджуються міжнародною освітньою спільнотою.

У зазначених умовах першочерговими слід визначити ті, що пов'язані з дистанційними засобами у розбудові інформаційного інклюзивного середовища [8, с.56; 11]. За прогнозами провідних експертів до 2020 року молоді, яка отримує онлайн-освіту, буде 3,5 млн – 50% всіх учнів світу. Водночас за звітом Асоціації європейських університетів, що представила досвід 249 університетів з 37 країн стосовно масових відкритих онлайн-курсів (MOOCs), організації і підтримки *e-learning* у вишах, забезпеченням якості: 91% університетів використовують змішане навчання, 82% вишів пропонують онлайн-курси, більше 80% університетів мають репозиторії для електронних курсів, цифрового контенту та систем для створення і управління навчальними ресурсами.

Водночас всебічно досліджується велика кількість технологічних новацій (мобільне навчання, *SMART* та *STEAM*-лабораторії з 3D-друком, віртуальні навчальні середовища тощо), які кардинально змінюють освітнє середовище і вимагають запровадження інноваційних підходів до організації навчального процесу, що обумовлює швидке та всебічне переосмислення ролі педагогів: вони стають керівниками, менеджерами, проектувальниками, кураторами, тьюторами, фасилітаторами, які здатні адаптувати освітнє середовище та керувати ним.

Наш досвід переконує також у доцільності подальших досліджень щодо проблем самовираження молоді через соціальні мережі [2, с. 18]:

сьогодні кожна людина може брати безпосередню участь у формуванні різноманітної інформації в інтернет-спільнотах, блогах, форумах, вікі-ресурсах тощо. Без сумніву, що зворотним боком цих процесів є зростання можливостей для створення й поширення хибної інформації, стереотипів, фейків, кібербулінгу. Отже за таких умов існує необхідність реалізації критичного підходу до, усвідомлення та фільтрації внутрішніх механізмів медіа-освіти [3, с. 46].

Особливу увагу сучасне освітянське співтовариство приділяє підготовці кадрів для науково-дослідної роботи, здатних до наукового пошуку та винахідництва, через програми створення *STEM*- або *STEAM*-центрів. Цей рух спрямовано на переосмислення проектної та науково-дослідної складової загальної освіти природничого профілю, а саме: організацію інтерактивних лабораторій і музеїв, що здатні створити сприятливі умови для активної взаємодії дітей різного віку з науковими об'єктами і явищами, формування їх зацікавленості, допитливості, креативності. Безперечно, це підсилить мотивацію старшокласників до подальшої побудови кар'єри в науково-технічній сфері.

Слід зазначити, що окрім реальних *STEAM*-центрів з 3D-друком у провідних вишах, створюються віртуальні середовища, публічні репозиторії, електронні бібліотеки, віртуальні університети, медіа канали та музеї (літературні, художні, природничі, історичні), які є не тільки джерелом поширення різноманітної інтелектуальної і культурної інформації відкритого доступу (*OER*). Зазначимо, що в умовах інтегрованого підходу засоби віртуальної симуляції сприяють зацікавленості та підвищенню обізнаності молоді стосовно досягнень і проблем сучасної науки, опануванню вмінь проектування та роботи з інформаційними моделями, розуміння проблем навколишнього середовища тощо.

Водночас підкреслимо, що віртуальні симуляції та ігрофікація активно впроваджуються в медичну (віртуальний стіл для анатомування і проведення операцій), юридичну (для відтворення судової практики), гуманітарну освіту університетів, а також технологічних вишів. Наприклад, для всіх винахідників і підприємців, які працюють над інноваційними продуктами, у (МІТ) рекомендовано вивчити список провідних творів наукової фантастики.

Заслужують на увагу ще такі факти: (1) питанням менеджменту водних ресурсів присвячена остання стратегічна гра *Aqua Republica* компанії *Serious Games*, що була створена у партнерстві з ООН, (2) за підтримки Національного наукового фонду (*National Science Foundation*) США у партнерстві з Університетом Вісконсін-Медісон розроблено навчальну екологічну гру *Citizen Science*, (3) Британською нагородою *BETT* у сфері освіти і технологій була відзначена гра *Global Conflicts*.

Дослідники теорії ігрового навчання визначають [8, с. 171] такі базові принципи: активного контролю, мислення на мета-рівні, психологічного мораторію, самобутності, збільшення вкладу, самопізнання. Крім того, такі стрижневі кластери позитивних змін освіти на основі комп'ютерних та відеоігор: (1) довіра («уповноважені» студенти здатні самотійно

налаштовувати і направляти свій освітній процес), (2) вирішення проблем (студенти освоюють побудову стратегій і набувають навичок в безпечному і автентичному режимі), (3) інтелект (у процесі гри відбувається формування різних типів мислення студентів).

У системі вимірювання навчальних досягнень також намітилися позитивні зміни [6, с. 155]. У цьому сенсі важливим є впровадження освітньої технології портфоліо, що, поряд з реалізацією завдань неформального оцінювання, орієнтована на підтримку студента у самовдосконаленні, визначенні найбільш відповідної його інтересам і здібностям сфери діяльності. Для розробки веб–портфоліо [5, с. 91] активно використовуються спеціалізовані повнофункціональні сервіси, соціальні мережі або застосунки, що дозволяє розташовувати портфоліо навіть на сайтах університетів, професійних і молодіжних форумах.

Питання опанування навичок інформаційного та педагогічного дизайну (для розробки web–сторінок, е–підручників, інфографіки) як компонентами цифрової грамотності педагога, починаючи з ланки дошкільної освіти, на нашу думку, є вкрай доцільним. Зрозуміло, що одночасне поєднання аудіо, відео, анімації, текстової інформації та числових даних потребує розуміння основ дизайну, засобів добору змістовної релевантної інформації у відповідності до цілей та технологій навчання, правил конструювання технічно коректних в естетичному плані гіпертекстових, мультимедійних ресурсів.

У такий спосіб доцільність у ХНПУ ініціативи щодо участі у конкурсах *Erasmus+* та організації курсу «Педагогічні технології», що присвячений основам цифрової грамотності та інновацій з дистанційної освіти є вкрай актуальними. З метою більш ефективного розбудови інноваційного інклюзивного та рефлексивного середовища заплановано використання відкритих освітніх ресурсів Європейської мережі дистанційної освіти та масових відкритих онлайн курсів (*MOOCs*), низка яких останнім часом була реалізована на платформах *Alison, Coursera, EdX, FutureLearn, Prometheus* тощо.

Список використаних джерел

1. Возможности информационных и коммуникационных технологий в дошкольном образовании: Аналитический обзор. — М.: ЮНЕСКО, 2011. — 177 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.iite.unesco.org> > E–library
2. Коммерс П., Дмитриевская Н. Международная магистерская программа ИИТО ЮНЕСКО «ИКТ в профессиональном развитии учителей». — М.: ЮНЕСКО, 2013. — 80 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.iite.unesco.org> > E–library
3. Педагогические аспекты формирования медийной и информационной грамотности / Институт ЮНЕСКО. — М. : ЮНЕСКО, 2012. — 80 с.
4. Прокопенко І.Ф., Євдокимов В.І. Педагогічні технології в підготовці вчителів: навч. посіб. — Х.: Колегіум, 2013. — 364 с.
5. Олійник Т.О. Реализация технологии е–портфолио в учебном процессе университета // Методичне забезпечення професійної освіти і навчання. — 2013. — Вип. 5. — С. 112–116.
6. Олійник Т.О. Використання інформаційно–комунікаційних технологій для оцінювання рівня навчальних досягнень студентів ВНЗ [Електронний ресурс] // Інформаційні технології та засоби навчання. — 2014. — Т. 42. — Вип. 4. — С. 85–93. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN_2014_42_4_10.

7. Розвиток системи забезпечення якості вищої освіти в Україні: інформаційно-аналітичний огляд / Калашнікова С., Золотарьова І., Ковтунець В., Курбатов С. та ін.; за заг. ред. С. Калашнікової та В. Лугового. – К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2015. – 84 с.
8. Теорія та практика змішаного навчання: монографія / В.М. Кухаренко, С.М. Березенська, Т.О. Олійник та ін.; за ред. В.М. Кухаренка — Х.: Міськдрук; НТУ «ХП», 2016. — 284 с.
9. Exploring the underbelly of digital literacies / Mark Brown [online]. — Available from: <https://oeb-insights.com/exploring-the-underbelly-of-digital-literacies/>
10. Why Institutions Adopt MOOCs: Breaking Down Traditional Barriers or Reproducing Privilege? / Mark Brown, Eamon Costello, Enda Donlon & Mairead Nic, Giolla Mhichil. [online]. — Available from: <http://www.slide-share.net/mbrownz/why-institutions-adopt-moocs-breaking-down-traditional->
11. Ebba Ossiannilsson, Ylva Lindberg, Ulf Sandström, Henrik Hansson etc. Digital transformation and diversity in a swedish context, and about SADE (EDEN 2017 Pre conference hosted by SADE, Jönköping University) [online]. — Available from: <http://www.oecconsortium.org/2017/01/oec-announces-the-year-of-open/>
12. UNESCO strategy on Education for Health and Well-being: Contributing to the sustainable development goals [online]. — Available from: <https://www.school>

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

(Мельник О. А.)

Зміни соціально-економічних умов життя сучасного українського суспільства, оновлення системи освіти, погіршення стану здоров'я дітей вимагають якісно нового рівня професіоналізму фахівців і, зокрема, вчителів фізичної культури. Саме тому розвиток фізичної культури як основного чинника зміцнення і збереження здоров'я громадян є одним із пріоритетних завдань на Україні. На її забезпечення спрямований Проект Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року (від 18. 02. 2016 р.).

Одним з пріоритетних завдань програми (2 місце) займає завдання – «Створення умов для забезпечення оптимальної рухової активності різних груп населення для зміцнення здоров'я з урахуванням інтересів, здібностей та індивідуальних особливостей кожного». Для виконання цього завдання в програмі зазначено організація та проведення фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів для різних верств населення центрами фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх».

Одним з найважливіших компонентів Проекту є розвиток фізичної культури в системі освіти, і зокрема – в загальноосвітніх школах, оскільки Україна є однією з країн, де відзначається постійне погіршення показників здоров'я школярів. Школа у зв'язку з цим покликана створити єдиний адаптаційно-розвиваючий простір, що нерозривно інтегрує фізичну культуру, педагогіку, психологію, медицину, школу і сім'ю. Для цього регіональними органами управління освіти розробляються різні програми збереження здоров'я, розвитку фізичної культури і спорту.

Фізична культура покликана забезпечити єдність фізичного, духовного і соціального розвитку; формувати культуру рухів, статури і здоров'я, адаптивність і стійкість до несприятливих факторів зовнішнього середовища; розвивати фізичні якості та психофізичні здатності. В рамках фізкультурно–оздоровчої діяльності програма даного предмета передбачає оволодіння учнями комплексами вправ для оздоровчих форм занять фізичною культурою, корекції станів здоров'я (постави, маси тіла тощо), а також індивідуальними комплексами адаптивної (лікувальної) фізичної культури при порушеннях опорно–рухового апарату, центральної нервової системи, дихання, кровообігу та ін. [3; 4; 7; 9].

Однак, можливості більшості шкіл в оздоровленні учнів, особливо тих, котрі відносяться до спеціальної медичної групи реалізуються недостатньо ефективно. Ми вважаємо, що однією з причин цього є неготовність вчителів фізичної культури до роботи з учнями даної групи, другою – рівень професійних компетенцій, а до третьої причини ми віднесли психологічні особливості майбутніх вчителів фізичної культури.

Однією з основних ідей педагогічної психології є формування стійких еталонів знань, умінь і навичок майбутнього покоління. Особливою актуальності в даний час набуває проблема підтримки здорового способу життя [11]. Виходячи з цього педагогічна діяльність вчителів фізичної культури повинна мати особливе значення. Характерно, що процес їх професійної підготовки поєднує в собі накладення досвіду спортивної і педагогічної діяльності, наявність певних психологічних особливостей.

Виступаючи як індивідуальний суб'єкт педагогічної діяльності, педагог є особистістю у всьому різноманітті індивідуально–психологічних, поведінкових і комунікативних якостей, носієм суспільних знань і цінностей. Ефективність діяльності педагога забезпечують оптимальний рівень інтелектуального розвитку, гнучкість мислення; активність, високий темп реакції, лабільність; емоційна стійкість, високий рівень саморегуляції.

Особливу роль у професійній підготовці майбутнього вчителя фізичної культури відіграє наявність спортивних здібностей, які проявляються в певній сфері людської діяльності [10]. Вся сукупність психологічних якостей особистості, а також цілий ряд фізичних, антропометричних, фізіологічних характеристик людини, які визначають успішність навчання і реальної діяльності, отримали назву «професійно важливих якостей» (ПВЯ) суб'єкта діяльності. Конкретний перелік цих якостей для кожної діяльності специфічний (за їх складом, за необхідним ступенем вираженості, за характером їх взаємозв'язку) і визначається за результатами психологічного аналізу діяльності і складання її професіограми і психограми. Отже, ми вважаємо, що психологічні особливості особистості майбутніх вчителів фізичної культури здатні зумовлювати їхню готовність до роботи з учнями спеціальної медичної групи.

Психологічні особливості педагогічної діяльності вчителів фізичної культури обумовлені тим, що діяльність вчителя фізичної культури спрямована на освоєння продукту системної спортивної діяльності.

Діяльність виступає у взаємному впливі спортивного і педагогічного (навчання, виховання) компонентів.

В академічній психології мотив визнається ключовою спонукальною силою у будь-якій діяльності. Для дослідження мотивів учбової і професійної діяльності майбутніх вчителів фізичної культури в галузі роботи із спеціальною медичною групою нами була використана та відкоригована анкета, котра була розроблена В. Бороненко [4]. У дослідженні приймали участь 88 студентів III–IV курсів фізкультурних внз та факультетів. Випробуванням пропонувалось уважно прочитати наведені у списку мотиви навчальної і професійної діяльності в означеній галузі із 15 мотивів обрати 5 найбільш значимих. Обраними мотивами були: 1) інтерес до самого предмету «Фізична культура»; 2) прагнення більше знати, накопичувати знання, розширювати свій кругозір, підвищити загальнокультурний рівень в галузі роботи зСМГ; 3) бажання отримати диплом для подальшого вступу на заочне відділення і працювати вчителем фізичної культури СМГ; 4) успішно навчатися, здавати екзамени на «добре» і «відмінно»; 5) постійно отримувати стипендію; 6) стабільний дохід; 7) стати висококваліфікованим спеціалістом – тренером зі спорту; 8) стати висококваліфікованим спеціалістом – учителем (педагогом) фізичної культури в галузі роботи зі СМГ; 9) забезпечити успішність майбутньої професійної діяльності; 10) можливість самореалізації; 11) бути прикладом для сокурсників, колег; 12) уникати осуду і покарання за погане навчання, педагогічну діяльність; 13) досягти поваги викладачів, керівника, колег; 14) добитись схвалення батьків і оточуючих; 15) отримати інтелектуальне задоволення.

У результаті обробки даних нами були отримані наступні результати: 1 місце було віддано мотиву – «Забезпечення успішності майбутньої професійної діяльності» (88%). 2 місце – «Стати висококваліфікованим спеціалістом – тренером зі спорту» (77%). 3 місце – «Досягти поваги викладачів, керівників, колег» (62%). 4 місце – «Стабільний заробіток» (58%). 5 місце – «Можливість самореалізації» (54%).

Також, майбутні вчителі фізичної культури були нами опитані з приводу готовності і бажання працювати з учнями спеціальної медичної групи (СМГ). Проведене емпіричне дослідження надало нам наступні результати: 34% – готові і мають бажання працювати з учнями СМГ; 17% – не готові але мають бажання працювати з учнями СМГ; 18% – не готові і не мають бажання працювати з учнями СМГ; 31% – не визначились з готовністю–неготовністю та бажанням–небажанням працювати з учнями СМГ.

Аналіз отриманих результатів, їх обговорення зі студентами дозволив зробити наступний висновок: провідну роль у готовності та бажанні роботи з учнями СМГ майбутніми вчителями фізичної культури відіграє мотиваційна складова.

Діагностику творчого потенціалу і креативності ми досліджували за методикою Є. Рогова [8]. Для роботи з цією категорією дітей особливо важливим є певний рівень сформованості креативності, так як робота з такими дітьми вимагає більш вираженого творчого підходу. На нашу думку,

рівень креативності виступає значущим показником для майбутніх учителів, як один з критеріїв готовності до роботи з учнями СМГ. При дослідженні рівня креативності у студентів отримані результати свідчать, що більшість студентів мають оптимальний рівень – 34%, достатній рівень був виявлений у 31%, низький рівень показали 11%, а граничний рівень визначився у 24%.

Отже, наше дослідження виявило, що у більшості студентів є наявним оптимальний та достатній рівень креативності, що дозволить їм у майбутньому продуктивно працювати з учнями спеціальної медичної групи, а особливо це стосується студентів, котрі показали граничний рівень креативності.

Емпатичні здібності у студентів виступають важливою психологічною особливістю, адже розвиненість емпатичних здібностей передбачає прояв органічних поєднань таких важливих особистісних якостей, як відповідальність, активність, вони можуть бути сильними і в той же час залишатися тонкими і чутливими особистостями, а значить готовими працювати з учнями СМГ.

Аналіз рівня емпатії у студентів виявився наступний: граничний – 11%; оптимальний – 44%; достатній – 31%; низький – 14%.

Результати свідчать, що переважна більшість студентів, котрі взяли участь у нашому дослідженні має емпатичні здібності, тому можна говорити про їх здатність працювати з учнями СМГ. Емпатичні здібності є дуже важливими у роботі майбутнього педагога, так як сприяють прояву альтруїстичних тенденцій, дозволяють бути емоційно активними, мати широкий емоційний репертуар та адаптивну гнучкість емоцій, комунікативну толерантність, розвиненість експресії, спостережливість, уяву, інтуїцію та здатність до ідентифікації.

Для оцінки індивідуальних якостей та прямих і побічних показників працездатності у майбутніх вчителів фізичної культури ми використовували методику Дж. Кейрсі [12]. Опитувальник містить 70 тверджень, кожне з яких має два варіанти відповіді – **а)** і **б)**. Завданням для випробуваних полягало у обранні одного із варіантів. На виході здійснюється підрахування виборів згідно ключу на питання і виводиться формула психологічного типу.

До **першої групи** психологічних типів відносяться такі типи, як:

- *ESFP – Тамада*: товарицькість, оптимізм, теплота, гумор, щедрість, багатство мови; піддаються спокусам; здібності до бізнесу, торгівлі.

- *ISFP – Художник*: підвищена чутливість, гострота відчуттів поточної хвилини, неприйняття будь-яких обмежень; сфера інтересів – образотворче мистецтво, музика, танець.

- *ESTP – Антрепренер*: енергія, прагматизм, пошук вигоди у взаємовідносинах, гумор, жага гострих відчуттів, любов до ризику.

- *ISTP – Майстер*: умілі руки, майстерність в користуванні з інструментами, жага дій, безстрашність, часто – відсутність інтересу до теоретичного навчання і вищої освіти.

До **другої групи** психологічних типів належать типи:

- *ESFJ – Торговець*: відкритий, практичний, компанійський, володіє життєвою мудрістю.

- *ISFJ – Зберігач традицій*: спокійний, турботливий; господар у своєму домі; притримується традицій, спадкоємність, робить все за планом; більше виконувач ніж керівник.

- *ESTJ – Адміністратор*: лідер, цільна натура; немає хитрості, не любить зайвих видумок; головні орієнтири в житті – обов'язок, план, порядок, ієрархія.

- *ISTJ – Опікун*: людина слова, хороший сім'янин; спокійний, надійний, логічний, малоемоційний, твердий, глибокий, уважний до деталей.

До **третьої групи** психологічних типів належать:

- *ENFJ – Педагог*: товариський, уважний до почуттів інших людей, вміє розподіляти ролі в групі, не любить одноманітності; лідер, зразковий з батьків.

- *INFJ – Провісник*: проникливий, прозорливий, володіє багатою уявою, поетичний, вразливий, не любить суперечок і конфліктів; може бути гарним психологом, лікарем, письменником.

- *ENFP – Журналіст*: розуміє людей, вміє впливати на них; чуттєвий до нового, незвичайного; ентузіаст, оптиміст, противник сухої логіки, притаманна багата фантазія, творчі здібності, котрі може проявити в мистецтві, політиці, бізнесі.

- *INFP – Романтик*: ідеаліст, лірик, борець зі злом за ідеали добра і справедливості, поступливий; хто завгодно – письменник, архітектор, психолог – тільки не бізнесмен.

І до **четвертої групи** психологічних типів належать:

- *ENTJ – Фельдмаршал*: керівник, вимогливий, інтелігент; логічний, цілеспрямований; роботу ставить іноді вище ніж сімейне благополуччя.

- *INTJ – Дослідник*: високий рівень інтелекту, поєднання логіки і інтуїції, великі здібності до навчання, незалежність, самовпевненість; слабкість емоцій і можливі труднощі у світі почуттів.

- *ENTP – Винахідник*: новатор, ентузіаст, не виносить рутину і банальність; ініціативний, притаманна кмітливність, практична інтуїція, почуття гумору, педагогічні здібності.

- *INTP – Архітектор*: складний внутрішній світ, широкий кругозір, жага до знань; логічний, здатен миттєво оцінити ситуацію; дещо гордовитий; інтереси – в світі думок і мовлення, може бути прекрасним філософом, математиком.

Отримані результати дозволяють нам стверджувати, що більшість випробуваних студентів відноситься до такого психологічного типу як «Опікун» – 29%. На другому місці знаходиться такий психологічний тип як «Педагог» – 26%. Третє місце займає тип «Винахідник» – 17%. На четвертому – «Зберігач традицій» – 10%. На п'ятому – «Фельдмаршал» – 8%. На шостому місці – «Адміністратор» – 6% і на сьомому місці в нашому дослідженні опинився психологічний тип «Романтик» – 4%. Як видно з результатів, більшість студентів відноситься за своїм психологічним типом до другої групи – це у сумі дорівнює 45%. Провідною рисою в цій групі

виступає відповідальність. 30% студентів за результатами досліджень були віднесені до третьої групи, де характерними рисами визначаються прагнення до духовного зростання, самопізнання і самовираження. Останню групу – четверту – склали 25% студентів. Характерними рисами вказаної групи є дух наукового пошуку, прагнення до пізнання і творчості.

Отже, до переважних психологічних особистісних особливостей майбутніх учителів фізичної культури відноситься цілеспрямованість, вимогливість, емоційна стійкість, порядність, уважність до деталей та почуттів інших людей, здатність до творчості, ініціативність, практична інтуїція, почуття гумору, турботливість, відповідальність, послідовність, ідеалістичність у поглядах.

Список використаних джерел

1. Абульханова–Славская К.А. Деятельность и психология личности: монография. – М.: Наука, 1980. – 335 с.
2. Ананьев Б. Г. Психология человека: избранное. – СПб.: Питер, 1997. – 90 с.
3. Андреева О.В., Благий О.Л., Фандікова Л.О. Методичні рекомендації з практики за профілем майбутньої роботи (для студентів стаціонарної форми навчання зі спеціальності 7.010201 «Рекреація, оздоровча фізична культура». – К., 2004. – 80 с.
4. Бороненко В.А., Рапопорт Л.А. Здоровье и физическая культура студента: учеб. пособ. – М.: Альфа–М, 2003. – 351 с.
5. Выготский Л.С. Психология. – М.: Апрель пресс: ЭКСМО–пресс, 2000. – 452 с.
6. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.
7. Круцевич Т.Ю., Воробйов М.І., Безверхня Г.В. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді: навч. посіб. – К.: Олімп. л–ра, 2011. – 224 с.
8. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: учеб. пособ. / Кн. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 480 с.
9. Стратегия и рекомендации по здоровому образу жизни и двигательной активности: сб. матер. ВОЗ / Е.В. Имас, М.В. Дутчак, С.В. Трачук. – К.: Олимп. лит., 2013. – 528 с.
10. Теорія и методика фізичного виховання. Методики фізичного виховання різних груп населення): підручник / Під. заг. ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська Список використаних джерел, 2012. – Т. 2. – 392 с.
11. Тимошина И.Н. Физкультурное образование учащихся специальных медицинских групп общеобразовательных учреждений: монография. – М.: Теория и практика физической культуры и спорта, 2006. – 134 с.
12. Lisa Feldman, Russell James A. The Psychological Construction of Emotion. – Inbunden: Engelska, 2014. – 479 p.

ЦІЛІ ТА ЗМІСТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ІНЖЕНЕРІВ–ТЕХНОЛОГІВ ХАРЧОВОЇ ГАЛУЗІ

(Лазарєва Т.А., Благий О.С.)

Сучасний ринок харчової галузі формує запит на фахівців, що володіють професійними навичками щодо розробки та впровадження оздоровчої інноваційної продукції. Тому, навчальна діяльність майбутніх фахівців повинна забезпечити формування їхньої здоров'язбережувальної компетентності. Так, актуальним питанням є розробка цілей та змісту

навчання, що дозволить відтворити виробничі умови та оптимізує процес вирішення сучасних професійних задач. Проте, в процесі підготовки майбутнього фахівця виявлено наступні суперечності, а саме між: інтенсивністю створення інноваційних оздоровчих продуктів та недостатнім відображенням технологічних процесів їх розробки у навчальній літературі в процесі підготовки майбутніх фахівців; визначеними цілями підготовки фахівців та недостатнім рівнем їх відображення у змісті навчання; необхідністю творчої діяльності в процесі розробки інноваційної оздоровчої продукції та викладанням навчального матеріалу традиційними методами.

Тому, моделювання структури цілей та змісту навчання майбутнього фахівця харчової галузі стає необхідною умовою формування його здоров'язбережувальної компетентності.

Метою дослідження є формування структури цілей та змісту підготовки майбутніх інженерів–технологів харчової галузі до процесу розробки інноваційної оздоровчої продукції.

З аналізу наукової та навчальної літератури щодо розробки оздоровчої продукції [1; 2; 3; 4] визначено, що необхідні знання, вміння та навички майбутніх інженерів–технологів харчової галузі можна розділити за трьома напрямками: медико–фізіологічним, біологічним та технологічним (табл. 1).

Таблиця 1

Медико–фізіологічні знання, вміння
та навички майбутніх інженерів–технологів харчової галузі

Медико–фізіологічні знання, вміння та навички		
Репродуктивний рівень	Продуктивний рівень	Творчий рівень
<ul style="list-style-type: none"> – засвоювати та класифікувати статистичні дані щодо захворюваності населення; – надавати характеристику основних захворювань органів та систем організму людини, що пов'язані із нераціональним харчуванням; – перелічувати причини та умови розвитку захворювань споживачів, причиною яких є неправильне харчування; – перелічувати механізми, способи підтримання і зміцнення здоров'я споживачів; – знати основи раціонального харчування; – визначати вплив харчування на функціонування основних систем організму людини; 	<ul style="list-style-type: none"> – аналізувати статистичні дані щодо захворюваності населення; – аналізувати та пояснювати причини та умови розвитку захворювань споживачів, що пов'язані з неправильним харчуванням; – порівнювати та обирати оптимальні способи підтримання і зміцнення здоров'я споживачів завдяки раціональному харчуванню, а саме: – обирати та застосовувати методи попередження ускладнень захворювання; – обирати та застосовувати методи відновлення функції різних органів та систем; – аналізувати режими харчування у функціонуванні основних систем організму людини; 	<ul style="list-style-type: none"> – прогнозувати потребу населення в оздоровчих продуктах; – пропонувати нові способи підтримання і зміцнення здоров'я споживачів за рахунок вживання оздоровчої продукції; – обґрунтовувати та пропонувати методи оптимізації харчової цінності оздоровчої продукції; – обґрунтовувати та пропонувати методи оптимізації біологічної цінності білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин у процесі розробки оздоровчої продукції; – обґрунтовувати та пропонувати методи

<ul style="list-style-type: none"> – вказувати значення білків, ліпідів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин для організму споживача; – встановлювати потреби організму в енергії та нутрієнтах за зразком; – класифікувати основні харчові продукти та їх компоненти; – встановлювати вміст природних та чужорідних токсичних речовин у продуктах харчування та їхній вплив на здоров'я споживача. 	<ul style="list-style-type: none"> – виділяти недоліки харчування споживача, обґрунтовувати їх вплив на організм; – аналізувати та розраховувати оптимальні потреби організму в енергії та харчових джерелах; – аналізувати харчову, енергетичну та біологічну цінність харчових продуктів та робити висновки щодо їх недоліків. – порівнювати вміст природних та чужорідних токсичних речовин у продуктах харчування та аналізувати їх вплив на організм споживача 	<p>оптимізації енергетичної цінності оздоровчої продукції.</p> <ul style="list-style-type: none"> – прогнозувати розвиток харчових технологій оздоровчого спрямування.
Біологічні знання, вміння та навички		
Репродуктивний рівень	Продуктивний рівень	Творчий рівень
<ul style="list-style-type: none"> класифікувати харчові добавки; – називати будову, склад та властивості мікроорганізмів, грибів, сировини рослинного та тваринного походження; – встановлювати склад та застосування добавок, основою яких є гідробіонти, птахи, комахи та продукти їх переробки; – встановлювати склад та застосування мінеральних та біологічно активних речовин (БАР); – надавати характеристику основних властивостей харчових добавок; – встановлювати норми вживання харчових добавок; – встановлювати сумісність обраної добавки з основним продуктом. 	<ul style="list-style-type: none"> – аналізувати нутрієнтний склад добавок та робити висновки про доцільність їх використання; – виділяти недоліки сумісності добавок та основного продукту; – порівнювати асортимент добавок та обирати серед них оптимальні для продукції, що розробляється. – аналізувати склад та властивості продукції, що розробляється, робити висновки про доцільність заміни компонентів на інші. 	<ul style="list-style-type: none"> – знаходити та проводити дослідження щодо можливості та умов використання нових харчових добавок. – знаходити та проводити дослідження щодо можливості та умов використання нової сировини у якості харчової добавки. – знаходити та проводити дослідження щодо можливості та умов використання нетрадиційних видів сировини; – знаходити та проводити дослідження щодо можливості та умов використання вторинної сировини; – проводити дослідження щодо синергетизму харчових речовин та пропонувати методи його впровадження в розробку оздоровчої продукції

Технологічні знання, вміння та навички		
Репродуктивний рівень	Продуктивний рівень	Творчий рівень
<ul style="list-style-type: none"> – знати асортимент традиційної та оздоровчої продукції харчування споживачів; – засвоїти технології виробництва традиційної продукції харчування; – називати напрями розробки оздоровчої продукції; – виробляти харчову продукцію за технологічними картками та схемами виробництва продукції; – знати фізико–механічні, фізико–хімічні, структурно–механічні процеси, що відбуваються при виробництві продукції; – називати органолептичні та мікробіологічні показники якості харчової продукції; – встановлювати технологічні параметри виробництва харчової продукції; – визначати параметри безпечності споживання та зберігання виробленої харчової продукції; – називати найбільш важливі економічні параметри виробництва харчової продукції. 	<ul style="list-style-type: none"> – аналізувати напрями створення оздоровчої продукції; – аналізувати технологічні умови сумісництва речовин у виробництві продукції і ступінь їх засвоєння організмом людини; – порівнювати та обирати оптимальні технології виробництва продукції; – аналізувати та корегувати фізико–механічні, фізико–хімічні, структурно–механічні процеси, що відбуваються при виробництві продукції; – порівнювати та обирати органолептичні та мікробіологічні показники якості харчової продукції; – аналізувати та обирати технологічні параметри введення добавки у продукцію, що розробляється; – пояснювати параметри безпечності споживання та зберігання виробленої харчової продукції; – обирати найбільш важливі економічні параметри виробництва харчової продукції. 	<ul style="list-style-type: none"> – пропонувати та обґрунтовувати напрями розширення асортименту оздоровчої продукції; – планувати та проводити дослідження щодо поєднання нових рецептурних компонентів; – прогнозувати та досліджувати фізико–механічні, фізико–хімічні, структурно–механічні процеси, що відбуваються в процесі виробництва оздоровчої продукції; – прогнозувати та обґрунтовувати вибір органолептичних та мікробіологічних показників оздоровчої продукції; – обґрунтовувати та пропонувати нові технології виробництва оздоровчої продукції; – аналізувати та обирати технологічні параметри введення добавки у продукцію, що розробляється; – проводити дослідження безпечності споживання та зберігання оздоровчої продукції; – розраховувати економічні параметри виробництва оздоровчої продукції; – розробляти та пропонувати нормативну та технічну документацію на оздоровчу продукцію.

Наступним елементом цілей навчання визначено загальну структуру професійно важливих якостей інженера–технолога харчової галузі щодо розробки оздоровчої продукції (табл. 2).

Професійно важливі якості інженера–технолога харчової галузі
щодо розробки оздоровчої продукції

Загальна група ПВК	Перелік ПВК майбутнього інженера–технолога щодо розробки оздоровчої продукції
Мотиваційно–цільовий блок	<ul style="list-style-type: none"> – мотивація на значущість професійної діяльності; – мотивація досягнення успіху у створенні оздоровчої продукції; – прагнення до творчої діяльності щодо створення оздоровчої продукції.
Блок когнітивних якостей	<ul style="list-style-type: none"> – здатності системного мислення; – здатності уяви та представлення стану, явищ та процесів за медико–фізіологічним, біологічним та технологічним напрямками; – мнемічні здатності щодо запам’ятовування великих обсягів інформації за медико–фізіологічним, біологічним та технологічним напрямками; – здатності до концентрації уваги у процесі створення оздоровчої продукції; – здатності сприйняття та відчуття явищ, процесів, режимів, сировини та продукції.
Блок світоглядних якостей	<ul style="list-style-type: none"> – моральні: високий рівень моральних стосунків з людьми; відповідальність за життя кожного споживача, акуратність й охайність під час трудової діяльності; чесність, дисциплінованість, вимогливість до себе та своєї роботи; – духовні: віра, надія, любов, повага до сім’ї та оточуючих, громадянська гідність; – соціальні: емпатія, проникливість, відповідальність, гідність, чесність, тактовність, здатність до самовдосконалення.
Блок організаційно–діяльнісних якостей	<ul style="list-style-type: none"> – особисто–діяльнісні: лідерство, рішучість, наполегливість в процесі розробки оздоровчої продукції; – соціально–діяльнісні здатності до організації процесу розробки оздоровчої продукції.

Відповідно представленим цілям обґрунтуємо та розробимо зміст навчання майбутніх інженерів–технологів харчової галузі за такими напрямками, як медико–фізіологічний, біологічний та технологічний.

Розглянемо *медико–фізіологічну складову* змісту підготовки майбутніх інженерів–технологів харчової галузі. Добовий раціон людини повинен містити у визначеній кількості такі аліментарні речовини, як: білки, жири, вуглеводи, вітаміни та мінеральні речовини. Раціональне співвідношення перелічених нутрієнтів забезпечує повноцінний розвиток та функціонування організму людини. Необхідний склад аліментарних речовин та енергетична цінність регламентується «Нормами фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», розробленими фахівцями Українського НДІ харчування та затвердженими наказом МОЗ від 18.11.99 № 272 [5]. Аналіз наукових та навчальних джерел [5; 6] дозволив визначити, що кількісні норми нутрієнтних та енергетичних потреб організму людини залежать від віку і статі, фізичного стану, фізичної активності та функціонального стану органів та систем організму. Отже, вивчення потреб

організму споживача за цими критеріями дозволить майбутньому інженеру–технологу обґрунтувати необхідність розробки харчової продукції із заданими оздоровчими властивостями. Тому, у медико–фізіологічному змісті навчання майбутніх інженерів–технологів харчової галузі виділяємо наступні розділи: «Вікові та статеві особливості розвитку організму людини»; «Вплив фізичної активності на організм людини»; «Фізіологічний стан органів та систем організму людини».

Засвоєння критеріїв оптимізації нутрієнтного складу харчової продукції забезпечить ефективний вибір оздоровчої добавки. Харчова галузь охоплює велику кількість оздоровчих добавок різного походження. Тому, у змісті навчання майбутніх інженерів–технологів харчової галузі важливо виділити *біологічну складову*. Визначення біологічної складової змісту формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців дозволить дослідити нутрієнтний склад продукції, що розробляється та обрати оздоровчу добавку за її будовою та властивостями. Отже, визначимо критерії та параметри оптимізації нутрієнтного складу в процесі розробки оздоровчої продукції.

Аналіз рецептурних інгредієнтів за нутрієнтним складом визначає кількісний та якісний вміст білків, жирів, вуглеводів, їх співвідношення та ступінь засвоєння організмом споживача. Кількісні параметри цих показників відповідають критерію харчової цінності. Якісні параметри описує критерій біологічної цінності. Саме їх показники відповідають за функціональні властивості продукту.

Під час травлення їжі відбувається біохімічне окислення білків, жирів, вуглеводів і органічних кислот. Цей процес забезпечує виділення енергії, необхідної для безперервного повноцінного функціонування організму людини. Отже, кількість отриманої від продукту енергії визначає критерій енергетичної цінності сировини.

Визначені параметри оптимізації нутрієнтного складу продукту окреслюють вибір оздоровчої добавки. Аналіз наукових досліджень [7; 8; 9; 10; 11] дає змогу визначити найбільш оптимальним варіантом класифікацію добавок за походженням сировини. З огляду на нутрієнтний склад та різне походження оздоровчих добавок, у структурі біологічного змісту формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців виділяємо наступні розділи: «Значення харчових нутрієнтів для організму людини»; «Оздоровчі властивості мікроорганізмів»; «Оздоровчі властивості грибів»; «Оздоровчі властивості добавок тваринного походження»; «Оздоровчі властивості добавок тваринного походження»; «Оздоровчі властивості гідро біонтів»; «Оздоровчі властивості комах та продуктів їх переробки»; «Оздоровчі властивості мінеральних та біологічно активних речовин».

Уведення визначених добавок в процесі розробки продукції надає їй необхідних оздоровчих властивостей. Проте, збереження оздоровчої дії продукту на організм споживача можливе лише за умови дотримання певних технологічних параметрів. Тому, у підготовці майбутнього інженера–

технолога харчової галузі визначимо *технологічну складову* змісту формування здоров'язбережувальної компетентності.

Отже, технологічний процес розробки оздоровчої продукції починається з визначення компонентів та розрахунку рецептурного складу. Вибір основних компонентів залежить від сумісності їх параметрів за нутрієнтним складом. За критерієм сумісності розглядають засвоєння речовин організмом споживача в певному поєднанні один з одним. Взаємодії між речовинами можуть бути позитивними, негативними та нейтральними. Позитивна сумісність підсилює ефект впливу вітамінів та мінеральних речовин на організм, негативна – зменшує, зводить до нуля або призводить до алергічної реакції. Процес взаємодії може відбуватись між вітамінами (вітамінний критерій) та під час взаємодії вітамінів з мінеральними речовинами (вітамінно–мінеральний). Критерії сумісності вітамінів та мінеральних речовин дають змогу вибрати оптимальну добавку, що містить найбільшу кількість необхідних елементів.

Окреслені критерії та параметри сумісності нутрієнтів оздоровчої продукції представимо у розділі технологічного змісту формування здоров'язбережувальної компетентності, як «Технологічні характеристики сумісності речовин».

Визначений рецептурний склад оздоровчої продукції, що розробляється, впливає на технологію її виробництва. Основною задачею технологічного процесу є максимальне збереження оздоровчих властивостей харчової продукції. Тому, науковці [12; 13; 14; 15] під час розробки харчової продукції акцентують увагу на таких критеріях, як фізико–механічний, фізико–хімічний, структурно–механічний, органолептичний, мікробіологічний показники та безпечність.

Визначені показники дають змогу розробити оптимальну технологію виробництва оздоровчої продукції. Отже, наступним розділом технологічного змісту навчання майбутніх інженерів–технологів харчової галузі виділяємо «Технологічні параметри виробництва оздоровчої продукції».

Вибір технологічних параметрів залежить від виду оздоровчої продукції, що розробляється. Автори [10; 16] виділяють наступні напрями створення оздоровчої продукції: зерноборошняні вироби; хліб та хлібобулочні вироби, кондитерські вироби; напої; молочні, олієжирові та м'ясні продукти; рибні вироби. Кожен вид продукції має індивідуальну технологію її виробництва, тому у технологічному змісті формування здоров'язбережувальної компетентності виділяємо відповідні розділи.

Отже, визначено зміст навчання майбутніх інженерів–технологів харчової галузі, що дозволить формувати в процесі навчання здоров'язбережувальну компетентність. Такий зміст містить медико–фізіологічну, біологічну та технологічну складові, систему критеріїв та параметрів, що дозволяють майбутнім фахівцям створювати та впроваджувати оздоровчі продукти.

Список використаних джерел

1. Губергриц А.Я., Линеvский Ю.В. Лечебное питание. Справ. пособ. – К.: Вища школа, 1989. – 398 с.
2. Капрельянц Л.В. Функциональные продукты питания: современное состояние и перспективы развития // Продукты и ингредиенты, 2004. – № 1. – С. 22–24.
3. Микитюк О.М., Бойчук Ю.Д., Ионов І.А. Екологічна безпека харчування людини: навч. посіб. – Харків: ХНПУ, 2007. – 183 с.
4. Сирохман І.В. Товарознавство харчових продуктів функціонального призначення: навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури. – 2009. – 543 с.
5. Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії (Наказ МОЗ України №272 від 18.11.1999 р., К., 1999).
6. Павлоцька Л.Ф., Дуденко Н.В., Левітін Є.Я. Фізіологія харчування: підручник. – Суми: Університетська книга, 2011. – с. 473.
7. Спиричев В.Б., Коденцова В.М., Вржесинская О.А. и др. Методы оценки витаминной обеспеченности населения. – М., 2001. – 132 с.
8. Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. – Новосибирск, 2004. – 115 с.
9. Зубар Н.М. Основи фізіології та гігієни харчування: Підручник. – К.: Центр учбової літератури, 2010. – 336 с.
10. Екологічні проблеми харчування людини / Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Смоляр В.І., Циганенко О.І. – К.: Око–плюс, 2002. – 92 с.
11. Українець А.І., Сімахіна Г.О. Технологія оздоровчих харчових продуктів: Курс лекцій для студентів за напрямом 6.051701 «Харчові технології та інженерія» денної та заочної форм навчання. – К: НУХТ, 2009. – 310 с.
12. Назаренко Л.О. Експертиза товарів (Експертиза продовольчих товарів): навч. посіб. – К.: «Центр учбової літератури», 2014. – 312 с.
13. Донченко Л.В., Надькта В.Д. Безопасность пищевого сырья и продуктов питания. – М.: Пищ. пром–сть, 1999. – 352 с.
14. Медико–биологические требования и нормы качества продовольственного сырья и пищевых продуктов, № 5061–89 от 01.08.89 г. – М.: Изд–во стандартов, 1990. – 185 с.
15. Методические указания «Порядок и периодичность контроля продовольственного сырья и пищевых продуктов». – М.: Изд–во стандартов, 1990. – 185 с.
16. Капрельянц Л.В., Иоргачева К. Функциональные продукты. – Одесса: Печать, 2003. – 333 с.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ МОНОГРАФІЇ

Авдєєнко Ірина Миколаївна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри англійської мови Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Бельорін–Еррера Олександра Михайлівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, *bellher@ukr.net*

Бєляєв Ігор Сергійович – студент Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

Бєляєва Олена Миколаївна – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава, *e_lena69@rambler.ru*

Бігуняк Катерина Олегівна – студентка 4 курсу медичного факультету ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *bigunyak_kaol@tdmu.edu.ua*

Бігуняк Тетяна Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної біології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *bihunyak@tdmu.edu.ua*

Благий Ольга Сергіївна – асистент кафедри харчових та хімічних технологій Української інженерно-педагогічної академії, *olga.blahyi@gmail.com*

Бобак Ярослав Петрович – кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник відділу сигнальних механізмів клітини Інститут біології клітини НАН України, *bobakyaroslav@gmail.com*

Бойчук Юрій Дмитрович – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *apion1@meta.ua, yurij.boychuk@gmail.com*

Борщик Лариса Миколаївна – директор Харківської ЗОШ № 164, *har_sc164@ukr.net*

Бугаєвський Костянтин Анатолійович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я Класичного приватного університету, м. Запоріжжя, *apostol_luka@ukr.net*

Бурсова Світлана Сергіївна – старший викладач кафедри дошкільної освіти Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *svetlanabursova83@gmail.com*

Буц Марина Анатоліївна – викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *valeologiya406@ukr.net*

Вакуленко Олена Василівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної педагогіки Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, м. Київ, *olvak2007@ukr.net*

Варивода Катерина Сергіївна – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–

Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *varyvoda.katarina@gmail.com*

Ващенко Олена Миколаївна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри початкової освіти Київського університету імені Бориса Грінченка, *o.vashchenko@kubg.edu.ua*

Войтко Валентина Володимирівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри корекційної педагогіки і психології Кіровоградського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського, *oyo_1956@ukr.net*

Волик Галина Павлівна – вчитель біології; вчитель хімії та основ здоров'я Київського обласного ліцею-інтернату фізичної культури та спорту, *him.kolifks@ukr.net*

Гмиря Ганна Володимирівна – директор експериментального навчального закладу СЗШ № 201 м. Києва, *gannagm201@gmail.com*

Гнізділова Олена Анатоліївна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри дошкільної освіти Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *gnizdilovae@gmail.com*

Годорозя Михайло Дмитрович – доктор медичних наук, доцент кафедри кінетотерапії Державного університету фізичної культури і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова, *vallarann@mail.ru*

Годун Наталія Іванівна – кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *valeologiya406@ukr.net*

Голованова Ірина Анатоліївна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Гончаренко Марія Степанівна – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, *valeolog@karazin.ua*

Горденко Світлана Іванівна – кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *svetagordenko@ukr.net*

Горобей Микола Петрович – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету, *gorobey.niko@gmail.com*

Гриньова Марина Вікторівна – доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України, декан природничого факультету Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *grinovamv@gmail.com*

Гриценко Олена Аврамівна – доктор економічних наук, професор, професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (м. Харків), *grytsenkohelena@gmail.com*

Даниленко Є.В. – методист Київського територіального відділення Малої академії наук України, *anna.megalin@yandex.ua*

Дронська Христина Андріївна – аспірант кафедри генетики та біотехнології Львівського національного університету імені Івана Франка, *kristinadronska@gmail.com*

Духовний Лев Фішелевич – кандидат педагогічних наук, учитель фізичної культури, науковий керівник експериментального навчального закладу – СЗШ № 201 м. Києва, *xpera@rambler.ru*

Єфіменко Наталія Валентинівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри біохімії Львівського національного університету імені Івана Франка, *nataliya.yefimenko.lnu@gmail.com*

Жара Ганна Іванівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту, докторант Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка, *zhannafarm@gmail.com*

Жамардїй Валерій Олександрович – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, *Shamardi@ukr.net*

Завалишка Ауріка Анатоліївна – доктор педагогічних наук, доцент кафедри кінетотерапії Державного університету фізичної культури і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова, *azavalisca71@gmail.com*

Зуб Олена Вадимівна – кандидат с.-г. наук, доцент кафедри фундаментальних дисциплін Національної академії Національної гвардії України, м. Харків, *lenazubka@ukr.net*

Іванова Тетяна Сергіївна – провідний інженер лабораторії біотехнології біопалив та інновацій в зеленій енергетиці Інституту харчової біотехнології та геноміки Національної академії наук України, *ivanova_tatiana_wat2@bigmir.net*

Івахненко Олена Леонідівна – кандидат фармацевтичних наук, асистент кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Івашук Лариса Юріївна – кандидат медичних наук, доцент ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», *ivashchuk_lu@tdmu.edu.ua*

Ісакова Олена Іванівна – кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри суспільно-гуманітарних наук Таврійського державного агротехнологічного університету, *0969300659@ukr.net*

Іфтода Оксана Миколаївна – асистент кафедри гігієни та екології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Іщенко Алла Анатоліївна – асистент кафедри біоорганічної та біологічної хімії Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, *ischenko.a@i.ua*

Казакова Світлана Михайлівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», *fizreab_znu@rambler.ru*

Калюжная Ольга Сергіївна – кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Камінська Тетяна Михайлівна – доктор економічних наук, професор, професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, м. Харків, *kamtm@ukr.net*

Кишкан Інна Григорівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри фармакології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, *innakichkan@ukr.net*

Кіт Любов Ярославівна – кандидат біологічних наук, асистент кафедри безпеки життєдіяльності Львівського національного університету імені Івана Франка, *kit.lyuba.lviv@gmail.com*

Климишин Наталія Ігорівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біохімії Львівського національного університету імені Івана Франка, *klymyshynnataliya@gmail.com*

Ковальчук Галина Ярославівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри анатомії, фізіології та валеології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, *galynakovalchuk5@gmail.com*

Козубенко Юрій Леонідович – кандидат історичних наук, викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *nibbbiru@gmail.com*

Кононенко Алевтина Геннадіївна – кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри фізіології та анатомії людини Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *alevtina19820103@gmail.com*

Корженко Ірина Олександрівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, *i.korgenko@karazin.ua*

Корман Маріанна Вікторівна – аспірантка, старший викладач кафедри кінетотерапії Державного університету фізичної культури і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова, *kineto7@mail.ru*

Костіна Валентина Вікторівна – кандидат педагогічних наук, доцент, докторант кафедри початкової, дошкільної та професійної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *Vkostina2014@gmail.com*

Коцур Надія Іванівна – доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *n.kozur@ukr.net*

Кравченко Інна Павлівна – магістр з фізичної реабілітації ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Крайнова Тетяна Іванівна – голова Громадської організації «Міждисциплінарний інститут розвитку», керівник секції науково-терапевтичних досліджень Громадської організації «Українська спілка психотерапевтів», *organizationmirkharkov@gmail.com*

Кушнір Оксана Василівна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри гігієни та екології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, *oksankakushnir@ukr.net*

Лазарєва Тетяна Анатоліївна – доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри харчових та хімічних технологій Української інженерно-педагогічної академії

Лебедєва Вікторія Вікторівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *orisja@i.ua*

Люта Мар'яна Ярославівна – кандидат біологічних наук, молодший науковий співробітник Львівського національного університету імені Івана Франка, *lyutam@gmail.com*

Ляхова Наталія Олександрівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, *NataNew2017@ukr.net*

М'ясоєдов Валерій Васильович – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Харківського національного медичного університету, *prorector_nr@kntu.kharkov.ua*

Малоштан Людмила Миколаївна – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри фізіології та анатомії людини Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *physio@nuph.edu.ua*

Матійців Наталія Петрівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри генетики та біотехнології Львівського національного університету імені Івана Франка, *matiytsiv@yahoo.com*

Мегалінська Ганна Петрівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри медико-біологічних і валеологічних основ охорони життя і здоров'я людини в Національному педагогічному університеті імені М. П. Драгоманова, *anna.megalin@ukr.net*

Мединський Сергій Володимирович – доктор педагогічних наук, доцент, доцент Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, *sermedyn@ukr.net*

Мелега Ксенія Петрівна – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри основ здоров'я Ужгородського національного університету, *xenia.melega@uzhnu.edu.ua*

Мельник Оксана Андріївна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, доцент Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ, *melnyk-phd@yandex.com*

Мешко Галина Михайлівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки та менеджменту освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, *meshko_o@ukr.net*

Миздренко Оксана Миколаївна – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *valeologiya406@ukr.net*

Мірошниченко Ольга Миколаївна – вчитель ЗОШ № 110 м. Харкова, *hajar-kerim@meta.ua*

Міхєєнко Олександр Іванович – доктор педагогічних наук, доцент, доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, *omikheenko@yandex.ua*

Могильний Федір Віталійович – кандидат педагогічних наук, доцент Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка, *hto7hto@gmail.com*

Молчко Оріся Юріївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *orisja@i.ua*

Москаленко Володимир Валентинович – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент інформаційних технологій Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *tatyana.oleinik@hnpu.edu.ua*

Наливайко Наталія Володимирівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри безпеки життєдіяльності Львівського національного університету імені Івана Франка, *natalianalyvayko@ukr.net*

Науменко Наталія Вікторівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри педагогіки та психології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *naumenkonv.77@gmail.com*

Олійник Тетяна Олексіївна – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри інформаційних технологій Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *tatyana.oleinik@hnpu.edu.ua*

Павленко Ольга Василівна – соціальний педагог Харківської ЗОШ № 164, *har_sc164@ukr.net*

Пастухова Наталія Леонідівна – кандидат біологічних наук, доцент, старший науковий співробітник відділу геноміки та молекулярної біотехнології ДУ «Інститут харчової біотехнології та геноміки НАН України», м. Київ, *nataliia.pastukhova@gmail.com*

Пашинський Павло Петрович – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *ppr444@inbox.ru*

Петрюк Сергій Євгенович – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри безпеки життєдіяльності, фізичного виховання та здоров'я людини Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка, *petrukserg@gmail.com*

Погорлецькі Алла Ніфантіївна – доктор біологічних наук, доцент кафедри кінетотерапії Державного університету фізичної культури і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова,

Пріма Раїса Миколаївна – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри педагогіки Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, *primar@ukr.net*

Прокопенко Андрій Іванович – доктор педагогічних наук, професор, директор Інституту інформатизації освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, *tatyana.oleinik@hnpu.edu.ua*

Пюрко Владислав Євгенович – студент 3 курсу Мелітопольського інституту екології та соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», *fizreab_znu@rambler.ru*

Романенко Катерина Анатоліївна – викладач кафедри початкової освіти Київського університету імені Бориса Грінченка, *l.romanenko@kubg.edu.ua*

Романенко Людмила Віталіївна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри початкової освіти Київського університету імені Бориса Грінченка, *l.romanenko@kubg.edu.ua*

Сабадашка Марія Володимирівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри біохімії Львівського національного університету імені Івана Франка, *m.sabadashka@meta.ua*

Савіна Ольга Геннадіївна – практичний психолог Харківської ЗОШ № 164, *har_sc164@ukr.net*

Савіцькі Світлана Костянтинівна – аспірантка, викладач кафедри кінетотерапії Державного університету фізичної культури і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова, *svetasav@yahoo.com*

Садовниченко Юрій Олександрович – старший викладач кафедри медичної біології Харківського національного медичного університету, *sadovnychenko@gmail.com*

Сайнчук Микола Миколайович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, старший викладач кафедри теорії і методики фізичного виховання Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ, *mmsainchuk@i.ua*

Сибірна Наталія Олександрівна – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри біохімії Львівського національного університету імені Івана Франка, *sybirna_natalia@yahoo.com*

Сидорчук Лариса Петрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Сінельнікова Наталія Олегівна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри початкової освіти Педагогічного інституту Київського університету імені Бориса Грінченка, *n.sinelnikova@kubg.edu.ua*

Скоропадська Світлана Олексіївна – вчитель біології; вчитель хімії та основ здоров'я Київського обласного ліцею-інтернату фізичної культури та спорту, *him.kolifks@ukr.net*

Соколенко Вадим Леонідович – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біології та біохімії Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, *sokolenko@ukr.net*

Соколенко Світлана Вікторівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри біології та біохімії Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, *sokolenko@ukr.net*

Соловійова Аліна Володимирівна – аспірант кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Солошенко Ельвіра Миколаївна – доктор медичних наук, професор, завідувач лабораторії алергології ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМН України», *elvirasolo@ukr.net*

Стасик Олег Володимирович – кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник відділу сигнальних механізмів клітини Інститут біології клітини НАН України, *stasyk@cellbiol.lviv.ua*

Стасик Олена Георгіївна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біохімії Львівського національного університету імені Івана Франка, *olenastasyk@gmail.com*

Страшко Станіслав Васильович – кандидат біологічних наук, професор, завідувач кафедри медико-біологічних і валеологічних основ охорони життя і здоров'я людини в Національному педагогічному університеті імені М. П. Драгоманова

Стрельников Леонід Семенович – доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Стрілець Оксана Петрівна – доктор фармацевтичних наук, професор, професор кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Сухих Аліса Сергіївна – здобувач відділу хмаро орієнтованих систем інформатизації освіти Інституту інформаційних технологій і засобів навчання Національної академії педагогічних наук України, *alisam@ukr.net*

Таймасов Юрій Сафірович – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри піротехнічної та спеціальної підготовки Національного університету цивільного захисту України (м. Харків), *yura.taymasov.1984@gmail.com*

Терешкевич Галина Тарасівна (с. Діогена) – кандидат наук з державного управління, доцент, доцент кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *bioethics.ua@gmail.com*

Терів Петро Степанович – аспірант кафедри анестезіології з інтенсивною терапією ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Титаренко Лілія Володимирівна – заступник директора Харківської ЗОШ № 164, *har_sc164@ukr.net*

Товкун Лідія Павлівна – кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *tovkynlidiya@ukr.net*

Турчинов Артем Васильович – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри фізичної підготовки та спорту Національної академії Національної гвардії України, м. Харків, *artem_bizzz@ukr.net*

Фаласеніді Тереза Миколаївна – кандидат педагогічних наук, асистент Національного університету «Львівська політехніка»; завідувач відділення соціальної реабілітації (абілітації) Львівського міського центру реабілітації «Джерело», *terif9950@gmail.com*

Федонюк Лариса Ярославівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної біології ДВНЗ «Тернопільський державний

медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України),
fedonyuklj@tdmu.edu.ua

Фундюр Наталія Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри гігієни та екології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Харченко Наталія Анатоліївна – викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди, *valeologiya406@ukr.net*

Холод Дмитро Анатолійович – аспірант кафедри анестезіології з інтенсивною терапією ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Христова Тетяна Євгенівна – доктор біологічних наук, професор, професор кафедри теорії і методики фізичного виховання та спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *fizreab_znu@rambler.ru*

Циплюк Аліна Миколаївна – викладач дошкільної педагогіки та окремих методик Луцького педагогічного коледжу, *88alina@ukr.net*

Шаповалова Ольга Вікторівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри біотехнології Національного фармацевтичного університету, м. Харків, *biotech@nuph.edu.ua*

Шийка Юлія Іванівна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри прикладної лінгвістики Національного університету «Львівська політехніка»

Шкурупій Дмитро Анатолійович – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри анестезіології з інтенсивною терапією ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, *d.a.shkurupiy@gmail.com*

Шмиголь Ірина Василівна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри біології та біохімії Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, *irina-shm@ukr.net*

Яковенко Микола Якович – кандидат біологічних наук, доцент кафедри безпеки життєдіяльності Бережанського агротехнічного інституту, *t_bihunyak@yahoo.com*

ЗМІСТ

РОЗДІЛ І. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини та суміжних з ним понять (Бойчук Ю. Д.)	5
Духовне здоров'я: науковий аналіз поняття (Бойчук Ю. Д., Науменко Н. В.)	16
Структура індивідуального здоров'я людини з позицій причинно-системного підходу (Жара Г. І.)	26
Сучасні концептуальні чинники інтегральної характеристики здоров'я особистості і суспільства (Іващук Л. Ю.)	33
Аксіологія здоров'я молоді у сучасній філософській антропології (Ісакова О. І.)	40
Соціально-економічна роль здоров'я у людському розвитку (Камінська Т. М.)	46
Здоров'я людини як об'єкт правового регулювання (Грищенко О. А.)	53

РОЗДІЛ ІІ. СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ФАКТОРИ, ЩО ЙОГО ВИЗНАЧАЮТЬ

Основні чинники негативного та позитивного впливу на здоров'я (Борщук Л. М., Титаренко Л. В., Савіна О. Г., Павленко О. В.)	60
Антропогенні фактори навколишнього середовища і здоров'я людини (Зуб О. В.)	66
Генетично-детерміновані та соціально-екологічні фактори, що визначають стан здоров'я студентської молоді України (Соколенко В. Л., Соколенко С. В., Шмиголь І. В.)	71
Вплив способу життя, екологічних та генетичних факторів на якість і тривалість життя людини (Федонюк Л. Я., Бігуняк Т. В., Яковенко М. Я., Бігуняк К. О.)	77
Пасивне куріння: від індивідуального до соціального ризику (Кіт Л. Я., Наливайко Н. В.)	83
Стоматологічне здоров'я населення та методи його збереження (Голованова І. А., Ляхова Н. О., Шарбенко Т. В.)	90
Ризики для здоров'я сучасного школяра: порушення харчування (Годун Н. І., Миздренко О. М., Буц М. А., Харченко Н. А.)	96
Вплив батьків на формування соціального здоров'я молодшого школяра (Сінельнікова Н. О.)	102
Стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів та шляхи його поліпшення (Христова Т. Є., Пюрко В. Є., Казакова С. М.)	108
Раціональне харчування як важливий чинник здоров'я студентів (Ковальчук Г. Я., Лупак О. М.)	114
Вплив прослуховування музики в навушниках на слух людини (Малоштан Л. М., Кононенко А. Г.)	120
Чинники професійного здоров'я вчителя (Мешко Г. М.)	126

РОЗДІЛ ІІІ. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ПОРУШЕНЬ

Гомеостаз і адаптація як критерії стану здоров'я людини (Солошенко Е. М., Бойчук Ю. Д.)	133
НО-залежна регуляція морфофункціонального стану еритроцитів та дихальної функції крові за умов алкогольної інтоксикації (Єфіменко Н. В., Дудок К. П., Сибірня Н. О.)	147
Дефіцит цинку: акцент на питаннях інтенсивної терапії гострої церебральної недостатності (Терів П. С., Шкуруній Д. А.)	153

Молекулярні механізми взаємодії NO та гемоглобіну за умов цукрового діабету і перспективи використання інгібіторів NO-синтази у профілактиці та лікуванні цього захворювання (<i>Люта М. Я., Сибірна Н. О.</i>)	158
Нітровані білки - маркерні молекули за радіаційного ураження та у процесі контролю корекції радіоіндукованих порушень природними фенольними сполуками з виноградного вина (<i>Сабадашук М. В., Сибірна Н. О.</i>)	164
Передумови і механізми формування синдрому гастроінтестинальної недостатності у новонароджених, які потребують інтенсивної терапії (<i>Холод Д. А., Шкуруній Д. А.</i>)	171
Шляхи деградації аномальних форм альфа-синуклеїну та їх роль у патогенезі хвороби Паркінсона (<i>Стасик О. Г., Матійців Н. П., Дронська Х. А., Климшин Н. І., Бобак Я. П., Стасик О. В.</i>)	177
Функціональні продукти харчування як перспективні лікувально-профілактичні та дієтичні засоби (<i>Калюжная О. С., Соловійова А. В., Стрілець О. П., Івахненко О. Л., Шаповалова О. В., Стрельников Л. С.</i>)	185
Епідеміологічна оцінка ризику дисбіотичних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію та оптимізація їх аліментарної профілактики (<i>Кушнір О. В., Сидорчук Л. П., Іфтода О. М., Фундюр Н. М.</i>)	194
Вплив тютюнопаління та алкоголю на антибактеріальну активність слини людини (<i>Мегалінська Г. П., Страшко С. В., Іванова Т. С., Даниленко Є. В.</i>)	201

РОЗДІЛ IV. СУЧАСНІ ШЛЯХИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

Шляхи перетворення науково-освітньої системи сучасного суспільства в процесі гармонізації відносин у системі «Людина-Природа» (<i>Гончаренко М. С.</i>)	208
Здоров'язбереження як об'єкт наукового пізнання (<i>Таймасов Ю. С., Турчинов А. С., Пашинський П. П.</i>)	220
Біоетичні та медико-соціальні аспекти збереження здоров'я людини (<i>Кишкан І. Г.</i>)	232
Особиста відповідальність за стан свого здоров'я як стратегічний принцип оздоровчої практики (<i>Міхеєнко О. І.</i>)	238
Концепція здоров'яорієнтованого світогляду (<i>Бельорін-Еррера О. М., Корженко І. О.</i>)	244
Складники технології здоров'язбереження в межах держави (<i>Мединський С. В.</i>)	250
Наукові засади профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань сучасності (<i>Мелега К. П.</i>)	256
Кардіореабілітація – виклик часу (<i>Молчко О. Ю.</i>)	263
Фундаментальне значення українських народних традицій у здоров'язбереженні сучасної людини (<i>Мірошниченко О. М.</i>)	270
Культура здоров'я як складова загальнолюдської культури (<i>Фаласеніді Т. М., Шийка Ю. І.</i>)	277
Плекання цінності культури здоров'я, здорового способу життя, здоров'язбереження: досвід, шляхи, етапи (<i>Пріма Р. М., Циплюк А. М.</i>)	282
Культура здоров'я студентів та середовищний підхід до її розвитку в умовах вищого навчального закладу (<i>Авдєєнко І. М.</i>)	289
Філософська рефлексія здорового способу життя як необхідність цивілізованої людини (<i>Сайнчук М. М.</i>)	294
Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя (<i>Вакуленко О. В.</i>)	301

З історії формування здорового способу життя та боротьби зі шкідливими звичками (лінгвістичний, історичний і медико-соціальний аспекти) (<i>Беляєва О. М., Беляєв І. С.</i>)	309
Модель формування здорового способу життя (<i>Могильний Ф. В.</i>)	320
Здоровий спосіб життя: роль технологій збереження здоров'я (<i>Петрюк С. Є</i>)	326
Інформаційна безпека та культура як чинник збереження психічного здоров'я студентської молоді (<i>Варивода К. С., Горденко С. І., Козубенко Ю. Л.</i>)	333
Компетентність з хімічної безпеки як складова збереження здоров'я людини (<i>Иценко А. А.</i>)	339
Раціональне харчування як складова культури здоров'я (<i>Горобей М. П.</i>)	346
Здоровий спосіб життя — життя без алкоголю (<i>Терешкевич Г. Т. – с. Діогена</i>)	353
Використання здоров'язбережувальних технологій у період адаптації дітей до дошкільного навчального закладу (<i>Гнізділова О. А., Бурсова С. С.</i>)	361
Методичні особливості організації сучасного здоров'язбережувального уроку в початковій школі (<i>Ващенко О. М.</i>)	367
Технологічні особливості процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів початкової школи (<i>Романенко Л. В., Романенко К. А.</i>)	373
Проблема здоров'язбережувального використання програмно-апаратних засобів в умовах основної школи (<i>Сухих А. С.</i>)	379
Здоров'язбережувальні навчальні заняття з фізичного виховання в загальноосвітніх школах (<i>Духовний Л. Ф., Гмиря Г. В.</i>)	388
Кінетопрофілактика порушень постави і надлишкової маси в дитячому віці як запорука здоров'я (<i>Погорлецькі А. Н., Годорозя М. Д., Завалишка А. А., Корман М. В., Савіцькі С. К.</i>)	394
Виховання дітей з нейротичними ускладненнями (<i>Войтко В. В.</i>)	402
Методологічні основи еколого-валеологічної культури та проблеми збереження здоров'я в умовах закладу спортивного профілю (<i>Волик Г. П., Скоропадська С. О.</i>)	409
Сексуальна поведінка та контрацептивний вибір студенток – запорука збереження їхнього репродуктивного здоров'я (<i>Бугаєвський К. А.</i>)	414
Використання засобів фітнесу в рекреаційно-оздоровчих заняттях студенток вищих навчальних закладів (<i>Жамардій В. О. Кравченко І. П.</i>)	421
Синергізм здоров'язбережувальних та педагогічних технологій у Харківському національному медичному університеті (<i>Пастухова Н.Л., Садовниченко Ю.О., М'ясоєдов В.В.</i>)	427
Про необхідність предметної спеціалізації «Здоров'я людини» для підготовки майбутнього вчителя (<i>Гриньова М. В.</i>)	434
Підготовка майбутніх соціальних педагогів та соціальних працівників до формування здорового способу життя учнів (<i>Костіна В. В.</i>)	439
Формування здоров'язбережувальної компетентності в майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки (<i>Коцур Н. І., Товкун Л. П.</i>)	446
Формування цифрової грамотності майбутніх педагогів в умовах інклюзивної освіти (<i>Прокопенко А. І., Олійник Т. О., Москаленко В. В., Лебедева В. В.</i>)	453
Психологічні особливості ефективної діяльності майбутніх фахівців з фізичної культури (<i>Мельник О. А.</i>)	460
Цілі та зміст формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх інженерів-технологів харчової галузі (<i>Лазарева Т. А., Благий О. С.</i>)	465

CONTENT

CHAPTER I. CONTEMPORARY NOTIONS ABOUT HUMAN HEALTH

Modern approaches to understanding human health (<i>Boychuk Yu.D.</i>)	5
Spiritual health: scientific analysis of the concept (<i>Boychuk Yu.D., Naumenko N.V.</i>)	16
The structure of individual health of human from positions of the cause-systemic approach (<i>Zhara H.I.</i>)	26
Modern conceptual factors of integrated health characteristics of personality and society (<i>Ivashchuk L.Yu.</i>)	33
Axiology health of young people in modern philosophical anthropology (<i>Isakova O.I.</i>)	40
Social and economic role of health in human development (<i>Kaminska T.M.</i>)	46
Human health as an object of legal regulation (<i>Grytsenko O.A.</i>)	53

CHAPTER II. THE STATE OF HEALTH OF UKRAINIAN POPULATION AND THE FACTORS THAT DETERMINE IT

The basic factors of negative and positive influence on health (<i>Borshchyk L.M., Tytarenko L.V., Savina O.G., Pavlenko O.V.</i>)	60
Anthropogenic factors of the environment and human health (<i>Zub O.V.</i>)	66
Genetically deterministic and socioecological factors defining general health of students in Ukraine (<i>Sokolenko V.L., Sokolenko S.V., Shmygol I.V.</i>)	71
Influence of lifestyle, ecological and genetic factors on quality and lifetime of human life (<i>Fedonyuk L.Ya., Bihunyak T.V., Yakovenko M.Ya. Bihunyak K.O.</i>)	77
Passive smoking: from the individual to social risk (<i>Kit L.Ya., Nalyvayko N.V.</i>)	83
Dental health of the population and methods his maintenance (<i>Golovanova I.A., Lyahova N.O., Sharbenko T.V.</i>)	90
Risks to the Health of the Modern Schoolchild: Eating Disorders (<i>Godun N.I., Myzdrenko O.M., Buts M.A., Kharchenko N.A.</i>)	96
Influence of parents on the formation of social health junior schoolboy (<i>Sinelnikova N.O.</i>)	102
The health status of students of higher educational institutions and ways of its improvement (<i>Khrystova T., Pyrko V., Kazakova S.</i>)	108
Sound nutrition as a significant factor of student's health (<i>Kovalchuk H.Ya., Lupak O.M.</i>)	114
Influence of listening to music in headphones on human hearing (<i>Maloshtan L.N., Kononenko A.G.</i>)	120
Dental health of the population and methods his maintenance factors of professionals health of teacher (<i>Meshko H.M.</i>)	126

CHAPTER III. MEDICO-BIOLOGICAL MECHANISMS OF HEALTH AND ITS VIOLATIONS

Homeostasis and adaptation as criteria of a state of a person's health (<i>Soloshenko Ye.M., Boychuk Yu. D.</i>)	133
NO-dependent regulation of erythrocytes morpho-functional state and respiratory function of blood under alcohol intoxication (<i>Yefimenko N.V., Dudok K.P., Sybirna N.O.</i>)	147
Zinc deficit: focus on issues of intensive care of acute brain damage (<i>Teriv P.S., Shkurupii D.A.</i>)	153

Molecular mechanisms of NO and hemoglobin interaction under diabetes mellitus and prospects of NO-synthase inhibitors using in the prevention and treatment of this disease (<i>Liuta M.Ya., Sybirna N.O.</i>)	158
Nitrated proteins are a molecular markers of radiation damages and under correction of radiation-induced changes by wine phenolic compounds (<i>Sabadashka M.V., Sybirna N.O.</i>)	164
Precondition and mechanisms of formation of the gastrointestinal failure syndrome in newborns which need intensive care (<i>Kholod D.A., Shkurupii D.A.</i>)	171
Pathways of abnormal alpha-synuclein degradation and their role in the pathogenesis of Parkinson's disease (<i>Stasyk O.G., Matiytsiv N.P., Dronska Kh.A., Klymyshyn N.I., Bobak Ya.P., Stasyk O.V.</i>)	177
Functional foodstuffs as perspective medical and preventive and dietary facilities (<i>Kalyuzhnaya O.S., Solovyova A.V., Strillets O.P., Ivahnenko O.L., Shapovalova O.V., Strelnikov L.S.</i>)	185
Epidemiological evaluation of the risk of disbiotic disorders in patients with arterial hypertension and ways of optimizing of their alimentary prophylaxis (<i>Kushnir O.V., Sydorchuk L.P., Iftoda O.M.</i>)	194
The Influence of Smoking and Drinking on the Antimicrobial Activity of Human Saliva (<i>Megalinska G.P., Strashko S.V., Ivanova T.S., Danylenko Je.V.</i>)	201

CHAPTER IV. MODERN WAYS OF HEALTHCARE

Ways of transformation the scientific and educational system of modern society in the process of harmonization the relations in the system «Person-Nature» (<i>Goncharenko M.S.</i>)	208
Health preservation as an object of scientific knowledge (<i>Taimasov Yu.S., Turchinov A.V., Pashinsky P.P.</i>)	220
Bioethical and medico-social aspects of saving human health (<i>Kishkan I.G.</i>)	232
Personal responsibility for own health as a strategic principle of health practice (<i>Miheenko O.I.</i>)	238
Health-oriented worldview concept (<i>Bellorin-Herrera O .M, Korzhenko I.O.</i>)	244
Healthcare technology components within the state (<i>Medynskyi S.V.</i>)	250
The scientific backgrounds of prevention of the most widespread non-infectious diseases of the present time (<i>Meleha K.P.</i>)	256
Cardiac rehabilitation is a challenge of time (<i>Molchko O.Y.</i>)	263
It is fundamental value of the Ukrainian folk traditions in a health-saving of the modern person (<i>Miroshnichenko O.M.</i>)	270
Health culture as a component of universal culture (<i>Falasenid T.M., Shyjka J.I.</i>)	277
Upbringing the value of culture of health, healthy life style, health preserving: experience, ways, stages (<i>Prima R.M., Tsypliuk A.M.</i>)	282
Students' health culture and environmental approach to its development under the conditions of a higher educational establishment (<i>Avdieienko I.M.</i>)	289
Philosophical reflection of a healthy lifestyle as necessary of civilized human (<i>Sainchuk M.M.</i>)	294
Theoretical-methodological basics of healthy lifestyle formation (<i>Vakylenko O.V.</i>)	301
From the history of forming a healthy lifestyle and bad habits control (<i>Bieliaieva O.M., Bieliaiev I.S.</i>)	309
A model of formation of a healthy lifestyle (<i>Mohylnyi F.V.</i>)	320
Healthy lifestyle: the role of health saving technologies (<i>Petryuk S.E.</i>)	326

Information security and culture as a factors mental health preservation for youth students (<i>Varyvoda K.S., Hordenko S.I., Kozubenko Y.L.</i>)	333
The competence of the chemical safety as a component of the people's health (<i>Ishchenko A.A.</i>)	339
Rational nutrition as a component of a culture of health (<i>Gorobey M.P.</i>)	346
A healthy lifestyle is life without alcohol (<i>Tereshkevych H.T.</i>)	353
The usage of health safety technologies of the children during in conditions of their adaptation for pre-school establishments (<i>Hnizdilova O.A., Bursova S.S.</i>)	361
The Methodical Features of Modern Health-Saving Lesson's Organization in Elementary School (<i>Vashchenko O.M.</i>)	367
Technological features of forming of value attitude to health in pupils of primary school (<i>Romanenko L.V., Romanenko K.A.</i>)	373
The problem of health-saving usage of ICT in secondary school (<i>Suhih A.S.</i>)	379
Healthcare-saving training sessions on physical education in secondary schools (<i>Duhovniy L.F., Hmyrya H.V.</i>)	388
Kinetoprohylaxis of posture disorders and obesity in childhood as the guarantee of health (<i>Pogorletchi A.N., Godorozea M.D., Zavalisca A.A., Corman M.V., Savitchi S.K.</i>)	394
Neyrotizm as the complicated work of nervous system (<i>Voytko V.V.</i>)	402
Methodological foundations of ecology-valeological culture and problems of health care in the conditions of a sports institution (<i>Volyk G.P., Skoropadskaya S.O.</i>)	409
Sexual behavior and contraceptive choice female students – the key to maintaining their reproductive health (<i>Bugaevskiy K.A.</i>)	414
Application of fitness equipment in recreation and health classes of students of higher educational institutions (<i>Zhamardiy V.O., Kravchenko I.P.</i>)	421
Synergy of health saving and taching techniques in Kharkiv national medical university (<i>Pastukhova N.L., Sadovnychenko Yu.O., Myasoyedov V.V.</i>)	427
On the necessity of the subject specialization «Human health» for the training of the future teacher (<i>Grinyova M.V.</i>)	434
Preparation of future social pedagogues and social workers to forming a healthy lifestyle of pupils (<i>Kostina V.V.</i>)	439
Formation of health saving competence in the future teachers in process of professional preparation (<i>Kotsur N.I., Tovkun L.P.</i>)	446
Formation digital literacy of future teachers in inclusive education environment (<i>Prokopenko A.I., Oliynyk T.O., Moskalenko V.V., Lebedeva V.V.</i>)	453
Psychological features of the effective activity of future specialists in physical education (<i>Melnik O.A.</i>)	460
The objectives and content of the formation of health-competence of future engineers-technologists of food industry (<i>Lazarieva T.A., Blahyi O.S.</i>)	465

Наукове видання

ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ ЗДОРОВ'Я І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

Колективна монографія
за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука

Підписано до друку 18.10.2017. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк ризографічний.
Умов. друк. арк. 12,3. Наклад 350 прим. Замов. № 1018/10-17. Ціна договірна.

Видавець: Рожко Сергій Григорович
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 4924 від 24.06.2015 р.
Адреса для листування: а/с 11437, м. Харків, 61171

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв.Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 778-60-34.
e-mail:bookfabrik@mail.ua