

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

Н. В. Коляда,
С. М. Король,
С. А. Король

МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Конспект лекцій

Суми
Сумський державний університет
2021

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Конспект лекцій
для самостійної роботи студентів
спеціальностей 231 *«Соціальна робота»*
та 017 *«Фізична культура і спорт»*
денної та заочної форм навчання

Затверджено
на засіданні кафедри психології,
політології та соціокультурних технологій
як конспект лекцій
із дисципліни «Методики формування
здорового способу життя».
Протокол № 11 від 11.02.2021.



Суми
Сумський державний університет
2021

Методики формування здорового способу життя : конспект лекцій / укладачі: Н. В. Коляда, С. М. Король, С. А. Король. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 183 с.

Кафедра психології, соціології та соціокультурних технологій

Кафедра фізичного виховання і спорту

У конспекті лекцій із дисципліни «Методики формування здорового способу життя» розглянуто сучасне розуміння здоров'я людини, методи оцінювання фізичного розвитку, принципи формування здорового способу життя; висвітлено показники розумової працездатності, навчального навантаження та соціальний контекст формування здоров'я підлітків; наведено методики щодо визначення стану індивідуального фізичного, психічного і соціального здоров'я, що може сприяти перегляду ставлення до способу життя особистості.

Видання адресоване студентам денної та заочної форм навчання, викладачам, а також усім тим, хто ще не усвідомив значення здоров'я як вищої цінності людини, родини, суспільства і майбутнього нації.

ЗМІСТ

	С.
Передмова.....	4
Тема 1. Сучасне розуміння здоров'я людини та його основних складових.....	7
Тема 2. Глобальна актуальність проблеми здоров'я людини і шляхи її розв'язання.....	29
Тема 3. Здоров'я як соціальний феномен.....	53
Тема 4. Методи оцінювання фізичного розвитку.....	73
Тема 5. Теоретичні засади формування здорового способу життя.....	85
Тема 6. Методологія і методика формування здорового способу життя.....	95
Тема 7. Соціальна політика формування здорового способу життя.....	103
Тема 8. Фізичне здоров'я молодих українців : окремі показники і самооцінка.....	114
Тема 9. Організація правильного харчування.....	127
Тема 10. Соціально-психологічне здоров'я молоді.....	148
Список літератури.....	176
Додатки.....	180

ПЕРЕДМОВА

Нині в Україні актуальність проблеми здоров'я зумовлена реаліями життя. Сучасні умови життєдіяльності людини пов'язані з особливостями, що ставлять високі вимоги до індивідуально-психологічних властивостей, психічних і фізичних функцій організму. В умовах трансформації українського суспільства особливої значущості набувають питання формування самодостатньої, цілісної та внутрішньо гармонійної особистості. Однак на тлі суспільних негараздів, нестабільності повсякденних умов життя і труднощів пристосування до них є складним завданням для особистості.

Кінець ХХ – початок ХХІ ст. характеризуються бурхливим науково-технічним прогресом, величезним потоком інформації, урбанізацією, зміною екологічної обстановки, що висуває високі вимоги до організму людини в цілому. Людське життя є найвищою суспільною цінністю, тому перед суспільством постає ряд актуальних завдань, серед яких найважливішими є вирішення проблем збереження здоров'я та формування до нього ціннісного ставлення.

Здоров'я – безцінне надбання не лише кожної людини, а й усього суспільства у цілому та основна умова й запорука повноцінного і щасливого життя. У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я визначено здоров'я як стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби та фізичних вад.

Здоров'я допомагає виконувати плани, успішно вирішувати основні життєві завдання, долати труднощі, забезпечує довге й активне життя.

Мета курсу – створення умов для формування серед студентів здорового способу життя, дбайливого ставлення до свого здоров'я як основної життєвої цінності; залучення уваги батьків до проблеми збереження та зміцнення здоров'я. Спадковість, екологія, спосіб життя і охорона здоров'я – основні фактори, що визначають тривалість життя.

Предметом вивчення курсу є критерії фізичного і соціально-психологічного здоров'я студентів, методи діагностики, оцінювання та самооцінювання фізичного, психічного й соціального здоров'я, соціально-психологічні фактори здорового способу життя, психологічні механізми стресостійкості та проблеми психологічного забезпечення професійного здоров'я.

Міждисциплінарні зв'язки: нормативна навчальна дисципліна «Методики формування здорового способу життя» є складовою циклу професійної підготовки фахівців рівня вищої освіти «бакалавр», має тісний зв'язок із дисциплінами як загальна, вікова і педагогічна психологія, анатомія та фізіологія вищої нервової діяльності.

У результаті вивчення курсу студенти повинні **знати:**

- основні особливості фізичного, психічного і соціального здоров'я людини;
- сучасні уявлення про чинники здоров'я;
- різні точки зору на модель здорового способу життя і зміст компонентів;
- підходи і методи організації та впровадження політики здорового способу життя;
- методики оцінювання психічних ресурсів і підвищення адаптаційних можливостей людини в системі охорони здоров'я.

Студенти повинні **вміти:**

- виявляти та аналізувати чинники ризику здоров'я;
- проводити діагностику фізичного і психічного здоров'я;
- використовувати підходи для формування установки бути здоровим і вести здоровий спосіб життя;
- здійснювати заходи щодо вироблення стратегії і тактики збереження фізичного, психічного й соціального здоров'я і профілактики його розладів.

Після вивчення курсу студенти повинні **засвоїти** такі компетентності:

- здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу;
- вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми;
- здатність застосовувати знання в практичних ситуаціях;

- здатність планувати та управляти часом;
- знання та розуміння предметної сфери та розуміння професійної діяльності;
- здатність ухвалювати обґрунтовані рішення;
- здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети;
- здатність до аналізу існуючих психологічних властивостей, станів і процесів, процесів становлення, розвитку та соціалізації особистості, розвитку соціальних груп і громади;
- здатність розробляти шляхи подолання проблеми і знаходити ефективні методи їх вирішення.

Матеріал цього конспекту лекцій викладений у зручній для студентів формі. Для зручності самостійної роботи матеріал конспекту відповідно структурується, й окремі позиції виділяються різними шрифтами. Так, теми, базові терміни, виділені в тексті цього конспекту **жирним шрифтом**, мають визначення, знання яких буде перевірятись усно і тестами. Інша частина матеріалу та відповідних термінів виділена лише *курсивом*, і з цим матеріалом студенти повинні розібратися самостійно, користуючись зазначеною літературою або результатами власного пошуку в мережі «Інтернет».

Тема 1. Сучасне розуміння здоров'я людини та його основних складових

Поняття про здоров'я. Значення здоров'я та підходи до його вивчення. Рівні здоров'я. Критерії здоров'я. Поняття сфер або складових здоров'я. Передумови міцного здоров'я. Незалежні фактори: обумовлювальні, когнітивні, фактори соціального середовища, демографічні змінні. Поведінкові фактори здоров'я: копінг, зловживання речовинами, додержання правил збереження здоров'я. Мотивувальні фактори здоров'я: стресори, існування в хворобливому стані. Детермінанти здоров'я.

Необхідно зауважити, що феномен здоров'я людини впродовж усієї історії розвитку людства привертав увагу багатьох дослідників, які напрацювали велику кількість різноманітних характеристик цього явища. Науковці використовують багато визначень і показників різного змісту, що висвітлюють багато аспектів феномена здоров'я (профілі здоров'я, його рівні, складові тощо). Обсяг цього видання не дає можливості достатньо повно ознайомити з усіма наявними доробками, тому в конспекті лекцій наведені лише ті поняття про характеристики здоров'я та їх визначення, які безпосередньо стосуються змісту Оттавської хартії або відповідають їй за духом і принципами.

Поняття здоров'я. Сучасні дослідження феномена здоров'я людини виявили обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров'я як відсутність хвороби. Поширеність ще й до цього часу подібного визначення пояснюється тим, що тривалий час воно також уживалося й у практичній медицині. Якщо в людини, яка звернулася до лікаря, не виявляли симптомів захворювання, її вважали здоровою. Тобто на практиці лікування, особливо у первинних ланках системи охорони здоров'я, не надавали переваги тому, що відсутність симптомів хвороби ще не означає наявності гарного здоров'я. Але, за сучасними уявленнями, здоров'я вже не розглядається як суто медична проблема. Більше того, комплекс медичних питань становить лише малу частину феномена здоров'я. Так, узагальнені підсумки

досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників переконують, що стан системи охорони здоров'я обумовлює в середньому лише близько 10 % усього комплексу впливів. Решта 90 % припадає на екологію (близько 20 %), спадковість (близько 20 %) і найбільше – на умови і спосіб життя (майже 50 %). Тобто суто медичний аспект не є основним серед різноманітності впливів на здоров'я людини, а отже, медичне визначення здоров'я як відсутність хвороби не відповідає життєвим реаліям.

Сучасна наука свідчить, що 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 й суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, що постійно взаємодіє з оточуючим середовищем, а також постійно змінюється. Виходячи з цього, зрозуміло, як складно визначити здоров'я в повному обсязі, якщо це взагалі можливо – історія розвитку науки про здоров'я налічує близько восьми десятків різноманітних визначень. Загальноприйнятим у міжнародному спілкуванні є визначення здоров'я, викладене в преамбулі Статуту ВООЗ (1948 р.): «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби або фізичних вад».

Поняття сфер або складових здоров'я. Світова наука передбачає цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери, або складові: фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Усі ці складові є невід'ємними одна від одної, тісно взаємозв'язаними і саме разом, у сукупності, визначають стан здоров'я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров'я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального й духовного здоров'я, але в реальному житті майже завжди має місце інтегральний вплив цих складових.

Фізичне здоров'я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах спокою, руху, довкілля,

генетичної спадковості, рівні фізичного розвитку органів і систем організму.

До *сфери психічного здоров'я* відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уяви, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язане з особливостями мислення, характеру, здібностей. Усі ці складові й чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на так би мовити однакові життєві ситуації, ймовірність стресів, афектів.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінювання реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів та світогляду – усе це визначає стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, його відносин із структурними одиницями соціуму – сім'єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв'язки – праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Крім того, потрібно враховувати міжетнічні відносини, відмінність у доходах різних соціальних категорій суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я взагалі.

Ці чинники та складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що істотно впливає на здоров'я людини. Соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, що властиве основним головним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній. Ще раз потрібно наголосити, що в реальному житті всі чотири складові – фізична, психічна, духовна й соціальна – діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісний складний феномен.

Складові здоров'я. Спосіб життя має велике значення для здоров'я людини і складається з чотирьох категорій:

- економічної (рівень життя);
- соціологічної (якість життя);
- соціально-психологічної (стиль життя);
- соціально-економічної (устрій життя).

Рівень культури. Необхідно пам'ятати, що людина – суб'єкт і одночасно – основний результат своєї діяльності. Культура з цієї точки зору – це самосвідоме ставлення до самого себе. Однак люди дуже часто нехтують своїм здоров'ям, ведуть неправильний спосіб життя, не додержуються режиму, переїдають, палять. Тому для здоров'я потрібні знання, які б увійшли в повсякденну звичку людини.

Здоров'я в ієрархії потреб. Не завжди в житті людини здоров'я займає перше місце порівняно з речами та іншими матеріальними благами. У результаті це призводить до шкоди не лише своєму здоров'ю, а й здоров'ю майбутніх поколінь. Отже, здоров'я повинне займати перше місце в ієрархії потреб людини.

Мотивування. На превеликий жаль, ціну здоров'я більшість людей усвідомлює тоді, коли воно значно втрачене. Лише тоді виникає прагнення вилікувати захворювання, стати здоровим.

Зворотні зв'язки – нерозумне і довге випробування стійкості свого організму нездоровим способом життя (алкоголь, нікотин). Лише через певний час спрацьовують зворотні зв'язки людини, коли вона кидає шкідливі звички, проте це вже часто запізно.

Настанова на довге здорове життя. У повсякденному житті необхідно вміло мобілізувати резерви свого організму на подолання негараздів життєвого характеру, на зменшення ризику захворювань, що сприяє довголіттю.

Поняття рівнів здоров'я. Сучасні теорія і практика ФЗСЖ, прийняті в країнах-лідерах, що ініціюють піднесення проблематики здоров'я на загальнопланетарний щабель, вирізняють шість рівнів здоров'я світової спільноти,

структурованих за кількісною ознакою – від окремого індивіда до людства у цілому.

Перший рівень – *індивідуальний*, тобто здоров'я окремої людини.

Другий рівень визначається як *рівень здоров'я певної групи людей*. Під цим поняттям мають на увазі найближче, відносно постійне оточення людини – її сім'ю, родичів, друзів, знайомих, із якими вона повсякденно спілкується. Тобто це коло спілкування, де людина майже щоденно перебуває, постійно на нього впливає своєю поведінкою. І навпаки, своєю поведінкою, спілкуванням, ставленням до життєвих виявів члени цього оточення впливають на людину в зворотному напрямку. Саме тут, у найближчому оточенні, передусім відбувається позитивний і негативний вплив на здоров'я, як у прямому, так і в переносному значенні, в усіх сферах здоров'я – фізичній, психічній, духовній, соціальній. Сума впливів через особистості з найближчого оточення людини значною мірою формують спосіб її життя, створюють певне психічне середовище, визначають духовні цінності, рівень соціальної відповідальності. Також людина як член оточення має можливість позитивно або негативно впливати на цю певну групу людей у такий спосіб: особистим прикладом, наданням інформації чи ставленням до дій і процесів, що відбуваються в її оточенні. Комплекс впливів, чинників та умов життя в найближчому оточенні визначає рівень здоров'я певної групи людей.

Третій рівень – *рівень організації*. Якщо попередній рівень не визначається як формальне структурне утворення суспільства, третій рівень здоров'я – це *здоров'я формально визначених організацій*. Зважаючи на те, що переважна більшість людей взаємодіє з різними організаціями суспільства (сфери виробництва, послуг, науки, культури, релігії, правові й соціальні інституції тощо) і тим самим впливає на здоров'я працівників (як і в зворотному напрямку організація впливає на здоров'я окремої людини), цей рівень структурований окремо. Особливістю взаємовпливів на цьому рівні є те, що вагомість впливу істотно детермінована авторитетом і владою людини, її місцем в

організації. Зрозуміло, наприклад, який вплив на психічне здоров'я працівників (стреси яких можна спричинити) справляє стиль керівництва перших осіб в організаціях або як здоровий (чи нездоровий) спосіб життя керівників, їх особисті звички і схильності впливають на спосіб життя підлеглих, відбиваються на їхньому фізичному здоров'ї.

Четвертий рівень здоров'я – *здоров'я громади*. У цьому контексті поняття громади визначається переважно за територіальною ознакою – село, селище, район, мікрорайон, містечко, місто, тобто той найближчий соціум, де людина перебуває тривалий час свого життя. Громада також може складатися за етнічними або професійними ознаками, політичними чи релігійними переконаннями тощо. Кожній громаді притаманні свої особливості стосовно культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку, і, природно, ці особливості визначають стан здоров'я людей. Наступний, п'ятий, рівень – *рівень країни*, і останній, шостий – *рівень усього світу*.

Таке структурування рівнів здоров'я повинне підкреслити уявлення світової спільноти щодо зв'язку між індивідуальним і громадським здоров'ям, що визначає наскрізну залежність і взаємодетермінованість усіх рівнів. Тобто від індивідуального здоров'я людини залежить здоров'я певної групи людей, які становлять її найближче оточення, і здоров'я організацій, що також або складаються з таких груп, або людина (групи людей) з ними пов'язана. Від здоров'я груп та організацій залежить здоров'я громади, до якої вони входять, а від здоров'я сукупності громад залежить здоров'я країни в цілому. Здоров'я країн, таким чином, визначає здоров'я всього світу. Зрозуміло, що наведений прямий зв'язок (від людини до людства) діє також і в зворотному напрямку (від людства до людини). Наскрізна залежність і взаємообумовленість усіх рівнів здоров'я визначають саме ті позиції, які проголошують країни – сучасні лідери ФЗСЖ:

– кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства;

– усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини. У практичній політиці цей підхід визначає потребу керуватися під час розроблення заходів щодо здоров'я тим принципом, що, з одного боку, держава відповідає за здоров'я своїх громадян, а з іншого – громадянин відповідає за здоров'я своєї країни. Певна новина такого підходу для українського суспільства полягає у незвичності усвідомлення тези особистої відповідальності громадянина за своє власне, а тим більше – за громадське здоров'я. Ця теза є не традиційною для вітчизняного менталітету, зважаючи на давню звичку покладатися на державу з усіх кардинальних проблем устрою суспільного буття. Тому формування відповідної свідомості є одним із важливих завдань ФЗСЖ в Україні.

Поняття передумов доброго здоров'я. Щодо основних передумов, або чинників, наявність яких дає можливість кожній людині реалізувати свій потенціал здоров'я, теорія ФЗСЖ містить вісім чинників – мир, дах над головою, соціальну справедливість, освіту, харчування, прибуток, стабільну екосистему, сталі ресурси. Ці чинники визначені Оттавською хартією.

Мир. Вищевикладений розподіл здоров'я на шість рівнів (від особистого до світового) обумовлює доцільність розуміння поняття миру ширше, ніж відсутність стану війни на державному рівні. Очевидно, що відсутність мирних стосунків в сім'ї, конфлікти із найближчим оточенням, на роботі або в іншій організації, де працює людина, наявність конфліктів у громаді або поміж громадами (міжетнічних, міжконфесійних) суттєво шкодять усім складовим здоров'я – фізичній, психічній, духовній, соціальній.

Дах над головою. Доцільно розуміти це поняття ширше, ніж наявність будь-якої домівки. Потрібний певний рівень побутових умов, усталеність майнових правовідносин, наявність інших чинників, що створюють відчуття впевненості в майбутньому щодо захисту власного майна від можливих негараздів природного або суспільного походження. Також має значення рівень розвитку соціальних інституцій, діяльність яких

забезпечує відчуття захищеності особистості та її майна (правопорядку, аварій, надзвичайних ситуацій тощо).

Соціальна справедливість, рівність, неупередженість.

Наявність цих передумов здоров'я гарантує всім громадянам однакові можливості доступу до послуг соціальних інституцій, рівні громадянські, майнові, соціальні права, неможливість обмежень законних прав та інтересів людини з боку будь-яких силових або владних структур. Наявність цих передумов створює в людини відчуття захищеності та впевненості в майбутньому, а також надає рівні (в межах законодавства) потенційні можливості для реалізації потреб і здібностей, набуття відповідного соціального статусу незалежно від расових, національних, релігійних, майнових, статевих, вікових ознак. Незалежно від ступеня використання цих можливостей конкретними особистостями сам факт їх наявності в суспільстві позитивно впливає на стан індивідуального та громадського здоров'я.

Освіта. Дослідженнями доведено, що в розвиненому суспільстві рівень здоров'я значною мірою пов'язаний із рівнем освіти. Чим вищий освітній рівень певного соціального середовища, тим кращі зазвичай у ньому узагальнені показники здоров'я. Природно, що піклування про власне й громадське здоров'я неможливе без знання того, чому це необхідно і як це робити. Причому доцільно розуміти поняття освіти в цьому контексті не лише як освіти суто валеологічну, а ширше – як загальну освіту в цілому. Чим ширше знання основних природознавчих, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей створювати в суспільстві системне уявлення про проблему здоров'я взагалі. Крім того, поняття освіти потрібно розуміти комплексно: і як надання інформації, і як навчання методів, прийомів і навичок здорового способу життя, і як виховання в душі безумовного пріоритету цінностей індивідуального й громадського здоров'я в усіх його проявах, сферах, рівнях.

Харчування. Це поняття розглядається не лише утилітарно, як засіб ліквідації почуття голоду або мінімальної підтримки життєдіяльності організму. Воно передбачає забезпечення

якісною питною водою, необхідною кількістю вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, продуктів підвищеної біологічної цінності, фітопродуктів, спеціальних продуктів і харчових добавок тощо, що мають поліпшувати стан здоров'я та протидіяти природному процесу старіння.

Прибуток. Це поняття передбачає наявність фінансових можливостей для забезпечення не лише мінімальних потреб існування, а й для створення в суспільстві послуг і товарів, необхідних для здорового способу життя, забезпечення можливостей їх споживати.

Стабільна екосистема. Мають на увазі не лише стабілізація нормальних екоумов там, де вони не зазнали шкоди від попередньої виробничої діяльності, а й відновлення пошкоджених екоутворень із метою запобігання подальшому порушенню екобалансу планети. Лише активна відновлювальна діяльність може забезпечити досягнення в майбутньому стабільної планетарної екосистеми з оптимальними фізико-хімічними параметрами для існування людства.

Сталі ресурси. Поняття передбачає не лише запобігання вичерпанню енергоресурсів, корисних копалин, виробничої сировини. Мають на увазі зважене господарювання з урахуванням фінансових і матеріальних ресурсів країн, громад, окремих людей, незадіяних ресурсів виробництва, матеріалів та інструментів, інтелектуальних ресурсів, потенціалу громадських і приватних ініціатив. Вихідна теза – чим більше всіляких ресурсів є в активі певного структурного утворення (людини, громади, організації, регіону), тим більші потенційні можливості спрямування цих ресурсів на заходи щодо здоров'я.

Потрібно зауважити, що сам факт наявності (або відсутності) деяких передумов ще не означає наявності гарних результатів щодо здоров'я. Країни з приблизно однаковим рівнем зазначених чинників можуть мати різні показники здоров'я населення і навпаки. Наприклад, здоров'я канадців у середньому краще, ніж здоров'я німців, хоча соціально-економічні передумови подібні. Це результат цілеспрямованої політики ФЗСЖ, застосовуваної в Канаді впродовж тривалого часу.

Очевидно, що й в Україні можливо досягнуто позитивних наслідків, незважаючи на тимчасову нестачу ресурсів, за умови впровадження системи ФЗСЖ, що насамперед потребує розроблення та ухвалення таких політичних і управлінських рішень, як на державному, так і на місцевому рівні, які узгоджуються з потребами здоров'я.

Здоров'я людини залежить від багатьох факторів. Вважається, що приблизно на 50 % здоров'я визначає спосіб життя – умови праці, звички, харчування, моральне й психологічне навантаження, матеріально-побутові умови, взаємовідносини в сім'ї тощо. На 20 % здоров'я залежить від генотипу і на 20 % – від стану природного середовища. І лише на 10 % здоров'я обумовлене системою охорони здоров'я.

Співвідношення соціального й біологічного в життєдіяльності людини – це детермінаційне відношення.

Здоров'я – це не лише процес функціонування, а й зовнішні та внутрішні фактори, від яких воно залежить і в яких існує (рис. 1).

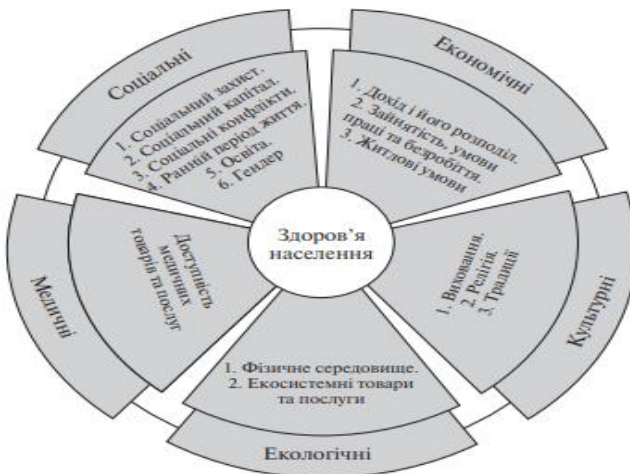


Рисунок 1 – Детермінанти здоров'я (структурний рівень)

Незалежні фактори здоров'я: обумовлювальні, фактори природного середовища, демографічні змінні.

Варто підкреслити, що хімічні, фізичні та біологічні фактори довкілля можуть значно відрізнятися за рівнем і тривалістю впливів, поширеністю, видовою ознакою, поєднанням, формуючи різноманітні реакції біологічних систем на відповідь подразника. Уразі комбінованої, комплексної дії факторів та їх поєднання може виникати й нова якість цих реакцій. Так, небезпека банальних інфекцій різко збільшується, а самі вони набувають нетипового характеру, якщо реалізуються на фоні підвищених хімічних навантажень або, навпаки, шуму. Водночас рівні порогових впливів кожного фактора за сумісної наявності можуть різко знижуватися порівняно з ізольованим ефектом. Це утруднює виявлення причинно-наслідкових зв'язків забруднення довкілля і здоров'я людини. Для полегшення завдання необхідно говорити про ризик і його критерії взагалі, виокремлювати ситуації ризику, фактори ризику порушення здоров'я, регіонів і груп такого ризику.

Ситуаціями ризику можуть бути гострі й хронічні впливи. Гострі впливи залежно від кількості уражених можуть кваліфікуватися як нещасні випадки, події й катастрофи. В усіх цих випадках існує незаперечний факт прояву шкідливої дії фактора ризику для людини. Наприклад, серед антропогенних факторів довкілля найбільш значущим є хімічний. Ситуаціями високого ризику в цьому разі передусім можуть бути жінки, діти, літні особи.

Серед різноманітних факторів довкілля, що впливають на здоров'я населення, також найбільш очевидним є мікробний, який має величезне значення у виникненні інфекційних захворювань. Наявність специфічного збудника в довкіллі, елементами якого є не лише повітря, вода, ґрунт, харчові продукти, а й рослини і тварини, є обов'язковою умовою поширення захворювання.

У процесі життя і виробничої діяльності людина неминуче вносить у середовище, що її оточує, певні зміни, які стосуються як хімічного і біологічного стану середовища, так і умов існування людини. Ці зміни впливають на параметри

клімату, особливо у районах із високою концентрацією населення та виробництва, і призводять до зміни складу атмосфери.

За останнє десятиріччя збільшилася кількість алергічних захворювань, гострих респіраторних вірусних інфекцій, захворювань на грип. Основна причина – забруднення атмосфери.

Сучасне промислове виробництво забруднює довкілля газоподібними, твердими відходами, тепловими викидами, електромагнітними полями, ультрафіолетовими, інфрачервоними, світловими, віброакустичними та іонізуючими випромінюваннями, радіоактивними речовинами та іншими фізичними й хімічними факторами небезпек. Негативний вплив факторів довкілля на організм людини може виявлятися у вигляді запалення, дистрофічних змін, алергічного стану, порушення в розвитку плода і пошкодження спадкового апарату клітини; 70–80 % усіх випадків захворювання на рак спричинені дією хімічних канцерогенів. Нині близько 4 % новонароджених відрізняються генетичними дефектами, що призводять у подальшому до виражених спадкових захворювань.

Антропогенні фактори – тіла, речовини, процеси та явища, що виникають унаслідок господарської та іншої діяльності людини і діють на природу разом із природними факторами. Усю різноманітність антропогенних факторів поділяють на такі основні підгрупи:

– фактори-тіла – це, наприклад, штучний рельєф (кургани, терикони), водойми (водосховища, канали, ставки), споруди, будівлі тощо. Фактори цієї підгрупи характеризуються чіткою просторовою визначеністю і тривалою дією. Вироблені колись, вони часто існують віками і навіть тисячоліттями. Багато з яких поширені на значні площі;

– фактори-речовини – це звичайні та радіоактивні хімічні речовини, штучні хімічні сполуки та елементи, аерозолі, стічні води тощо. Вони на відміну від першої підгрупи не мають конкретної просторової визначеності, постійної концентрації та перемішуються змінюючи ступінь впливу на елементи природи. Частина з них із часом руйнується, інші можуть бути наявними в

середовищі десятки, сотні й навіть тисячі років (наприклад, деякі радіоактивні речовини), що зумовлює можливість їх акумуляції в природі;

– фактори-процеси – це підгрупа АФ, до якої належать вплив на природу домашніх тварин та рослин, знищення шкідливих і розведення корисних організмів, випадкове або цілеспрямоване переміщення організмів у просторі, видобування корисних копалин, ерозія ґрунтів тощо. Ці фактори часто займають обмежені ділянки природи, але іноді можуть охоплювати й великі простори. Крім прямого впливу на природу, часто спричиняють і низку опосередкованих змін. Усі процеси мають високу динаміку і часто односпрямовані;

– фактори-явища – це, наприклад, тепло, світло, радіохвилі, електричне й електромагнітне поля, вібрація, тиск, звукові ефекти та ін. На відміну від інших підгруп АФ, явища здебільшого мають точні параметри. Зазвичай у міру віддалення від джерела їх вплив на природу зменшується.

На основі викладеного антропогенними факторами можна називати лише ті вироблені людиною тіла, речовини, процеси та явища, які не існували в природі до появи людини. У тому разі, якщо певні АФ не існували до появи людини лише в якомусь (певному) регіоні, їх називають регіональними антропогенними факторами; якщо їх не було лише в якомусь сезоні, то їх називають сезонними антропогенними факторами.

Зміни атмосферного тиску також позначаються на стані здоров'я насамперед осіб, хворих на артрити й артрози (захворювання, що супроводжуються болями в суглобах та зміною їх форми). Один із проявів впливу атмосферного тиску – гірська хвороба. На висоті, починаючи приблизно з 3 000 м, через зниження парціального тиску газів гемоглобін недостатньо насичується киснем, і розвивається гіпоксія (кисневе голодування). Водночас з'являються задишка, кволість, пришвидшується серцебиття, іноді людина непритомніє. На великих висотах (понад 5 000 м) може розвинутиися набряк легенів, а внаслідок гіпоксії мозку – кома. Гірською хворобою

частіше уражаються люди нетреновані, особливо ті, хто зловживає спиртними напоями.

Великі й швидкі перепади атмосферного тиску можуть спричинити кесонну хворобу, пов'язану також із раптовими змінами парціального тиску газів у крові й «кипінням» у судинах азоту. Пухирці азоту, що в цьому разі виділяються, можуть закупорити капіляри й призвести до непритомності та навіть смерті. Кесонна хвороба найчастіше розвивається в аквалангістів і водолазів, якщо вони порушують правила підйому на поверхню.

Шум – це хаотична сукупність різних за силою і частотою звуків, що заважають сприйняттю корисних сигналів. Під шумом розуміють усі неприємні та небажані звуки (їх сукупність), які заважають нормально працювати, сприймати потрібні звуки, відпочивати. Шум несприятливо впливає на людину і може спричинити хворобливі наслідки: з'являються симптоми перевтоми, послаблюється увага, підвищується нервова збудливість, знижується працездатність, порушується робота шлунково-кишкового тракту.

Сьогодні добре відомо, що шуми шкідливо впливають на здоров'я людей, знижують їх працездатність, спричиняють захворювання органів слуху (глухоту), ендокринної, нервової, серцево-судинної систем (гіпертонія). В осіб, які мають «шумні» професії, шлункові захворювання (гастрити тощо) трапляються в чотири рази частіше, ніж в інших. Від тривалого сильного шуму на 60 % знижується продуктивність розумової праці. Шум має акумулятивний ефект, тобто акустичні подразнення, накопичуючись в організмі людини, все сильніше пригнічують нервову систему. Тому перед втратою слуху від впливу шумів виникає функціональний розлад центральної нервової системи. Особливо шкідливий вплив шуму позначається на нервово-психічній діяльності людини. Процес нервово-психічних захворювань вищий серед осіб, які працюють в умовах шуму, ніж у людей, які працюють у нормальних звукових умовах. Учені довели, що гучні звуки, шуми, стрілянина з гармат, гуркіт танків чи літаків-винищувачів, а також музика на концертах виявляють вплив не лише на слуховий аналізатор, а й на шкіру, серце, органи

дихання Вони збуджують людину, спричиняють виділення в крові великої кількості адреналіну, який сприяє виникненню почуття страху, небезпеки, провокує до агресивності, бійок, погромів.

Найбільш ефективний засіб боротьби з шумом – зниження його в джерелі створення: заміна шумних технологічних процесів або обладнання малошумними, звуковбирання та звукоізоляція, екранування, використання глушників шуму, застосування малошумного обладнання, заміна металевих частин на пластмасу, установлення глушників, оснащення шумних машин засобами дистанційного та автоматичного керування. До індивідуальних засобів захисту від шуму відносять: протишумні навушники, вкладиші, шоломи, костюми, звукоізолювальні кабінки, акустичні екрани.

Вібрації – це механічні коливання твердих тіл, що виникають у разі зсуву центра мас тіла, яке рухається або обертається, а також при періодичній зміні форми тіла. Під час вібрацій спостерігається тремтіння або струси всього тіла чи окремих його частин.

Джерелами вібрацій є: пневмоелектроподрібнення порід чи шляхового покриття, бетоноукладники, роботи в шахтах із відбійним молотком, розпилювання матеріалів тощо. З фізичної точки зору між шумом і вібрацією принципової відмінності немає, але сприймання їх людиною відрізняється: вібрація сприймається вестибулярним апаратом і на дотик, а шум – органом слуху.

За характером впливу на організм вібрація передається на все тіло людини. Тривалі вібрації завдають великої шкоди здоров'ю – від сильної втоми й не дуже значних змін багатьох функцій організму до струсу мозку, розриву тканин, порушення серцевої діяльності, нервової системи, деформації м'язів і кісток, порушення чутливості шкіри, кровообігу та ін.

Результат дії вібрації залежить від її амплітуди та частоти. Вібрації з частотою 6 Гц є резонансними для всього організму. Місцева вібрація (до 6 Гц) спричиняє погіршення кровопостачання окремих органів, у разі загальної вібрації

порушується діяльність серця та центральної нервової системи. Тривалі вібрації шкідливо впливають на здоров'я – від сильної втоми до дуже значних змін багатьох функцій організму: струсу мозку, розриву тканин, порушення серцевої діяльності, шлункової системи, деформації м'язів і кісток, порушення чутливості шкіри, кровообігу тощо.

Нині людство широко використовує штучні джерела ЕМП у різних галузях науки і техніки (термооброблення, радіолокація, радіозв'язок, мобільний зв'язок, радіонавігація, медицина і т. ін.).

Основним джерелом ЕМП є трансформатори, антенні пристрої радіотелевізійних станцій та інше електричне устаткування, що працює в широкому діапазоні частот. Проблема електромагнітного забруднення довкілля постала лише тоді, коли було виявлено небезпечний вплив ЕМП на здоров'я людини. Людина має п'ять органів чуття, за допомогою яких сприймає навколишній світ та орієнтується в просторі. Однак ЕМП вона не відчуває, тому виникла хибна думка, що його взагалі не існує.

У багатьох сферах діяльності та умовах побуту людина наражається на шкідливу дію ЕМП і не підозрює, що ця дія є причиною захворювання або навіть смерті. Установлено, що ЕМП (особливо високовольтні ЛЕП) за тривалої дії здатні спричинити рак, лейкемію, пухлини мозку, розсіяний склероз та інші тяжкі захворювання. Установлено, що ЕМП змінюють гени та генофонд усього живого. Механізм біологічної дії на організм людини полягає як у тепловому, так і нетепловому специфічному ефекті, тепла дія ЕМП виявляються в підвищенні температури тіла, а також локальному, вибірково нагріванні тканин, органів, клітин унаслідок переходу електромагнітної енергії в теплову. На людину впливають змінні ЕМП, статичні струми та ЕМП, що їх супроводять. Багато полімерних матеріалів накопичують електричні заряди, джерелом статичного струму може бути одяг людини, що легко електризується за рахунок тертя.

Електризація тіла людини позначається на нервовій системі. Людина стає роздратованою, надмірно втомлюється,

відчуває головні болі або алергічні реакції. Інтенсивність опромінення ЕМП у мешканців міста значно вища, ніж у мешканців села. У містах утворюються зони, напруженість ЕМП у яких у десятки та сотні разів перевищує електромагнітний фон природних зелених зон і сільських поселень.

Подальша урбанізація призведе до ще більшого забруднення середовища ЕМП, а отже, до збільшення загрози здоров'я людини внаслідок інтенсивного електромагнітного опромінення.

Поведінкові фактори здоров'я: копінг, зловживання речовинами, додержання правил збереження здоров'я.

Передавальні фактори являють собою специфічну поведінку, яка виникає у відповідь на різноманітні стреси. До передавальних факторів належать: а) оволодіння, подолання (копінг) проблем різного рівня (переживання і регуляція проблем та стресів, саморегуляція тощо); б) уживання і зловживання речовинами (харчовими продуктами, ліками, алкоголем, ніотином тощо), які розглядають як одну зі стратегій подолання та регуляції зовнішніх стресорів чи внутрішніх проблем, але з негативними результатами для здоров'я; в) види поведінки, що сприяють здоров'ю (фізична активність, вибір екологічного середовища і самозбережна поведінка в цілому); г) додержання правил із підтримки здоров'я та прихильність до них – це добровільні зусилля, спрямовані на планування й здійснення лікування, на збереження здоров'я в умовах виконання певних дій. До них належать регулярне виконання різноманітних лікувальних і профілактичних процедур: профілактичні самоогляди, регулярна турбота про ротову порожнину, використання ременів безпеки, зниження ваги та збільшення фізичного навантаження, виконання лікувальних процедур. Чим сильнішими й небезпечнішими сприймаються захворювання, тим більше правил додержуються люди.

До цієї групи також входять такі фактори, як: а) спонукальні – поведінкові патерни, що включають два типи факторів поведінки – А і В. Фактор поведінки типу А є найбільш дослідженим поведінковим фактором, що впливає на виникнення

серцево-судинних захворювань, особливо ішемічну хворобу серця – ІХС. У сучасній літературі цей тип визначається як діяльнісно-емоційний комплекс, що включає як поведінкові позиції (амбіційність, агресивність, компетентність, роздратованість), так і специфічну поведінку (м'язове напруження, швидкий та емоційний стиль мови, пришвидшений темп діяльності), а також переважні емоційні відповіді (роздратування, ворожість, гнів). Поведінка типу В протилежна за своїми характеристиками до поведінки типу А; патерни, що підтримують диспозицію, такі як витривалість, оптимізм (поведінкова особливість, що характеризується позитивними стійкими зусиллями, спрямованими на покращання ситуації), і протилежна властивість – песимізм, а також сила – Я (механізм, що пов'язує психосоціальний вплив та здоров'я. Сила – Я може впливати на фізіологічну систему, яка опосередковує здорове функціонування). Вищеперелічені патерни становлять особистісні конструкти, пов'язані з індивідуальними можливостями реагування на труднощі оптимістичним чи песимістичним чином – емоційні патерни. В основному вивчають труднощі в емоційному вираженні, що мають два аспекти: алекситимію та репресивний особистісний стиль. Алекситимію розглядають як нездатність використовувати мову для описання емоційного досвіду. Репресивний особистісний стиль (поведінковий тип С) характеризується униканням потенційних травмуючих ситуацій, які б могли призвести до свідомого конфлікту чи негативного досвіду, що може спричинити труднощі. Поведінка типу С являє собою неспроможність виражати емоції, особливо негативні, відкрито;

б) когнітивні фактори, до яких належать уявлення про здоров'я і хвороби, про норму в психіці й соматичі; різноманітні моделі віри в лікування, в профілактику, контроль за обставинами життя, установки, цінності, атрибуції, психотерапевтичні міфи; сприйняття ризику і вразливості, самооцінка здоров'я. Базовими поняттями в групі когнітивних факторів є здоров'я, здоровий спосіб життя, якість життя, здорова поведінка. Уявлення про хворобу і здоров'я залежить від: 1) загальноприйнятого підходу

та уявлень медицини про хворобу в цьому історичному контексті;
2) формального зразка, що також містить приклади цих хвороб.

Сприйняття ризику та вразливості залежить від досвіду людини. Люди зазвичай недооцінюють свій власний ризик, пов'язаний із захворюваннями чи іншими негативними життєвими подіями. Індивіди, які не мають досвіду подолання негативних життєвих подій чи хвороб, вважають себе невразливими. Контроль за своїм життям чи, навпаки, відсутність почуття контролю значною мірою впливає на емоційне, когнітивне, фізичне благополуччя індивіда. За допомогою механізмів копінгу здійснюється контроль над здоров'ям, що забезпечує зниження стресу, а також засобом прямого фізіологічного впливу можна впливати на імунну й ендокринну системи. Копінг, копінгові стратегії (англ. coping, coping strategy) – це те, що робить людина, щоб подолати стрес (англ. to cope with). Поняття об'єднує когнітивні, емоційні й поведінкові стратегії, які використовуються, щоб подолати запити щоденного життя. Уперше термін з'явився в психологічній літературі у 1962 році. Л. Мерфі застосував його, щоб вивчати, яким чином діти долають кризи розвитку. Через чотири роки, у 1966 році, Р. Лазарус у своїй книзі «Психологічний стрес і процес його подолання» звернувся до копінгу для описання усвідомлених стратегій подолання стресу та інших подій, що спричиняють тривогу.

Найбільше вивчено вплив професійного оточення, а також шлюбних партнерів та інших членів сім'ї, які можуть підтримувати як здорову, так і нездорову поведінку людини. Соціальна підтримка (СП) описується як процес, засобом якого соціальний контекст впливає на індивіда.

Демографічні змінні, серед яких завжди переважають біологічні концепції. Фактор статі передбачає вивчення здоров'я чоловіків і жінок, яке залежить від гендерних ролей чоловіків та жінок і гендерно-специфічних стресів. Фактор віку на сьогодні розглядається з іншої точки зору. Якщо раніше враховували біологічні вікові зміни, то на сьогодні роблять акцент на факторі сприйняття віку, тобто на сприйнятті старіння. Із віком

збільшується зв'язок між індивідуальним здоров'ям і впливом змінних соціального середовища. Етнічні групи й соціальні класи також розглядалися раніше з біологічної позиції, а нині – із соціальної. Зазвичай наслідком низького соціально-культурного і матеріального статусу стає менш стабільне й визнане оточення, що також змінює сприйняття себе та своєї групи і зменшує здатність до психологічної адаптації. Таким чином, сприяючі фактори різним чином впливають на особистість та ймовірність здоров'я чи хвороби. Так, особистість може стати хворою внаслідок своєї мотиваційно-нездорової поведінки; особистісні фактори можуть прямо формувати хворобу через особливості фізіологічних механізмів; біологічні фактори хвороби можуть бути пов'язані з особистістю; різноманітні фонові впливи (середовище) можуть бути задіяні між хворобою та особистістю. На сьогодні ще залишається невідомим, вплив яких факторів є переважним.

Мотивувальні фактори здоров'я: стресори, існування у хворобливому стані. Детермінанти здоров'я.

Мотиватори, до яких входять такі фактори, як: а) стресори (загальний стрес), які приводять у дію багато інших факторів й активізують механізми копіngu; б) існування у хворобі (особистість у стані хвороби) – процеси адаптації до гострих епізодів хвороби. До цих процесів належать атрибуційний пошук, потенціальна дисфорія, стурбованість своїм станом. Сюди входять поведінка з оцінювання хвороби (зокрема, інформаційний пошук), соціальні порівняння, заперечення хвороби. Як уже було вищезазначено, існують три важливі компоненти у складній структурі стану здоров'я особистості: фізичне, психічне й соціальне здоров'я. Основними факторами, що впливають на фізичне здоров'я, є такі:

1. Рівень фізичного розвитку – це біологічний процес становлення і зміни природних морфологічних (від грецького *morphe* – форма) та функціональних (від латинського *functio* – виконання, здійснення, реалізація) властивостей організму людини впродовж її життя (ріст, маса тіла, об'єм грудної клітки, життєвий уміст легень, максимальне використання кисню, сила,

швидкість, витривалість, гнучкість, спритність та інше). Фізичним розвитком можна керувати. Основою керування фізичним розвитком є біологічний закон керування та закон єдності форм і функцій організму. Але в той самий час необхідно знати:

- фізичний розвиток обумовлюється законами спадковості, які повинні враховуватись як сприятливі фактори чи, навпаки, такі, що заважають фізичному розвитку людини;

- процес фізичного розвитку підлягає також закону вікової періодизації. Втручатися в цей процес із метою керування можна лише на основі урахування особливостей і можливостей людського організму в різні вікові періоди: становлення й росту, найвищого розвитку форм та функцій організму, старіння;

- процес фізичного розвитку підлягає закону єдності організму і середовища та відповідно істотно залежить від умов життя людини. Вплив на фізичний розвиток має також географічне середовище.

2. Рівень фізичної підготовки – зовнішні прояви рівня фізичної активності: рівня розвитку фізичних якостей (сила, швидкість, витривалість, гнучкість, спритність) і міри оволодіння руховими вміннями й навиками, необхідними для успішного здійснення певного виду діяльності людини (професійна праця, військова служба, спорт тощо).

3. Рівень функціональної підготовки організму до виконання фізичних навантажень. Зовнішні прояви фізичної підготовки людини забезпечуються діяльністю (функціонуванням) кістково-м'язової, дихальної, серцево-судинної, нервової та інших систем організму. Водночас організм у цілому виконує певну роботу, витрачаючи ту чи іншу енергію, та зазнає відповідного фізичного навантаження. Стан систем організму, їх реакція на виконване фізичне навантаження визначають функціональну підготовку (приспосованість) організму до фізичного навантаження.

4. Рівень і здатність до мобілізації адаптивних резервів організму, що забезпечують його пристосування до впливів різноманітних факторів довкілля. Необхідно розрізняти

структурні (морфологічні) та функціональні резерви. Структурні резерви – особливості будови окремих елементів організму (клітин, тканин, органів і систем органів), що виявляються в розвитку й міцності м'язової та кісткової тканин, особливостях будови міофібрил і м'язових волокон, міцності й рухливості суглобного апарату, характері васкуляризації скелетних і серцевих м'язів, розвитку міжнейронних зв'язків та ін., які також істотно впливають на функціональні можливості організму. Функціональні резерви являють собою можливості зміни функціональної активності структурних елементів організму, можливості їх взаємодії з метою досягнення результату діяльності людиною для адаптації до фізичних, психоемоційних навантажень і впливу на організм різних факторів зовнішнього середовища. Функціональні резерви організму включають три відносно самостійні види резервів: біохімічні, фізіологічні та психічні, що інтегруються в систему резервів адаптації організму. Біохімічні резерви – це можливості збільшення швидкості проходження та об'єму біохімічних процесів, пов'язаних з економічністю й інтенсивністю енергетичного і пластичного об'єму та їх регуляцією. Біологічні резерви забезпечують не лише енергетичний і пластичний обмін, а й гомеостаз організму та пов'язані в основному з клітинним і тканинним рівнями. Фізіологічні резерви являють собою можливості органів та систем органів змінювати свою функціональну активність і взаємодію між собою з метою досягнення оптимального функціонування організму в конкретних умовах. Матеріальними носіями фізіологічних резервів є органи і система органів, а також механізми, що забезпечують підтримання гомеостазу, перероблення інформації та координацію вегетативних функцій і рухових актів. Психічні резерви можуть бути представлені як можливості психіки, пов'язані з проявами таких якостей, як пам'ять, увага, мислення тощо, з волею і мотивацією діяльності людини й визначають тактику її поведінки, особливості психологічної та соціальної адаптації.

Тема 2. Актуальність проблеми здоров'я людини

Проблема здоров'я людини в історичному аспекті. Внесок світової спільноти в розбудову програм стратегій, присвячених різним нагальним проблемам формування здорового способу життя. Діяльність в Україні з формування здорового способу життя.

Останніми десятиліттями світова наука зарахувала проблему здоров'я в широкому розумінні до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не лише кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а й навіть сам факт його подальшого існування як біологічного виду.

Сьогодні проблему загрози здоров'ю розглядає світова спільнота як сьому додаткову до шести раніше визначених загроз планетарного масштабу (загроза світової війни, екологічні катаклізми, контрасти в економічних рівнях країн планети, демографічна загроза, нестача ресурсів планети, наслідки науково-технічної революції науко- і техногенного походження). У зв'язку з цим науковці вживають таке визначення, як антропологічна катастрофа. Сутність цього явища пов'язана з тим біологічним законом, що кожний біологічний вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він був пристосований тисячоліттями в процесі еволюції. Склалося так, що до початку ХХ століття умови існування людства формувало переважно природне середовище. Саме до цих умов організм людини і пристосовувався біологічно, впродовж попереднього еволюційного періоду. Але з того часу, як людина охопила своєю діяльністю всю планету (ХХ століття), вона почала істотно змінювати природу, тобто ті умови існування, до яких була пристосована у своєму історико-біологічному розвитку. Про масштабність змін природних умов в останній чверті століття свідчать об'єктивні дослідження. Загальновідомі дані про підвищення концентрації вуглекислого газу в атмосфері, загрозливі розміри озонівих дір, надзвичайно підвищене радіовипромінювання, руйнацію ґрунтів, забруднення води і повітря. Через зміни природного навколишнього середовища повністю зникають деякі види флори і фауни. Причому

здебільшого людська діяльність сприяла розвитку антропологічної катастрофи, тому що кардинально змінювала умови життя, до яких людство адаптувалося віками.

Глобальна вагомість і актуальність проблеми викликала стурбованість передових представників світової науки, особливо у сферах, що стосуються охорони здоров'я. З 1977 р. ВООЗ ініціювала міжнародну кампанію під назвою «Здоров'я для всіх», у межах якої розпочато збирання і систематизацію інформації про існуючі загрози здоров'ю. За підсумками роботи було скликано Міжнародну конференцію з першочергових заходів щодо охорони здоров'я (Алма-Ата, 1978 р.), яка проголосила відповідну Декларацію. З певних причин основні принципи Алма-Атинської декларації (справедливість, рівність, поінформованість, подолання національних кордонів тощо) не набули великого поширення в радянському суспільстві. Проте діяльність у країнах-лідерах тривала й 1980 р. ВООЗ проголосила глобальну стратегію «Здоров'я для всіх до 2000 р.», що містила 10 положень, 6 принципів і 38 завдань, спрямованих на попередження загрози здоров'ю. Цілі та принципи цієї стратегії визначили ті ідеологічні напрями, за якими повинна визначатися діяльність ВООЗ у подальші роки.

Дослідження, розбудовані в межах цієї стратегії, виявили наявність дійового засобу попередження загрози здоров'ю людства і досягнення цілей, висунутих політикою здоров'я для всіх. Таким засобом визнано систему заходів, що в загальносвітовий науковий лексикон увійшла під назвою health promotion. Дослівний переклад цього словосполучення припускає кілька тлумачень (просування, заохочення до здоров'я, сприяння здоров'ю, стимулювання, підтримання здоров'я тощо), що не повно відповідають змісту тієї системи заходів, про яку йдеться. Тому професійні перекладачі вживають досить різноманітних варіантів як лексичний аналог, наприклад, «пропаганда здоров'я», «пропагування здоров'я», «пропаганда здорового способу життя» тощо. Враховуючи дещо суперечливе ставлення вітчизняного суспільства до терміна «пропаганда», фахівці, які співпрацюють в українсько-канадському проєкті

«Молодь – за здоров'я», основу якого становить система health promotion, останнім часом домовилися вживати вислів «формування здорового способу життя» (ФЗСЖ).

Етапною подією для світової спільноти стала I Міжнародна конференція з ФЗСЖ 1986 р. (Оттава, Канада), яка прийняла загальновідому у світі Оттавську хартію. Основні тези, положення і принципи цієї Хартії стали програмними імперативами, якими керується світова спільнота в сучасній діяльності з вирішення проблем здоров'я. З часу Оттавської конференції робота з ФЗСЖ надзвичайно активізувалася у світі.

З 1986 до 1997 р. під егідою ВООЗ відбулися чотири представницькі міжнародні форуми (Австралія, 1988 р., Швейцарія, 1989 р., Швеція, 1991 р., Індонезія, 1997 р.), кожний із яких був присвячений різним із нагальних проблем ФЗСЖ. П'ята всесвітня конференція з питань ФЗСЖ (Мексика, 2000 р.) приділила особливу увагу питанням інвестицій у здоров'я. Цей аспект ФЗСЖ вважається настільки важливим, що 1995 р. понад 350 представників різних країн започаткували так звану Веронську ініціативу, наслідком якої стала спеціальна програма Європейського офісу ВООЗ. Програма, що одержала назву «Інвестиції в здоров'я», визначила як перший із висновків зі своєї п'ятирічної дії, що здоров'я повинно бути основним політичним пріоритетом для урядів усіх країн Європи. Діяльність цієї програми набула широкого політичного резонансу у світі завдяки конференціям-зустрічам зацікавлених сторін (1998, 1999, 2000 рр.).

Рекомендації, декларації, заяви, інші документи, схвалені зазначеними форумами, сформуvalи на цей час певне ставлення до проблематики здоров'я в усіх впливових міжнародних інституціях. Так, із 19 наріжних положень I частини Європейської соціальної хартії, прийнятої країнами – членами Ради Європи, 6 – безпосередньо і 8 – опосередковано стосуються проблематики здоров'я. Після Сундсвальської заяви (Швеція, 1991 р.) Міжнародний валютний фонд і Світовий банк під час розроблення політики кредитів серед соціально-економічних чинників ураховують і такий, як стан здоров'я населення країни

взагалі та активність у напрямі ФЗСЖ зокрема. Можна вважати, що на цей час наміри і дії світової співдружності щодо ФЗСЖ, вперше проголошені Оттавською хартією і розвинені низкою наступних документів, зокрема Аделаїдськими рекомендаціями (Австралія, 1988 р.), визначили місце політики здорового способу життя в процесі розроблення загальних політичних рішень, і з того часу уряди розвинених країн намагаються якнайширше узгоджувати свою політику з ідеологією здоров'я.

Останніми роками й в Україні активізується діяльність із ФЗСЖ. Так, відповідно до Меморандуму про взаєморозуміння між Урядом України та Урядом Канади стосовно Канадської програми співробітництва в Україні з 1998 р. реалізується проєкт «Молодь за здоров'я. Україна – Канада», фінансування якого взяла на себе Канадська агенція міжнародного розвитку, а управління і координацію – Канадське товариство міжнародної охорони здоров'я. Партнерами з української сторони є Київська міська державна адміністрація, Міністерство освіти і науки України, Міністерство охорони здоров'я України, Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму України, Український інститут соціальних досліджень, деякі інші державні й громадські організації. Перші результати проєкту повинні бути оприлюднені Міжнародною науковою конференцією «Молодь за здоров'я», що відбулася в Києві в листопаді 2000 року.

Формування здорового способу життя впродовж своєї майже 25-річної історії пройшло шлях від первинного накопичення фактів і свідчень до розроблення цілісної теорії. Нині ФЗСЖ є самостійною науковою дисципліною, якій властиві усі відповідні компоненти – власні теорія, методологія, методика, ідеологія, принципи тощо. Вступ до цієї дисципліни потребує певних знань щодо сучасного розуміння феномена здоров'я людини взагалі. Нижче наведені деякі основні поняття, що стануть у пригоді для розуміння теорії й практики ФЗСЖ.

Проблема здоров'я сучасного українського населення

На сьогодні загальноновизнаним є факт, що здоров'я та благополуччя населення є ключовими факторами економічного й

соціального розвитку будь-якої країни. Перспективи розвитку і самого існування держави значною мірою залежать від того, як відбувається процес відтворення основи продуктивних сил – людських ресурсів. Молодь є запорукою, резервом і рушієм розвитку країн, їх сьогодення та майбутнього. Сучасний стан здоров'я української молоді та загальна демографічна ситуація в суспільстві свідчать, що існує реальна потреба в розвитку культури здорового способу життя різних груп населення нашої країни, насамперед підростаючого покоління.

Конституцією України визначено, що людина, її життя і здоров'я є найвищими соціальними цінностями держави. Формування здорового способу життя, виховання здорових, всебічно розвинених, патріотично налаштованих молодих громадян повинні стати державним пріоритетом, стрижнем, що об'єднує народ України в його намаганнях до національного відродження, повноцінного входження до світової спільноти.

Сьогодні, коли Україна формується як розвинена, демократична, правова країна світу, послідовно наближає критерії та орієнтири національного розвитку до стандартів, прийнятих у країнах Європейського Союзу, не можна недооцінювати стану здоров'я, соціального самопочуття населення в цілому і молоді зокрема. Якісний стан здоров'я молоді є показником цивілізованості держави.

Здоров'я молодого населення є найвищою цінністю суспільного та соціально-економічного розвитку будь-якої країни. У 2012 р. представники 53 країн Європейського регіону на сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) затвердили основи нової регіональної політики охорони – «Здоров'я 2020». Основна мета такої політики – покращити здоров'я для всіх та скоротити нерівність щодо здоров'я шляхом удосконалення лідерства і стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

На сьогодні в Україні впроваджуються певні кроки щодо збереження та зміцнення здоров'я її громадян, зокрема, такі як валеологічна освіта, соціальна профілактика та державна підтримка соціально вразливих верств населення. Одним з

основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» є створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж усього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя й благополуччя, підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я.

Пріоритетом Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» є формування міжсекторального підходу щодо проведення профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я.

Одними з важливих напрямів соціального виховання молодого покоління країни є формування здорового способу життя та профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі. Така робота повинна бути науково обґрунтованою і спрямованою на усвідомлення молоддю цінності власного й громадського здоров'я як ресурсу життя окремої людини, так і країни в цілому, а також створення умов щодо запобігання небезпечній поведінці, вироблення вмій та навичок здорового способу життя тощо, впровадження ефективних методик роботи в молодіжному середовищі та відповідної підготовки спеціалістів, які працюють із молоддю.

Внесок світової спільноти в розбудову програм стратегій, присвячених різним нагальним проблемам формування здорового способу життя. Принципи найуспішніших практик ФЗСЖ.

Сучасна методологія ФЗСЖ оперує уявленнями про феномен найуспішніших практик. Міжнародний симпозіум із питань ефективності ФЗСЖ (Канада, 1996 р.) визначив статус Центру пропаганди здорового способу життя Торонтського університету як співробітництво Центру ВООЗ з ФЗСЖ. Саме тоді в Центрі спеціально було створено робочу групу з дослідження найуспішніших практик ФЗСЖ, що за результатами аналізу наявного світового досвіду напрацювала вагомий методологічний матеріал.

Визначення: «Найуспішніша практика у ФЗСЖ – це послідовність або кілька послідовностей окремих дій та поведінки, які з найбільшою ймовірністю повинні привести до досягнення мети ФЗСЖ у даній ситуації і сумісні з цінностями ФЗСЖ». Отже, найуспішніша практика є певним алгоритмом (послідовність дій), хоча необхідність пристосування до ситуації зумовлює певну варіативність цього алгоритму, тому що ситуації (точніше, їх умови та обставини) постійно змінюються. Звідси розуміння найуспішнішої практики не будь-якої однієї, а як декількох успішних практик, що можуть існувати. Тобто алгоритм найуспішнішої практики ФЗСЖ може варіюватися залежно від ситуації. Таке розуміння поняття найуспішніших практик має як свою користь, так і ризик.

Користь опрацювання та впровадження будь-якої ініціативи ФЗСЖ в межах чітко визначеного алгоритму найуспішніших практик полягає в досягненні мети ФЗСЖ, підвищенні точності обрахунків і рівня обізнаності й уміння критично мислити, активізації навчання.

Ризик – зниження рівня творчості, виникнення причини для обмеження фінансування, зниження терпимості до довготривалості процесів ФЗСЖ й ролі клієнта.

Розуміння поняття найуспішніших практик як явища не безмежно вільного, а обмеженого певним алгоритмом – результат досліджень, за якими встановлено, що всі найуспішніші практики формувалися за однаковими, чітко визначеними принципами.

У результаті досліджень визначено сім основних принципів найуспішніших практик ФЗСЖ.

1. *Цінності ФЗСЖ.* Найуспішніші практики ФЗСЖ ґрунтуються на стрижневих цінностях, зокрема, рівності та наділенні здатністю, що (цінності) керують усіма аспектами практики ФЗСЖ. Ці цінності акцентують на соціальній справедливості, етичних аспектах ФЗСЖ. Інші цінності ФЗСЖ стосуються екологічної складової, поваги до довкілля в широкому розумінні. Цінності ФЗСЖ повинні керувати ідентифікацією мети, завдань, процесів ФЗСЖ і бути ними віддзеркалені.

2. *Процеси ФЗСЖ.* Найуспішніші практики ФЗСЖ застосовують процеси, які сумісні з цінностями ФЗСЖ і дають можливість досягти його (ФЗСЖ) мети та результатів. Це, зокрема, вимагає від ФЗСЖ уваги до етичного аспекту змісту процесів упровадження ініціатив та ймовірних результатів. Застосовувані методи та засоби повинні бути сумісними з цілями і цінностями ФЗСЖ. Потрібно ідентифікувати й враховувати чинники можливості (й неможливості) виконання завдань ФЗСЖ. Як пріоритетні результати ФЗСЖ розглядає ті, що позитивно впливають на якість життя взагалі, а не обмежуються локальними чинниками медичного характеру. Для опрацювання мети й завдань ФЗСЖ повинне застосовувати певні стандарти, тобто мета і завдання повинні бути специфічними, такими що *вимірюються, досяжними, релевантними* (доцільними, такими, що стосуються діла), *своєчасними*.

3. *Наявне та нове знання.* Найуспішніші практики ФЗСЖ спираються на знання щодо відповідності й ефективності ФЗСЖ і підвищують його. ФЗСЖ повинне збирати, перевіряти, синтезувати факти, що стосуються його ефективності, для опрацювання, впровадження та оцінювання власних ініціатив. Оцінювання процесів, результатів і впливів ініціатив ФЗСЖ потребує ідентифікації, опрацювання й запровадження оцінних процедур та інструментів (якісних і кількісних, експериментальних та природних). ФЗСЖ передбачає умови безперервного навчання, постійного обмірковування та критики своїх мети, завдань, цінностей стратегій і впливів, щоб поліпшити результати її (практики) здійснення, бо це єдиний шлях досягти найкращих результатів. ФЗСЖ повинне поліпшувати доступ до поточної інформації і фундаментальних знань про нього самого і проблеми здоров'я взагалі, саме постійно поповнюватися цими знаннями та інформацією. ФЗСЖ повинне ідентифікувати різноманітність найуспішніших практик, визначати їх діапазон, контекст, ситуаційні характеристики.

4. *Наявні ресурси.* Найуспішніші практики ефективно використовують наявні ресурси для досягнення мети ФЗСЖ, вивчають ресурсний потенціал. Водночас увага ФЗСЖ

фокусується на таких видах ресурсів, як людські (навички, компетенція, спроможність, знання, досвід, мотивації, енергія, зацікавленість), фахові (знання в галузі ФЗСЖ індивідів та організацій, практиків і дослідників, фахівців офіційних структур й аматорів, власників засобів традиційно визнаних і нетрадиційних впливів), громадські (спроможність, досвід, знання, підтримка громади, колективні дії, наявна сила і влада громади, додаткова сила та влада, яких громада набуває внаслідок наділення її членів здатністю через стрижневий механізм ФЗСЖ), фінансові (приватні, громадські, державні), часові.

5. *Теоретичне розуміння здоров'я і його детермінант.* Найуспішніші практики ФЗСЖ самі відбивають теоретичне розуміння феномена здоров'я в усій його цілісності та складності, а також сприяють цьому розумінню навколо себе. ФЗСЖ повинне чітко визначити теоретичні основи своєї практики, а практика також повинна бути сумісною з теоретичним розумінням усіх аспектів феномена здоров'я, зокрема, таких як позитивний (чи негативний) безпосередній вплив детермінант і окремих чинників на здоров'я та опосередкований вплив ширших чинників соціальної й економічної природи; цілісна природа здоров'я в усій його сферах; співвідношення між рівнями здоров'я – індивідуальним, групи людей, організацій, спільнот, країн, людства у цілому; стратегії втручання, що сприяють поліпшенню здоров'я.

6. *Чутливість до сили та влади.* Найуспішніші практики ФЗСЖ усвідомлюють і беруть до уваги проблеми сили та влади, сприяють якнайширшому розподіленню сили і влади. ФЗСЖ надає пріоритет практикам, процесам та структурам, що наділяють індивідів і громади більшою силою та владою, постійно вдається до критичного аналізу динаміки розподілу сили і влади між зацікавленими особами та партнерами. ФЗСЖ опрацьовує і запроваджує директиви, що дозволяють послабити вплив розбіжностей у силових і владних повноваженнях. ФЗСЖ сприяє розвитку (перерозподілу) взаємовідносин і повноважень між особами та групами, що мають більшу силу і владу, та менш

сильними і владними особами й групами (наприклад професіоналами і клієнтами). Найуспішніші практики ФЗСЖ залучають до перманентної участі та діалогу найбільш широке коло всіх осіб і структур, до яких ініціативи ФЗСЖ можуть мати доступ.

7. *Чутливість до розмаїття.* Найуспішніші практики ФЗСЖ визнають, шанують і використовують розмаїття в усіх його формах. ФЗСЖ приділяє увагу розмаїттю серед громад та індивідів, залучених до ФЗСЖ або зачеплених її наслідками, активно заохочує їх (громади, індивідів) визначати прийнятні для себе форми розмаїття. ФЗСЖ однаково зосереджується на всіх формах розмаїття – дисципліні, людях, ідеях, теоріях, культурах, місцевостях, зацікавлених особах, поведінках, значеннях, ролях, соціально-економічному статусі, освіті, вірі, сексуальній орієнтації, статі, мові, віці тощо, визначаючи свої пріоритети стосовно конкретних ініціатив і ситуацій.

Канадська модель ФЗСЖ серед населення.

Сучасна методологія ФЗСЖ реалізується в багатьох регіонах і громадах за різноманітними програмами, схемами, моделями. Одна з відомих, найбільш цікавих моделей ФЗСЖ серед населення розроблена Міністерством охорони здоров'я Канади і застосовується в провінції Саскачеван. Принциповий підхід до застосування цієї моделі такий, що вона не вказує єдиного шляху вирішення проблеми, натомість надає багато варіантів, які можливо застосувати аби підійти до їх вирішення. Така модель є одним з інструментів, що допомагає розумінню ФЗСЖ серед населення і спрямовує в цьому напрямку роботу відповідальних осіб. Модель описується чотирма риторичними питаннями:

1. Хто формує рівні здоров'я в суспільстві, де бажано запровадити ініціативу ФЗСЖ, тобто з ким можна взаємодіяти, хто є можливими партнерами.

2. Що є тим об'єктом, стосовно якого можливо здійснювати заходи, що є тією сферою, де заходи можуть поліпшити здоров'я і благополуччя.

3. Як можливо вжити заходів для позитивного впливу на проблему з позицій поліпшення здоров'я.

4. Чому потрібно вдатися до заходів, чому необхідно цю проблему вирішувати.

Зміст можливих варіантів відповідей визначає методологію моделі. Так, перша складова моделі («Хто») – це індивіди й утворення (група), з якими можна співпрацювати під час розроблення ініціативи ФЗСЖ:

– особа, тобто індивід, на якого спрямована ініціатива і з ким потрібно співпрацювати;

– родина – формальна або неформальна («родина» з групи підтримки), рідня, найближче повсякденне оточення;

– група – утворення, визначене за географічною ознакою (містечко, місто тощо), ознакою спільного інтересу (церква, клуб тощо) або будь-якою іншою ознакою;

– сектор або система – соціальні структури (охорони здоров'я, освіти, правоохоронних органів тощо), економічні (праці, бізнесу, послуг тощо), вікові групи (особи старшого віку, молодь тощо);

– суспільство у цілому – мешканці провінції, регіону, країни.

Загальний принцип цієї складової моделі ФЗСЖ такий: чим більше рівнів охоплює ініціатива, тим більша ймовірність досягти позитивних змін.

Друга складова («Що») – детермінанти здоров'я. У моделі їх налічується десять: доходи і соціальний статус, мережа соціальної підтримки, освіта, умови праці, довкілля, біологічні й генетичні особливості, рівень особистого здоров'я, вибір ставлення до особистого здоров'я, навички подолання негативних явищ, здоровий розвиток у дитинстві, медичні послуги.

Спрямованість заходів, яку використовує модель, ґрунтується на дослідженнях наведених детермінант. Так, за даними досліджень, особи з вищими доходами здоровіші за осіб із середніми доходами, які також більш здорові, ніж особи з низькими доходами. Причому вищі доходи означають краще

здоров'я не лише тому, що дають можливість купувати «здоров'я» (житло, їжу, послуги тощо), а передусім через те, що визначають більший вибір і відчуття контролю за життєвими рішеннями. Це відчуття контролю є основним чинником доброго здоров'я з групи чинників, пов'язаних із доходами і соціальним статусом. Соціальний статус впливає на здоров'я також тим, що насамперед визначає рівень контролю людини за життєвими обставинами. Крім того, соціальний статус впливає на здатність до дій і самостійного вибору, а відчуття цієї здатності теж є чинником здоров'я. Доведено, що такі захворювання, як рак, серцево-судинні, інсульти тощо тим частіше трапляються, чим гіршу роботу (в розумінні соціального статусу і доходів) має людина. Отже, чим вищі соціальний статус і доходи, тим здоровіша людина в особистому аспекті, а в аспекті суспільного здоров'я визначається відмінністю у доходах. Дослідники запевняють, що чим менший розрив між багатими й бідними, тим краще здоров'я населення країни. Причому залежність така, що навіть незначний економічний здобуток чи трохи вищий соціальний статус є чималим чинником поліпшення здоров'я.

Мережа соціальної підтримки в канадській практиці – це люди, які в разі необхідності можуть, бажають і здатні потенційно надати допомогу індивідові, а також самим фактом свого існування і доброзичливого повсякденного ставлення позбавляють відчуття самотності, створюють відчуття впевненості в майбутньому, захищеності, наявності моральної підтримки. Це найближче оточення – родина, друзі, місцева громада тощо. Дослідження доводять, що люди, які мають міцну соціальну підтримку від найближчого оточення, здатні краще долати труднощі й проблеми, контролювати стреси. Крім того, міцна мережа соціальної підтримки дає віру людині в її здатність допомогти і зі свого боку, коли хтось її потребує.

Освіта. Принципове положення, на якому ґрунтується уявлення про освіту як на детермінанті здоров'я, те, що в будь-якому суспільстві досягнення в освіті покращують здоров'я. Формальна освіта в навчально-виховних структурах чи неформальна – в родині, громадах, суспільстві поліпшує

можливості працевлаштування, підвищення доходу, соціального статусу та озброює людей навичками подолання особистих і суспільних проблем. Менш освічені люди обділені не лише можливостями, здатностями, прагненнями і сподіваннями, в них гірше здоров'я та коротше життя.

Сприятливі умови праці розглядаються не лише, як наявність безпечного робочого місця у фізичному і психічному аспектах (хоча й це важливо для здоров'я), а насамперед (і це найважливіше) як ступінь можливості та обсягу контролю, який людина має щодо виробничих рішень. За даними досліджень, саме цей чинник найбільше впливає на здоров'я. Чим більший контроль щодо робочих рішень, тим краще здоров'я, і навпаки, безробіття є передумовою поганого здоров'я тому, що це не лише зменшення доходу, а передусім втрата самоповаги, переймання родинними й суспільними проблемами.

Довкілля розуміється як комплекс екологічних (земля, повітря, вода) і соціальних (житло, людське оточення, безпека, вільне пересування) чинників, вплив яких на здоров'я вважається очевидним.

Біологія і генетика – це чинники вдачі, добірка незалежних від волі людини зовнішніх і внутрішніх особливостей організму, успадкованих від батьків. Але, як підтверджується, уява про ці чинники як такі, що не підлягають впливу, що до них людина приречена на все життя, виявляється неправильною. Спростовується теза, що гарна особиста біологія та генетика самі по собі є запорукою здоров'я незалежно від поведінки, а гірша спадковість неодмінно спричинить хвороби. Крім того, вихідна погана вдача ще не означає остаточного вироку – вибір здорового способу життя здатний відвернути успадковану небезпеку.

Вибір ставлення до особистого здоров'я – це особисті рішення, що безпосередньо впливають на здоров'я людини, передусім поведінка в повсякденному житті (раціональне харчування, рухова активність, відсутність шкідливих звичок). Навички подолання означають те, як люди дають собі раду з певними проблемами і складними життєвими ситуаціями. Потрібно прагнути до «здорового» вибору в усіх випадках, тобто

вибору, що якнайменше шкодить здоров'ю і по можливості поліпшує його. Але складність проблеми полягає в тому, що особистий вибір і спосіб подолання ситуацій істотно детерміновані соціальним, економічним та політичним оточенням. Звідси основне положення цієї групи елементів моделі – узгоджувати практичні ініціативи ФЗСЖ з теоретичною вимогою формування прагнень усіх членів суспільства до створення його (суспільства) таким, щоб здоровий вибір був найлегшим вибором в усіх ситуаціях.

Дослідження щодо здорового розвитку в дитинстві виявили значний ступінь його зв'язку зі здоров'ям у зрілому віці залежно від особливостей родинної поведінки. Жорстокість, недоглянутість, нестабільність у родині досить негативно впливають на здоров'я й благополуччя впродовж усього життя, і навпаки, будь-які позитивні наслідки обумовлені здоровим та дбайливим родинним оточенням у дитинстві.

Питому вагу медичних послуг канадські дослідники визначають не більше ніж 25 % у системі детермінант феномена здоров'я взагалі. Такий надзвичайно високий відсоток (дослідники інших країн зазвичай дають не більше ніж 10 %) зумовлений виключно високим рівнем канадської системи охорони здоров'я.

Отже, принципове положення складової «Що» в цій моделі те, що немає одного чинника, який відповідав би за здоров'я населення. Здоров'я – це наслідок взаємодії всіх визначених детермінант разом.

Наступна складова моделі вказує «Чому» потрібно вдатися до заходів. Це розуміння, тобто розуміння, чому саме необхідно активно діяти у сфері ФЗСЖ стосовно конкретної проблеми, не ґрунтується в моделі на загальних міркуваннях щодо цінностей людства взагалі. Ухвалення рішень щодо запровадження ініціатив, їх змісту і характеристик визначається свідченнями, дослідженнями, оцінками, експериментальним навчанням, урахує наявні ресурси й цінності ФЗСЖ. Для ухвалення рішень із масиву напрацьованої інформації беруть до уваги об'єктивну, перевірену дослідженнями, оцінюваннями і

досвідом. Увага зосереджується на тих свідченнях, які не лише пояснюють чому потрібно вдатися до заходів, а й гарантують, що ініціативи спрямовані саме на ті проблеми, які є найважливішими для реального позитивного впливу на здоров'я в цій ситуації.

Остання складова моделі («Як») – визначення стратегій реалізації заходів ФЗСЖ. Модель передбачає п'ять таких стратегій:

- зміцнення заходів громади;
- розроблення державної політики;
- створення сприятливого оточення;
- розвиток особистих навичок;
- переорієнтація медичного обслуговування.

Ці стратегії традиційні для всіх моделей, побудованих на засадах Оттавської хартії, але канадські дослідження і досвід висвітлюють цікаві характерні риси і перешкоди, які долають ті, хто їх упроваджує. Так, зміцнення заходів громади потребує надання громадам можливості самим розпоряджатися своєю долею, тобто застосовувати ідеї самоврядування в напрямі проблематики здоров'я. Але це один із найскладніших для впровадження стратегічний напрямок ФЗСЖ, тому що він передбачає передавання громаді не лише частини владних повноважень щодо впливу на здоров'я своїх членів (це може декларуватися владними структурами в теорії і не виконуватися на практиці шляхом посилення на недостатність, наприклад, нормативної бази). Ця стратегія передбачає ще й передавання громаді певних матеріальних засобів впливу на здоров'я своїх членів, наприклад, певної власності або права розпорядження певною частиною видатків місцевих бюджетів. Зрозуміло, що заходи в цьому напрямку можуть наштовхуватися на опір владних структур. Одна зі складових цього стратегічного напрямку ФЗСЖ може полягати в підготовці лідерів громади, тобто ініціаторів (із числа найбільш активних членів громади) руху за здоров'я, діалогу з владою щодо вирішення громадських проблем здоров'я.

Розроблення державної політики охорони здоров'я населення включає ініціювання з боку ФЗСЖ будь-яких

політичних заходів держави, що сприяють здоровому способу життя, причому мають на увазі насамперед локальні заходи місцевого рівня. Наприклад, ініційована ФЗСЖ низка заходів місцевої влади щодо політичного, нормативного й матеріального підтримання зусиль шкільних учителів створити на територіях навчальних закладів атмосферу нетерпимості до негативних проявів поведінки молоді (хуліганства, жорстокості, паління, вживання алкоголю, наркотиків тощо) кваліфікується як досягнення саме в галузі розроблення державної політики здоров'я.

Створення сприятливого оточення – це стратегія, що передбачає ініціювання заходів позитивного впливу на фізичне, соціальне, економічне, духовне оточення, в якому люди живуть, працюють, розважаються. Найбільш дійовими вважають заходи місцевого масштабу, наприклад, місцеву програму запобігання злочинам на території певної громади із залученням партнерів із різноманітних секторів – культури, бізнесу, спорту і, природно, фахівців правопорядку.

Розвиток особистих навичок є стратегією збільшення можливостей людей щодо сприятливого вибору. Наприклад, ФЗСЖ широко ініціює спеціальні шкільні програми, які навчають молодь протидіяти негативним соціальним явищам (спокусам матеріального або сексуального характеру, фізичного і психічного тиску старших або рівних собі тощо).

Переорієнтація медичного обслуговування – стратегія зміщення медичних пріоритетів із суто лікувальних на профілактичні заходи. Наприклад, ФЗСЖ може ініціювати створення робочих місць, де спонсоруються або підтримуються з бюджетів охорони здоров'я заходи щодо заохочення відмови від паління, алкоголю тощо.

У принципі, канадська (саскачеванська) модель, про яку йдеться в даному разі, не вказує точно, яких заходів у якій ситуації потрібно вжити. Вона (як й інші моделі ФЗСЖ) дає різноманітний вибір шляхів до мети, допомагає розглянути причини, опрацювати дослідження, обрати підходи до усунення проблеми. Цінність моделі полягає в тому, що вона визначає

зміст і послідовність дій із планування ФЗСЖ, дає розуміння інструментів планування, запобігає принциповим помилкам, які можуть впливати з нечіткого знання методологічних засад ФЗСЖ. Навпаки, опір на сучасну методологію ФЗСЖ не лише забезпечує вдале впровадження ініціатив, а й збагачує теорію і найуспішніші практики.

Викладений у цьому розділі матеріал із теоретико-методичних засад ФЗСЖ не є суто теоретичним науковим знанням, відірваним від практики. Теорія ФЗСЖ є підґрунтям багатьох проєктів, що втілені й виправдали себе як у соціальному, так і в економічному вимірі в деяких розвинених країнах світу. З досвіду втілення цих проєктів визначено кілька важливих положень.

Так, ефективність багатьох місцевих програм ФЗСЖ в обернено пропорційно залежить від величини місцевої громади. Ймовірно, чим менше громада, тим простіше суспільний контроль поведінки її членів, тим менше часу потрібно на застосування здорових ініціатив, тим швидших, кращих і триваліших ефектів можна досягти (до речі, це один із чинників, який впливає на ціну житла. Перевагу під час вибору має житло, розміщене на певній відстані від занадто урбанізованих центрів, таке, що має локалізоване екологічно й соціально «чисте» мікросередовище, обладнане сприятливою для здоров'я інфраструктурою).

Ще один важливий чинник ефективності ФЗСЖ – чинник якомога ширшого використання принципу партнерства. Це одна з найважливіших умов успішної реалізації проєктів ФЗСЖ. Необхідність спільних зусиль якомога ширшого кола фахівців і прихильників ФЗСЖ з різних державних, приватних і громадських структур, родин, спільнот та громад обумовлена дуже складною природою феномена здоров'я, що охоплює майже всі аспекти життя. Ефективність використання партнерського ресурсу яскраво доводять упроваджені проєкти ФЗСЖ. Зокрема, корисним у цьому аспекті є досвід США, де розроблені спеціальні проєкти ФЗСЖ, орієнтовані переважно на молодь. Ці проєкти розроблені в напрямках позитивного впливу на стан

фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я молоді на засадах партнерства з різноманітними муніципальними, суспільними, приватними, релігійними та іншими структурами. Ті, хто їх упроваджує, прагнуть втілити в суспільну свідомість думку про те, що будь-які інституції (громадські, державні, приватні) мають можливість ефективно мобілізувати молодь на те, щоб вона стала корисним прошарком суспільства. Більше того, це вигідна робота. Наприклад, бізнес розквітає лише в тих місцевостях, які є життєспроможними, і навпаки, жодна місцевість не буде життєспроможною без успішного бізнесу. Також життєспроможність місцевості, її майбутнє значною мірою визначаються станом молоді, її прагненням (чи байдужістю) до кращого розвитку в соціальному, духовному, психічному і фізичному розумінні. Звідси – пряма зацікавленість бізнесу підтримувати розвиток молоді. Партнерство бізнесу і молоді взаємовигідне – молодь у бізнесових проектах набуває життєвих і професійних умінь та навичок, а бізнес налагоджує глибші й продуктивніші взаємовідносини з місцевою громадою. Цей досвід доводить, що коли такі взаємовідносини міцні, вони можуть розвиватися в непередбачено цікавих напрямках, корисних і бізнесу, і громаді. Природно, що подібні міркування стосуються не лише бізнес-структур, а й державних і громадських інституцій. Так, громадські молодіжні інституції ряду країн у деяких випадках будують роботу на ідейному підґрунті доказів «від протилежного». Наприклад, коли в місцевій громаді панує думка, що молодь, об'єднана в групи ровесників, здатна лише до деструктивних дій, молодіжні інституції ініціюють орієнтацію молодіжних неформальних угруповань у бік суспільно корисних заходів. Зрозуміло, це потребує певної стратегії втручання (ідеологічне оброблення лідерів, надання групам молоді певних прав і повноважень місцевого рівня, матеріально-технічних засобів для корисних дій). Але, на думку активістів ФЗСЖ, ці зусилля вигідні. Ініціатори ФЗСЖ пропагують як принципову тезу, що в усіх випадках партнерства зиск є взаємним, тобто виграють обидві партнерські сторони. Партнери, які працюють у спілці, стають

сильнішими, їх збільшена енергія і здатність до позитивних дій об'єктивно створюють сильнішу і кращу громаду для всіх її резидентів.

Діяльність в Україні з формування здорового способу життя.

Найбільш популярними останнім часом є проекти вивільнення індивідуальних можливостей молоді. Спрямовані на позитивний вплив на всі сфери здоров'я ці проекти втілюються на засадах партнерства між державними та недержавними структурами на різних рівнях. Останніми роками накопичений певний досвід вітчизняних проектів. Їх кількість, як і перелік організацій, що їх реалізують, значна, але, виходячи з важливості набутого досвіду для нашої країни, вони розглянуті більш детально, ніж закордонні.

Політика та заходи з формування здорового способу життя передбачають програми та проекти, розраховані на широкий загал дітей і молоді, батьків, окремі групи ризику чи групи спеціальної уваги молоді й батьків, а також на фахівців, які працюють з молоддю. Тому в одних випадках робота побудована лише як виховна і профілактична, в інших – як виховна й корекційна або навіть виховна та лікувально-корекційна. Окремі проекти реалізуються як освітні або тренінгові.

Чотири роки в Україні діє програма валеологічної освіти. Цікавий досвід ФЗСЖ набувають деякі навчальні заклади недержавної форми власності, а також позашкільні заклади. Ще одним прикладом активності молоді та сприяння і соціальному, і моральному здоров'ю є робота молодіжних громадських організацій в Україні. Важливе місце в діяльності з формування здорового способу життя молоді посідають інформаційні засоби пропаганди засад здорового способу життя.

Отже, накопичений досвід щодо проведення заходів та акцій із пропаганди стосовно здорового способу життя в Україні дозволяє наголошувати на можливості й актуальності створення інформаційно-аналітичного центру з накопичення існуючих практик, необхідності перейти до етапу аналізування ефективності різноманітних програм та відбору кращого досвіду.

Перспектива упровадження ЗСЖ серед населення України полягає в злитті розрізнених елементів наявного досвіду в загальнодержавну модель із формування здорового способу життя, а пропаганда засад ЗСЖ – проводиться цілеспрямовано та систематично за різними напрямками життєдіяльності молодій особі.

Аналіз нормативно-правових актів світової спільноти та законодавств деяких країн Заходу щодо сприяння впровадженню здорового способу життя, а також вітчизняного законодавства із зазначеної проблеми дає підстави зробити узагальнення, що світова спільнота дедалі більше виходить із необхідності забезпечення права людини на збереження і зміцнення здоров'я.

Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя визначене законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я, що передбачає необхідність здійснення багатосекторальної діяльності, залучення до неї держави, громади, некомерційних і комерційних неурядових організацій та індивідуумів. Пріоритети цієї діяльності в Україні в цілому збігаються з пріоритетами в цій сфері, визначеними Основами політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті в Європейському регіоні. До них належать завдання щодо полегшення здорового вибору харчування, фізичних вправ, сексуального життя; зменшення шкоди, спричинюваної алкоголем, речовинами, що зумовлюють залежність, і тютюном; забезпечення здорового середовища шляхом створення багатосекторальних механізмів, які дозволяють зробити більш здоровими житло, школи, робочі місця та населені пункти; створення безпечних і сприятливих фізичних, соціальних та економічних умов життя з метою забезпечення здоров'я молоді тощо.

Комплексний аналіз законодавчої бази України і зіставлення її з положеннями відповідних документів міжнародного співтовариства свідчать про те, що загалом законодавство України відповідає основним міжнародним стратегіям політики сприяння здоров'ю та здоровому способу життя. І на сьогодні на перший план виходить завдання

додержання всіх законодавчих вимог і норм, забезпечення організаційного механізму виконання існуючих законів, указів та постанов і контролю за якістю їх виконання.

Водночас необхідно доопрацьовувати наявну законодавчу базу для комплексного забезпечення діяльності з упровадження здорового способу життя таким чином, щоб став можливим еволюційний перехід до нових форм і методів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням необхідності широкої інтеграції нашої країни в міжнародну діяльність як із питань охорони здоров'я, так і з питань захисту прав людини.

До найбільш актуальних і пріоритетних напрямів у розвитку та впровадженні програм із формування здорового способу життя молоді необхідно віднести підготовку фахівців, підтримання молодіжних ініціатив, моніторинг ситуації та ефективності проектів, поширення й удосконалення інформаційно-освітніх програм, поєднання зусиль різних міністерств, комітетів та недержавних організацій тощо.

Проте не менш актуальною й болючою є проблема забезпечення виконання вимог чинного законодавства щодо сприяння здоров'ю і здоровому способу життя з боку всіх суб'єктів суспільних відносин – органів державної виконавчої влади й місцевого самоврядування, підприємств, громадських організацій та окремих громадян.

Очевидно, що досить широка нормативна база, яка напрацьована і чинна в Україні, є неефективною через невиконання діючих законів. Причина полягає в недосконалому необхідних механізмів їх упровадження і насамперед фінансовому забезпеченні. Вважається за доцільне, за прикладом деяких країн, прийняття загальнодержавного правового акта, який би підкреслив важливість упровадження здорового способу життя, в комплексі привернув увагу до проблем, вирізнив відповідні нормативно-правові акти, сприяв їх доповненню та систематизації.

У процесі оновлення та реформування законодавства України щодо сприяння здоровому способу життя необхідно

враховувати різні чинники і явища, пов'язані із захистом права кожного на досягнення максимально можливого здоров'я.

По-перше, повинні бути взяті до уваги існуючі міжнародно-правові стандарти щодо захисту права людини на життя та забезпечення здоров'я.

По-друге, недоцільно скасовувати ті закони й норми, права, які витримали перевірку часом, зміни повинні відбуватися поступово.

По-третє, досвід попередньої законотворчості свідчить, що нові закони досягають своєї мети лише за умови стабілізації економіки. У протилежному разі невідворотними будуть нескінченні зміни та доповнення до них.

Отже, очевидно, що необхідно доопрацьовувати наявну законодавчу базу аж до комплексного забезпечення діяльності щодо впровадження здорового способу життя таким чином, щоб вона забезпечила еволюційний перехід до нових форм і методів здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я та враховувала б необхідність широкої інтеграції нашої країни в міжнародну діяльність як із питань охорони здоров'я, так і з питань захисту прав людини. Формування здорового способу життя як складова соціальної політики повинне будуватися на восьми основних стратегіях ФЗСЖ:

- освіті про здоров'я;
- інформованості про здоров'я;
- розвитку свідомості й активності осіб та громад;
- розвитку й досягненні змін щодо організаційного забезпечення діяльності з проблем здоров'я (державна політика);
- формуванні громадської політики здоров'я;
- відстоюванні прав на ЗСЖ окремих осіб, соціальних груп, громад;
- міжгалузевій співпраці (співпраці різноманітних державних і громадських інституцій, установ, закладів, товариств, спілок, агенцій, фірм тощо на засадах взаємного партнерства).

Найбільш удалими вважаються ті проекти ФЗСЖ, які в змозі об'єднати всі вісім стратегій. Але в реаліях українського

суспільства це досить складне завдання, тому діє такий принцип: чим більше стратегічних напрямків може інтегрувати проєкт, тим більш ефективним буде його результат.

Починаючи з 1991 р., Український інститут соціальних досліджень (попередня назва – Український науково-дослідний інститут проблем молоді) проводить моніторингові дослідження становища молоді, що постійно містить такі складові, як соціально-економічне становище, соціально-політичні орієнтації, рівень соціальної напруженості, ціннісні орієнтації, духовність, громадянська самосвідомість, моделі поведінки, соціальні безпека та захист, професійно-трудова діяльність, культурні потреби і рівень їх задоволення, стан здоров'я, структура харчування, рівень задоволеності різними аспектами свого життя, життєві плани, сімейно-шлюбні відносини тощо.

Аналіз існуючих заходів, спрямованих на формування здорового способу життя молоді, що був проведений Українським інститутом соціальних досліджень у межах українсько-канадського проєкту «Молодь за здоров'я», дозволяє визначити найбільш актуальні й пріоритетні напрямки щодо розвитку та впровадження програм, орієнтованих на молодь:

- підготовка фахівців, навчання широкого кола спеціалістів, які працюють із молоддю, у сфері охорони здоров'я, освіти, інформаційних технологій, розваг тощо;

- впровадження системи консультування батьків та сімей із питань родинних конфліктів, взаємовідносин між поколіннями, джерела конфліктів у сім'ї;

- зміна шкільної програми з фізичної культури і впровадження шкільного курсу валеології, пошук привабливих, неординарних форм впливу на учнівську молодь;

- розроблення інформаційно-освітніх програм, тренінгів, шкіл тощо та матеріалів (від посібників до буклетів і листівок), орієнтованих як на широкий загал, так і на цільові групи;

- створення інформаційно-ресурсних центрів із питань здорового способу життя;

- залучення ЗМІ для формування усвідомлення та потреб самозахисту власного здоров'я людини на систематичній основі;

– використання можливостей громад, виявлення груп молоді, яка веде нездоровий спосіб життя й руйнує власне здоров'я, перебуває поза нормативним процесом соціалізації, пошук форм та методів роботи з цим контингентом;

– розвиток різноманітних форм консультування, тестування та допомоги на базі Центрів соціальних служб;

– розроблення і впровадження комплексних міжгалузевих програм формування ЗСЖ молоді;

– підтримання ініціативних молодіжних проєктів у будь-якій сфері життєдіяльності молодих людей, використання методики «рівний – рівному»;

– привернення уваги до тематики ЗСЖ молоді під час проведення масових заходів;

– залучення недержавних організацій до широкого поля діяльності у сфері формування здорового способу життя дітей та молоді;

– активізація позашкільної роботи та роботи під час шкільних канікул;

– постійний моніторинг політики формування здорового способу життя та оцінювання ефективності заходів.

Отже, здоров'я населення – показник добробуту держави, тому його збереження є завданням державного рівня. Особливої уваги потребують молодь, усвідомлення нею цінностей здоров'я, розуміння визначальної ролі здорового способу життя та формування індивідуальної поведінки кожної молодої особи на цих засадах.

Формування здорового способу життя – складний, багатогранний процес, що потребує спільних зусиль якомога більшої кількості людей, різних організацій і передусім відповідної державної політики. Одночасно формування здорового способу життя є науково-практичною дисципліною зі своєю теорією, методологією, методикою і засобами.

Знання і практичні навички з формування ЗСЖ повинні бути якомога більше поширені в суспільстві, ними потрібно керуватися під час розроблення й ухвалення управлінських рішень на всіх рівнях усіх гілок влади, всіх галузей державного сектору.

Тема 3. Здоров'я як соціальний феномен

Соціальний рівень індивідуального здоров'я. Показники соціального здоров'я. Структурні характеристики суспільств як детермінанти соціального здоров'я. Благополуччя популяції (додаток В). Соціальні класи. Стратифікаційна мобільність. Статусна неконгруентність людини. Класовий градієнт здоров'я. Здоров'я суспільства та девіантна поведінка. Види девіацій як критерій оцінювання суспільного здоров'я.

Соціальне здоров'я є інтегративним показником об'єктивних і суб'єктивних соціальних характеристик особистості. Цей феномен охоплює відносини особистості із соціальним середовищем, ставлення до себе та свого місця в соціальній структурі, зумовлює її життєздатність, оптимальність функціонування в соціальному середовищі. Соціальне здоров'я детермінується соціально-рольовими й аксіологічними характеристиками особистості та водночас особливостями впливу найближчого оточення й суспільства, характером і рівнем розвитку, властивим основним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічному, політичному, соціальному, духовному. Цей складний соціальний феномен виникає в процесі взаємодії індивіда із соціальним середовищем і відображає рівень цієї взаємодії, ставлення до себе й свого місця в соціальній структурі, що зумовлює рівень життєздатності та оптимальності функціонування в соціальному середовищі.

Індивідуальне соціальне здоров'я визначає міру комфорту людини в соціальному оточенні, критеріями якого є рівень соціальної адаптованості стосовно узгодженості існуючих соціальних норм та власних переконань, соціальну заангажованість.

Соціальне здоров'я в суспільному плані – стан сукупного фізичного, психічного, інтелектуального, соціального, духовно-морального й репродуктивного здоров'я населення, критеріями якого є статистичні показники благополуччя життя та гармонійного розвитку суспільства: рівень життя більшості

громадян, середньої тривалості життя, смертності й народжуваності, додержання принципів соціальної справедливості, тенденції розвитку науки та культури. У цьому разі соціальне здоров'я є міждисциплінарною сферою, що розглядає проблему здоров'я, виходячи з макроперспективи (система, община тощо); йдеться про системний підхід, тобто про населення в цілому.

Говорячи про «соціальне здоров'я», зазвичай передбачають:

- соціальну значущість тих чи інших захворювань у міру їх поширеності; економічних утрат, які вони спричиняють (тобто загрози для існування популяції чи страху перед такою загрозою);

- вплив суспільного ладу на причини виникнення хвороби, характер їх перебігу та вихід (тобто можливості виліковування або смерті);

- оцінювання біологічного стану певної частини чи всієї людської популяції на основі інтегрованих (агрегованих) статистичних показників, що складають так звану соціальну статистику.

Соціальне здоров'я особистості висвітлене такими характеристиками:

- адекватним сприйняттям соціальної дійсності;
- інтересом до навколишнього світу;
- адаптацією (рівновагою) у фізичному й суспільному середовищах;

- спрямованістю на суспільно корисну справу;
- культурою споживання, альтруїзмом, емпатією, відповідальністю перед іншими, безкорисливістю, демократизмом у поведженні.

Соціальне здоров'я – це стан оптимального поєднання гармоній:

- гармонії особистості;
- гармонії діяльності;
- гармонії комунікації із соціумом.

Гармонії сприяють самоактуалізації особистості й позитивному гуманному розвитку соціуму і суспільства. Використання терміна «соціальне здоров'я людини» дає можливість характеризувати гармонійний та своєчасний процес соціального розвитку особистості, який полягає в переході від самосприйняття, рефлексії, самооцінки, самоствердження до самоусвідомлення, соціальної відповідальності, інтеріоризованих соціальних мотивів, потреби в самореалізації своїх можливостей, суб'єктивного усвідомлення себе самостійним членом суспільства, розуміння свого місця і призначення. Міра оволодіння людиною соціальним досвідом, усвідомлення себе в суспільстві, бачення себе в інших людях, готовність до відповідальної діяльності й участі в суспільних взаємовідносинах є показниками соціального здоров'я.

Соціальне здоров'я людини перебуває у взаємозалежності зі здоров'ям суспільства. Неприятливими властивостями особистості є залежність від шкідливих звичок, відхід від відповідальності за себе, втрата віри в себе, свої можливості, пасивність, духовне нездоров'я. До психічних станів звичайно відносять нечуттєвість, безпричинну злість, ворожість, ослаблення як вищих, так і нижчих інстинктивних почуттів, підвищену тривожність. У сфері психічних процесів частіше згадують неадекватне сприйняття самого себе, свого «Я», нелогічність, зниження когнітивної активності, хаотичність (неорганізованість) мислення, категоричність (стереотипність) мислення, підвищену навіюваність, некритичність мислення. У цілому така особистість якоюсь мірою дезінтегрована; їй властиві втрата інтересу, любові стосовно близького, пасивна життєва позиція. У плані самоврядування вона відзначається неадекватністю самооцінки, ослабленим (аж до втрати) або, навпаки, невиправдано гіпертрофованим самоконтролем, ослабленням волі. Її соціальне неблагополуччя виявляється в неадекватному сприйнятті (відображенні) навколишнього світу, дезадаптивній поведінці, конфліктності, ворожості, егоцентризмі (що виливається в жорстокість і безсердечність), прагненні до влади (як самоціль), накопиченні та ін.

Соціальне середовище теж впливає на психічне здоров'я та поведінку людини, оскільки воно:

- формує уявлення про те, які види поведінки корисні, а які шкідливі для здоров'я; на цій основі конструюється як саморуйнівна, так і самозбережна поведінка індивіда;

- демонструє знання про технічні досягнення, які можна використовувати для збереження і зміцнення здоров'я, для лікування захворювань;

- транслює когнітивні схеми, на основі яких суб'єктивні прояви соматичного та психічного дискомфорту, біль усвідомлюються як симптоми хвороби;

- утримує соціальну сітку, тобто канали неформальної комунікації, за якими людина може отримати пораду щодо свого хворобливого стану;

- пред'являє експектації (очікування), які виконують функцію регулятивних норм під час прийняття соціальної ролі хворого;

- має доступні для індивіда спеціалізовані інститути, місія яких полягає в збереженні й зміцненні здоров'я, легітимізації статусу хворого, наданні професійної допомоги.

Таким чином, існує тісний взаємозв'язок між структурними та динамічними характеристиками соціуму, що впливають на здоров'я як його членів, так і окремих індивідів, визначають рівень здоров'я соціуму в цілому.

Соціальна структура суспільства – це сукупність взаємозв'язаних і взаємодіючих між собою соціальних груп, спільностей та інститутів, пов'язаних між собою сталими відносинами. Соціальна структура суспільства являє собою будову цієї соціальної системи, визначає характер взаємозв'язків і взаємовідносин між її складовими частинами.

Сутність соціальної структури суспільства найбільш повно виражається в її загальних рисах, до яких можна віднести:

- багатоманітність соціальних елементів, що утворюють соціальну структуру суспільства (соціальний інститут, соціальна група, соціальна спільність тощо);

– різний ступінь впливу кожного складового елемента соціальної структури суспільства на соціальні процеси і явища, відмінність їх соціальних ролей;

– наявність відносно стабільних зв'язків між складовими елементами соціальної структури суспільства, взаємозалежність останніх. Це означає, що жоден елемент соціальної структури не може існувати в суспільстві автономно. У будь-якому випадку він поєднаний соціальним зв'язком з іншими структурними підрозділами суспільства. У цьому разі є цікавою історія про Робінзона Крузо, який, навіть опинившись на безлюдному острові, перебував у тісному зв'язку із суспільством (користувався речами, які виготовили інші люди, займався тими самими видами занять, що і в Англії, облаштував власну оселю, вирощував сільськогосподарські культури, молився Господові тощо);

– взаємопроникність елементів, що забезпечує цілісність соціальної структури, тобто одні й ті самі соціальні суб'єкти можуть бути частинами різних складових одиниць суспільства. Наприклад, одна й та сама особистість може входити до різних соціальних груп і спільностей;

– багатофункціональність і стабільність – кожний елемент соціальної структури суспільства виконує свої специфічні функції, які є відмінними від ролей інших соціальних елементів, що й передбачає значну кількість соціальних функцій суспільства. У зв'язку з вищезазначеним можна зробити висновок, що основними складовими суспільства є соціальні спільності, оскільки їх вплив на соціальні процеси є незрівнянно більшим ніж участь окремої особистості. Що стосується соціальних організацій і соціальних інститутів, то вони формуються в результаті діяльності та взаємодії соціальних спільностей і груп, є похідними від них.

Важливим елементом соціальної структури суспільства є також соціальні групи. Ряд сучасних українських соціологів, навпаки, вважають провідним елементом соціальної структури суспільства соціальні інститути – економіку, політику, науку, освіту, сім'ю, оскільки саме вони зберігають і підтримують

існуючі в суспільстві соціальні зв'язки і відносини. Таким чином, соціальна структура суспільства має два основних компоненти: наявність складових елементів та соціальних зв'язків, що виникають між цими елементами.

Більшість сучасних соціологів у структурі суспільства виділяє ряд окремих підструктур, які й є основними складовими елементами суспільства. Проте ці підструктури є лише відносно незалежними між собою, оскільки як і всі соціальні елементи – складові суспільства – пов'язані між собою відносно стабільними соціальними зв'язками. Підструктури суспільства ґрунтуються на основних формах соціальних спільнот, що діють у суспільстві, і це також нашоєхує на думку, що провідними складовими елементами соціальної структури суспільства є саме соціальні спільноти.

Отже, основними підструктурами (елементами) суспільства є:

- соціально-етнічна структура;
- соціально-демографічна структура;
- соціально-професійна структура;
- соціально-класова структура;
- соціально-територіальна структура.



Тобто всі елементи в соціальних підструктурах так само пов'язані між собою стабільно діючими соціальними зв'язками і відносинами. Потрібно нагадати, що відносини між усіма суб'єктами соціального життя ґрунтуються на певних цінностях

та правилах поведінки (соціальних нормах), що є характерними для даного типу суспільства і відрізняють його від інших. Тому необхідно зауважити, що соціальні норми, власне як і соціальний контроль, є опорою для соціальної структури суспільства, оскільки вони впливають на характер соціальних зв'язків і відносин, які діють у соціальній структурі суспільства. Важливо також зазначити, що на зв'язки та відносини між складовими соціальної структури суспільства впливають також і соціальні статуси й ролі, мова про які йтиме далі, тож і вони є підґрунтям соціальної структури суспільства. Складність побудови соціальної структури полягає ще й у тому, що в суспільстві є відносини соціальної рівності та нерівності.

Отже, благополуччя стосується всіх сторін життя людини, а не лише її фізичного стану. Соціальне благополуччя відображає можливості людини жити безпечно в реальному оточуючому середовищі (природному, техногенному, соціальному) незалежно від того, до якої соціальної структури суспільства належить індивід.

Соціальні класи – ієрархічні, однорідні, стабільні суспільні групи, об'єднані спільними цінностями, суспільними зв'язками, інтересами, поведінкою, освітою, родом діяльності, рівнем доходів.

Соціальним класам властиві такі характеристики:

1) особи, які належать до одного класу, схильні поводитися майже однаково;

2) від належності до того чи іншого класу люди займають вище або нижче положення в суспільстві;

3) особи можуть переходити до іншого класу.

Соціальна стратифікація – це ієрархічно організована структура соціальної нерівності, яка існує в певному суспільстві в даний історичний проміжок часу. Таку ієрархічно побудовану структуру соціальної нерівності можна уявити як розподіл суспільства на страти (від лат. stratum – пласт, прошарок).

Згідно з концепцією американського соціолога І. Крауса стратифікація і класовий поділ – різні структури відносин.

Стратифікація – поняття описове, що передбачає деяку впорядкованість членів суспільства на основі якогось підходящого критерію, як-то дохід, освіта, спосіб життя, етнічне походження... Класи є конфліктними групами, які, об'єднуючись, заперечують існуючий розподіл влади, переваг та інших можливостей. Класи формуються, коли сукупність індивідів визначає свої інтереси як подібні до інтересів інших із тієї самої сукупності осіб.

Теорія класів займається поділом суспільства, виявом суспільних протилежностей, а теорія стратифікації займається суспільною диференціацією.

Теорія класів поділяє суспільство за альтернативними ознаками на експлуаторів та експлуатованих, власників засобів виробництва і позбавлених їх, тоді як теорія стратифікації поділяє суспільство на основі однієї або декількох рис, які є в наявності в кожній із груп, але різною мірою (так, наприклад, усі мають якийсь дохід, але в різних розмірах, і всі в суспільстві мають якийсь престиж, але неоднаковий).

У теорії класів інтереси (економічні, політичні, культурні) є саме тим, що відділяє один клас від іншого, а в теорії стратифікації категорія «інтереси» взагалі не наявна, а якщо іноді й уживається, то не є обов'язковим атрибутом верств.

Класи виникають як результат радикальних соціальних трансформацій. Революції XVII ст. в Англії та XVIII ст. у Франції поступово утверджували юридичну й політичну рівність різних суспільних груп. Дедалі помітнішу роль у житті цих країн відігравав «третій стан» – буржуазія (або «середній клас»), підприємницька і виробнича верстви міст, що зайняли проміжне становище між «знаттю» та «черню».

Стрижнем економічного порядку стало володіння і розпорядження не людьми (кріпаками, васалами), а власністю у вигляді капіталу, землі, знарядь і засобів виробництва, знань та умінь. Приватна власність, ринок капіталів, товарів і праці стали гарантом зростаючих можливостей індивідів конструювати власну долю і досягати поставленої мети.

Для соціальних класів характерні явні переваги товарів і марок в одязі, побутовій техніці, проведенні дозвілля, автомобілях. Тому маркетологи фокусують зусилля на якомусь одному суспільному класі.

Цільовий суспільний клас передбачає певний тип магазину, вибір певних засобів реклами і певного типу рекламних повідомлень. Маркетинг урахує вподобання й можливості різних класів, що дозволяє розробляти адекватні комплекси маркетингу: для різних соціальних класів передбачена диференціація за товаром, ціною, типом рекламних звернень і місцем купівлі.

У різних соціальних класів відрізняється й процес купівлі: представники вищого класу воліють купувати в брендovих магазинах із вишуканою атмосферою і відмінним індивідуальним обслуговуванням незалежно від територіального розміщення; представники нижчих класів віддають перевагу локальним торговельним точкам.

Водночас необхідно мати на увазі, що представники нижчих класів намагаються справляти враження належності до вищого класу, купуючи товари-символи вищих соціальних класів: дорогі авто, дорогий відпочинок, брендovий одяг.



Придбання час від часу статусних товарів підвищує самооцінку цих осіб. Схильність до однакової класової поведінки найчастіше виявляється в придбанні одягу певного типу, якості та стилі, оскільки він дає швидку візуалізацію соціально-класової належності.

У домашньому облаштуванні вищі соціальні класи націлені зазвичай на оригінальні, унікальні й відповідно дорогі речі. Середній клас орієнтується на функціональність, стиль і дизайн предметів побуту. Нижчі класи – на ціну предметів побуту. У кожного соціального класу також є уподобання до відповідного типу дозвілля. Освоєння нового виду дозвілля відбувається під впливом представників вищого класу.

Спеціально для кожного соціального класу розробляються рекламні повідомлення з урахуванням типового мовного багажу: для емоційно-психологічного впливу на вищі класи доцільно використовувати довші й абстрактніші вербальні конструкції; для аналогічного впливу на середні та нижчі класи – зображення предметів з акцентуванням на їх функціональних і вартісних характеристиках.

К. Маркс виділяв два основні класи – *експлуататорів* (власників засобів виробництва) та *експлуатованих* (суб'єктів найманої праці, які отримують заробітну плату). В усі часи одна частина населення, зазвичай меншість, володіла засобами виробництва і розпоряджалася матеріальними ресурсами суспільства, експлуатуючи чужу працю, а інша – нічого цього не мала. В основу поділу людей на класи К. Маркс поклав економічні (джерела і величину доходу), соціальні (володіння або неволодіння засобами виробництва) і політичні (панування та вплив у структурі влади) чинники.

Макс Вебер розробив три незалежні фактори, що формують його теорію стратифікації: клас, статус та владу:

– клас: *економічне становище людини в суспільстві*. Вебер відрізняється від Маркса тим, що він не надає цьому фактору пріоритетного значення. Наприклад, менеджери корпорацій, які фактично контролюють фірми, хоча ними не володіють;

– статус: *престиж людини, соціальна повага в суспільстві*. Соціальний статус необов'язково конвертується в економічний капітал. Поети чи святі, наприклад, можуть мати величезний вплив на суспільство, проте майже не отримувати матеріальної винагороди;

– влада: *можливість особи цілеспрямовано виконувати свою діяльність, незважаючи на опір інших*. Наприклад, ті, хто працює в державному апараті, можуть не мати власності чи володіти статусом, але розпоряджатися певною владою.

Соціальним класам властиві такі характеристики:

– особи, які належать до одного класу, схильні поводитися майже однаково;

– від належності до того чи іншого класу люди займають вище або нижче положення в суспільстві;

– особи можуть переходити до іншого класу.

До соціально-психологічних ознак класів належать:

– соціальний статус, що означає місце в соціальній ієрархії;

– певний спосіб життя, його якість і стиль;

– шкала цінностей, соціальні почуття, система класових потреб та інтересів, класовий ідеал;

– традиції, установки, картини світу, стереотипи, звички, особливості спілкування;

– соціальна етика, жаргон.

Загалом реаліями сучасного життя є як соціальні класи, так і спільноти, які різняться за критеріями соціальної стратифікації. Вони взаємодіють між собою й відповідно переплітаються інтереси, що сприяє виникненню похідних соціальних утворень, різного роду соціальних сил.

Статусна неконгруентність людини – невідповідність висококорельованих індикаторів класового статусу (освіта, рівень матеріального статку, соціально-професійний статус). Дослідження багатьох авторів доводять вплив соціальних змін, що відбуваються в суспільстві, на громадське здоров'я.

Статусна неузгодженість виявляється в розходженні щодо положення індивіда (або групи) в ієрархічно-організованій структурі, відображеній у термінах різних соціальних координат:

рівня доходу, освіти, віку, місця в структурі влади тощо. Приклад такої неузгодженості – низький рівень прибутків за високого рівня освіти. Згідно з Г. Ленскі статусна неузгодженість має об'єктивний (як явище в суспільстві) і суб'єктивний (як усвідомлення людиною цієї неузгодженості) характер. Водночас соціальна неузгодженість може бути визначена як розходження між очікуваннями осіб (соціальних груп) і можливостями, запропонованими суспільством для їх реалізації.

Існує ряд теоретичних моделей, що з різних позицій пояснюють цю залежність. Еволюційно-біологічний підхід характеризується адаптивністю функціонування особистості з ціннісно-нормативними «зразками» культури даного суспільства, розрив з якою створює надмірну соціальну стимуляцію і, як наслідок, сприяє виникненню хвороби.

Соціально-психологічний підхід найбільше відповідає процесу соціального стресу, що негативно впливає на здоров'я людини. На думку П. Марріс, соціальні зміни переживаються як втрата і спричиняють дуже шкідливу дію на особистість.

Відповідно до теорії «біосоціального резонансу» Г. Муса біологічні та соціальні фактори утворюють певний шаблон спільного резонування, що представляється в соматичних і соціально-середовищних змінних.

Соціальні зміни впливають на зв'язки в суспільстві. Унаслідок цього деякі індивіди виявляються віддаленими від комунікаційних мереж. Ізоляція є чинником підвищення чутливості до несприятливих впливів зовнішніх агентів.

Інколи здоров'я розглядають як змінну, залежну від впливу факторів резистентності (опірності) індивіда і почуття конгруентності (відповідності). Воно розвивається в роки становлення особистості та модифікується в дорослому стані. Соціальні інститути, в яких відбувається повсякденна життєдіяльність людей, впливають на їх переживання в напрямку підтримання почуття конгруентності. Шкідливий вплив соціальних змін пов'язаний із руйнуванням почуття відповідності.

Згідно з концепцією Д. Доджема і В. Мартіна показниками впливу соціального стресу на індивіда є конгруентність статусу, відповідність його позиції в різних соціальних ролях, тобто рівень первинної захворюваності та поширеність (хворобливість) хронічних хвороб у популяції варіюються обернено-пропорційно статусній інтеграції спільноти. Модель представляє співвідношення гострих і хронічних хвороб у популяції у вигляді континууму, одним із полюсів якого є гостра хвороба, спричинена інфекційним агентом, де вплив стресу мінімальний, а іншим – хронічна хвороба, у виникненні та перебігу якої вплив стресу максимальний.

Наведені теорії впливу соціальних змін на здоров'я людини описують захисно-приспосувальні щодо ушкоджувальної дії соціального стресу фактори, наявні в стабільному суспільстві. Усі дослідження впливу соціальних змін на здоров'я популяції можна поділити на три групи:

- 1) дослідження ефектів втрати роботи (безробіття);
- 2) мікрорівневі епідеміологічні дослідження зв'язку економічної нестабільності та здоров'я;
- 3) макрорівневі епідеміологічні дослідження з використанням вторинних статистичних даних.

Необхідно зазначити, що тип патології, спричиненої стресом соціальних змін, може включати зростання не лише психічних і психосоматичних, а й інфекційних захворювань. Це може бути пояснено переважною дією пережитого стресу на імунну систему.

Відзначається також, що характер звернення за медичною допомогою відбивається не стільки щодо зниження потреби в лікувально-профілактичній підтримці, скільки в невідповідності між цією потребою і можливістю її своєчасного та якісного забезпечення.

Класовий градієнт здоров'я. Класовий градієнт здоров'я полягає в тому, що чим вище місце тієї чи іншої соціальної групи у вертикальній структурі суспільства, тим краще здоров'я представників цієї групи.

Дослідження останніх років відзначають зростання кореляцій із станом здоров'я факторів соціального середовища, демографічних факторів, особистісних характеристик індивідуума, поведінкових та когнітивних факторів. Дослідження життєдіяльності сталих соціально-демографічних груп, соціальних класів, територіальних популяцій показали істотні відмінності щодо стану їх здоров'я.

Нерівномірність розподілу здоров'я в суспільстві за соціальними класами (так званий класовий градієнт здоров'я) відома людству з найдавніших часів (Гіппократ, Гален, Цельс). Важливими факторами, що обумовлюють подібність показників здоров'я представників стійких соціальних груп (і відповідно відмінність від представників інших груп), є спільність умов життя, субкультуральних особливостей і детермінант, пов'язаної зі здоров'ям індивідуальної поведінки (цінність здоров'я, соціальні установки, що регулюють поведінку у сфері здоров'я).

До таких факторів належить також матеріальне становище, що відображає економічні можливості індивіда з використання ресурсів суспільства для збереження та зміцнення здоров'я (життєві умови, харчування, кваліфікована профілактична допомога, фізична активність).

Отже, проблема значущості класового градієнта здоров'я стає більш очевидною для нашого суспільства. Вивчення стану здоров'я етнічних груп та соціальних класів із соціально-культурних позицій стає актуальнішим, ніж із позицій біологічних.

Здоров'я суспільства та девіантна поведінка. Види девіацій як критерій оцінювання суспільного здоров'я

Як суб'єкт соціальних відносин особистість характеризується соціальною активністю, здатністю впливати на оточення, змінюючи його й себе. Причому активна діяльність особистості лише тоді є продуктивною, якщо узгоджується з культурними надбаннями суспільства, коли її поведінка взаємозв'язана з оточенням і має соціальний характер.

Соціальна поведінка – це дії людини стосовно суспільства, інших людей, оточуючої природи і речей. Діяльність і поведінка

особистості детермінуються, тобто обумовлюються, обмежуються не лише внутрішнім механізмом мотивації, взаємодії потреб, інтересів, цінностей особистості. Зовні на поведінку людини впливають існуючі в суспільстві норми.

За своїм характером соціальна поведінка може бути найрізноманітнішою: альтруїстичною чи егоїстичною, законслухняною або протизаконною, серйозною чи легковажною, коректною або грубою і т. ін.

Унаслідок різноманітних причин духовного, економічного, політичного характеру в суспільстві завжди є люди з девіантною поведінкою. Девіантна поведінка – це поведінка, що відхиляється від прийнятих у суспільстві ціннісно-нормативних стандартів. Наприкінці XIX і початку XX століття були поширені біологічні й психологічні трактування причин девіації. Італійський лікар Цезаре Ломброзо вважав, що існує прямий зв'язок між злочинною поведінкою і біологічними особливостями людини. Особливого значення він надавав рисам обличчя. Американський лікар і психолог Вільям Шелдон підкреслював важливість будови тіла. Прихильники психологічного трактування пов'язували девіацію з психологічними рисами (нестійкістю психіки, порушенням психологічної рівноваги і т. ін.).

Розгорнуте соціологічне пояснення девіації вперше подав Б. Дюркгейм. Він запропонував теорію аномії, що розкриває значення соціальних і культурних факторів. За Дюркгеймом, основною причиною девіацій є аномія, буквально, «відсутність регуляції», «безнормність». По суті аномія – це стан дезорганізації суспільства, коли цінності, норми, соціальні зв'язки або відсутні, або стають хиткими і суперечливими. Усе, що порушує стабільність, призводить до неоднорідності, нестійкості соціальних зв'язків, руйнування колективної свідомості (криза, змішання соціальних груп, міграція і т. ін.), породжує порушення суспільного порядку, дезорганізує людей, і в результаті з'являються різні види девіацій.

Поняття девіації в соціологічну систему ввів французький соціолог Еміль Дюркгейм, вивчаючи такий вид девіантної

поведінки, як самогубство. Проявами цього типу поведінки є правопорушення, злочини, наркоманія, проституція, алкоголізм тощо. Е. Дюркгейм вважав девіацію настільки ж природною, як і конформізм. Більше того, відхилення від норм має не лише негативний, а й позитивний початок. Девіація підтверджує роль норм, цінностей, дає більш повне уявлення про різноманітність норм. Реакція суспільства, соціальних груп на девіантну поведінку уточнює межі соціальних норм, зміцнює й забезпечує соціальну єдність. І, нарешті, девіація сприяє соціальній зміні, розкриває альтернативу існуючому, приводить до вдосконалення соціальних норм.

Теорія аномії набуває подальшого розвитку в Р. Мертоні. Основною причиною девіації він вважав розрив між цілями суспільства і соціально схвалюваними засобами здійснення цих цілей. Відповідно до цього він виділив типи поведінки, що на його думку є водночас типами пристосування до суспільства. Так, автор виокремив позитивну (самопожертвування, надпрацездатність, героїзм), негативну (тероризм, крадіжки, суїцид, цинізм) девіацію та основні форми (злочинність, пияцтво й алкоголізм, наркоманія, проституція, гомосексуалізм, аномія). Крім того, Р. Мертон вважав, що більшість членів суспільства визнають панівні в ньому норми й цінності, прагнуть реалізувати їх легальними, тими, що схвалюються суспільством, рекомендуються засобами.

У періоди, коли суспільні відносини зазнають істотних трансформацій, у кризові моменти розвитку суспільства прояви девіантної поведінки збільшуються. Усі ці різновиди відносин за цілями суспільства і засобами їх забезпечення є основою для девіантної поведінки.

Поряд із такими джерелами девіантної поведінки, як соціальна дезорганізація суспільства, катастрофа цінностей у сучасному суспільстві, ряд соціологів звертає увагу на значення впливу в суспільстві різних субкультур, зокрема субкультури злочинної поведінки. Спілкування з представниками злочинного світу (членами вуличних банд, торговцями наркотиками,

рекетирами та ін.) призводить до прийняття їх норм, цінностей, що відповідно спричиняє девіантну поведінку.

Розглядаючи девіацію як негативне явище, прихильники теорії конфлікту пояснюють її внутрішньою суперечливістю суспільства, конфліктами між соціальними групами. Правлячі класи використовують норми, особливо правові, проти тих, хто позбавлений влади. Девіантом у зв'язку з цим може бути оголошений той, хто виступає не проти загальноновизнаних норм, а норм, що захищають інтереси небагатьох. Відповідно до цієї теорії джерелом девіації є соціально несправедливий устрій суспільства, а її подолання пов'язане з подоланням соціальної несправедливості.

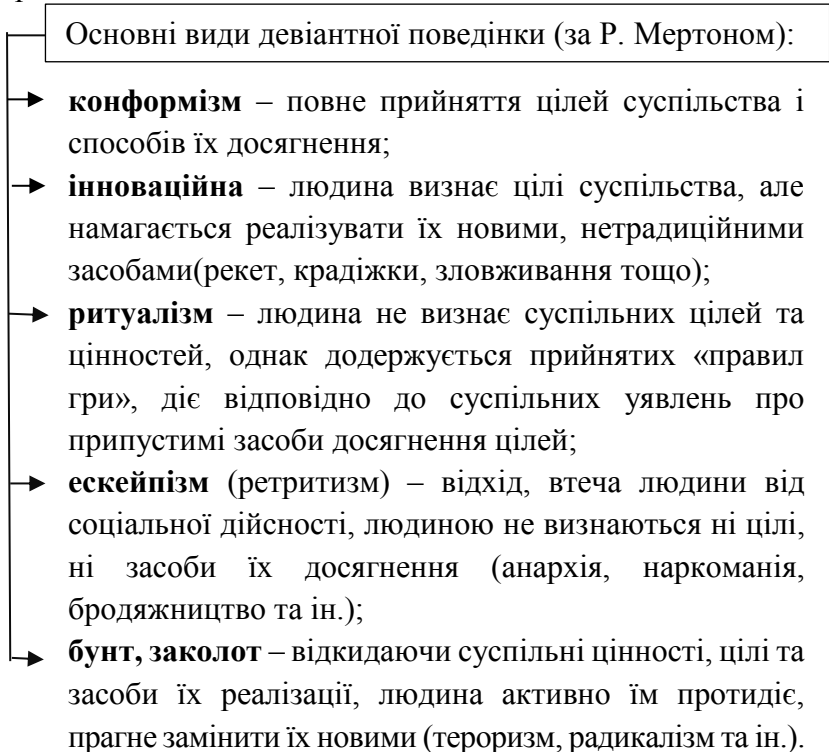


Рисунок 3.1 – Основні види девіантної поведінки (за Р. Мертоном)

До цього напрямку примикає теорія так званого навішування ярликів, відповідно до якої панівні соціальні групи нав'язують суспільству своє уявлення про девіації. Навішування ярлика девіанта приводить до того, що людина найчастіше й поводить як девіант.

Здається, що цінні моменти щодо характеру і причин девіантної поведінки містяться в різних теоріях. Зовсім очевидно, що сучасні західні концепції віддають перевагу аналізу соціальних джерел девіації. У країнах СНД набули розвитку загальна теорія соціальних відхилень і конкретні правові й соціологічні дослідження поведінки, що відхиляється. Появу і поширення девіації більшість дослідників пов'язують із суперечностями соціального розвитку. Девіантна поведінка є результатом дії широкого кола соціальних, економічних, культурних, історичних і політичних факторів.

Під час соціологічного вивчення причин поведінки, що відхиляється, особлива увага приділяється аналізу механізмів взаємозв'язку різних факторів. Зокрема, аналізується вплив ціннісних орієнтацій особистості, її установок, особливостей формування особистості, соціального середовища, стану суспільних відносин, інституціональних форм суспільства. Зазвичай соціальні відхилення пов'язані зі стійкими перекручуваннями ціннісних орієнтацій, типових для суспільства, соціальних груп. Так, жадоба наживи, придбання, презирство до праці, нерозбірливість у засобах діяльності спонукають до майнових злочинів. Егоцентрична орієнтація, зневага до інтересів інших, жорстокість призводять до агресивних дій.

Перекручування в системі ціннісних орієнтацій можуть виражатися в їх суперечливості й нестійкості. Якщо, наприклад, високо оцінюються моральні норми поважного ставлення до людини, але немає установки на їх реалізацію, немає готовності відстоювати цю норму, захищати гідність іншої особи, то це робить поведінку хитливою, непослідовною. Дуже негативно позначаються на поведінці суперечності між ціннісною орієнтацією та діяльністю, між цінностями декларованими й

реально функціонуючими, словом і справою, між цілями та можливостями їх досягнення.

На формування девіантної поведінки дуже впливають стан інституціональних форм суспільства, їх суперечливість. Наприклад, погана робота системи торгівлі сприяє поширенню спекуляції. Бюрократизм, сам будучи відхиленням від норми, сприяє появі різних відхилень, зокрема господарських злочинів, спричиняє соціальну напруженість і т. ін.

Істотний вплив на формування поведінки, що відхиляється, роблять такі соціально-психологічні особливості людей, як національна нетерпимість, брутальність і неврівноваженість, самовпевненість, марнославство, кар'єризм, низький самоконтроль. У нашій країні вони були значною мірою породженням адміністративно-командної системи управління. Позначаються на поведінці суперечливість, нестійкість норми, недоліки її фактичного застосування.

Необхідно враховувати вплив на поведінку стану реальних суспільних відносин. Стан соціальної напруженості, конфронтації, кризи підсилює розвиток негативних явищ: злочинності, алкоголізму, наркоманії та ін.

Дослідники сучасних процесів звертають увагу на те, що аномія закономірно виникає в суспільствах, які переживають трансформацію. Більше того, в умовах загальної кризи суспільства вона може набирати тотального характеру, що породжує хворобливі соціально-психологічні стани. На тлі посилення кризових явищ зростає незадоволеність своїм положенням. За даними загальнонаціональних опитувань, в Україні майже половина населення тією чи іншою мірою незадоволена своїм положенням, одна третина затрудняється визначити своє положення. Масове почуття соціальної незадоволеності, незатребуваності призводить до відчуження від суспільства, наростання тривожності. Одним із наслідків соціальної незадоволеності в умовах тотальної аномії є наростання песимістичних настроїв і навіть поява деморалізованості населення (занепад духу, розгубленість).

Механізм поведінки, що відхиляється, розкривається через аналіз взаємодії нормативного регулювання, особливостей особистості, її відносини до норми і реальної життєвої конфліктної ситуації. На поведінці позначаються гострота і тривалість конфліктної ситуації, особливості адаптації до неї особистості та інші моменти.

Різні види поведінки, що відхиляється, тісно пов'язані між собою, стимулюють один одного. Стосовно підлітків дослідження показали, що небезпечним насильницьким злочинам у 83 % випадків передували порушення різних правових норм, а в 100 % – моральних вимог. Дослідники вважають, зокрема, що наркоманія і злочинність молоді зазвичай є наслідками зловживання спиртними напоями.

За даними ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), у середньому від 2,8 % до 8 % алкоголіків закінчують життя самогубством, до 21 % з яких роблять спроби суїциду. Серед наркоманів висока питома вага злочинів проти суспільного порядку, хуліганства. Наркоманія, алкоголізм прискорюють деградацію особистості, є джерелами різних видів девіантної поведінки.

У сучасну епоху гострих соціальних потрясінь негативні відхилення, зокрема злочини, набувають усе більшого поширення. Виникли чи набули поширення нові особливі небезпечні її форми, зокрема, злочинність у бізнесі на внутрішньодержавному і міжнародному рівнях (злочинність транснаціональних монополій), корупція службовців, розкрадання творів мистецтва, злочинність, пов'язана з наркотиками, міжнародний тероризм, злочини проти споживача (фальсифікація продуктів), екологічні злочини, економічний шантаж та ін. Змінилися й форми злочинів, і типи негативних відхилень у нашій країні. Розвиток приватного підприємництва, кооперації внесли в наше життя таку форму зазіхань, як рекет. Набули розвитку організована злочинність, дитяча злочинність, проституція.

Тема 4. Методи оцінювання фізичного розвитку

Метод орієнтовних розрахунків. Метод антропометричних референс-стандартів. Фізіометричні показники. Визначення артеріального тиску (АТ) за аускультативним методом М. С. Короткова. Визначення рівня здоров'я людини за комплексом показників (Г. Л. Апанасенко та Р. Г. Науменко). Визначення індивідуального рівня фізичного здоров'я (за О. А. Пироговою).

Метод орієнтовних розрахунків

Цей метод базується на використанні емпіричних формул. У формулах не диференціюються стать та генетичні чи інші особливості розвитку. Тому формули дають лише приблизне уявлення про дійсний розвиток, але вони зручні в практичній роботі лікарів-педіатрів. За формулами одержують одну цифру, межами коливання показника необхідно вважати відхилення в різні боки на 7–10 %. Тобто, якщо антропометричний показник відхиляється від одержаного за формулами не більше ніж на $\pm 7-10\%$, то його вважають задовільним. Необхідно зазначити, що результати розрахунків за різними формулами істотно відрізняються. І те, що за однією формулою може свідчити про нормальний розвиток, за іншою – про відхилення. Це дає можливість вивчати її недоліки та особливості й урахувувати їх у подальшому користуванні.

Метод антропометричних референс-стандартів

Метод антропометричних референс-стандартів широко використовують як науковці, так і клініцисти. Він має значно більшу інформаційну цінність, ніж орієнтовні розрахунки. Його перевагами є врахування вікових і статевих, етнічних та регіональних особливостей. Розрізняють параметричні й непараметричні стандарти.

Параметричні сигмальні стандарти. У попередні роки домінувало використання параметричних таблиць і сигмального оцінювання фізичного розвитку, що передбачало визначення середньої арифметичної величини (М) та середнього квадратичного відхилення (сигма) відповідного

антропометричного показника й порівняння його із середніми фізичними показниками для осіб певного віку й статі та їх стандартним відхиленням. Показники, що виходять за межі $M \pm 2 \sigma$ (сигми) стандарту для здорових, свідчать про патологію.

Шкали регресії бувають дво- та тривимірними. Вони свідчать про додавання в масі (обводі грудної клітки) за зміни зросту на 1 см. При двовимірних ураховують лише додавання в масі тіла, при тривимірних – у масі та обводі грудної клітки. Таким чином, шкали регресії мають вигляд об'ємних таблиць, складених окремо для кожної статі та віку. На сучасному етапі найчастіше користуються непараметричними таблицями та їх графічними еквівалентами – номограмами.

Непараметричні стандарти – перцентильні (процентні або центильні) референс-стандарти. У разі їх використання показники розвитку формулюють у вигляді перцентильних величин і стандартизують їх за віком і статтю. Перцентильні таблиці складають із діапазоном від 5-го до 95-го перцентильних коридорів. Номер центиля означає ту межу ознаки, нижче від якої показники спостерігаються у 3 %, 10 %, 25 % або відповідно вище – у 97 %, 90 %, 75 % здорових осіб. Одержані результати фізичного розвитку зіставляють із таблицями.

За дискретної стандартизації вводять поняття «коридору» показників стандарту, обмежених величинами певних перцентилей. За нульовий коридор беруть показники в межах між 25-м та 75-м перцентиліями. Коридорами зі знаком «мінус» є межі між 10 % та 25 % (-1), між 5 % і 10 % (-2) та нижче від 5 % (-3). Коридори з позитивним знаком знаходяться між 75 % і 90 % (+1), між 90 % і 95 % (-2) та вище від 95 % (-3).

Таким чином, антропометричний вимір буде поданий у відносному вигляді зі знаком «-» для величин, менших за середню арифметичну, зі знаком «+» – для величин, більших за середню арифметичну. **СЕРЕДНІМИ** вважають показники фізичного розвитку, що потрапляють у 25–75 центильні коридори. **НИЖЧЕ ВІД СЕРЕДНЬОГО** вважають показники фізичного розвитку, які потрапляють у проміжки від 25 до 10 центилей. **ВИЩЕ ВІД СЕРЕДНЬОГО** вважають показники

фізичного розвитку, що трапляються у проміжки від 75 до 90 центилей і є тенденцією до відхилення в показнику. Межі від 10 % до 5 % та від 90–95 % коридорів свідчать про можливу наявність відхилення в розвитку. У цьому випадку говорять про НИЗЬКІ та ВИСОКІ показники.

Сьогодні широко використовують комплексну схему оцінювання фізичного розвитку. У ній ураховується як біологічний рівень зрілості, так і морфофункціональний стан організму. Необхідно підкреслити, що в різні вікові періоди окремі показники біологічного розвитку можуть бути основними і допоміжними. Спочатку визначають відповідність календарного віку рівню біологічного розвитку. Якщо показники біологічного розвитку відстають від календарного віку або випереджають його, це свідчить про затримку (ретардація) або прискорення (акселерація) темпів біологічного розвитку, якщо збігається більшість показників, біологічний розвиток перебуває в середньовікових межах. Виділення в групу осіб із відхиленнями фізичного розвитку обумовлене тим, що в них часто є порушення з боку серцево-судинної, ендокринної, нервової систем та ін., і вони підлягають спеціальному обстеженню.

Фізіометричні показники

Визначення життєвої ємності легенів (ЖЄЛ)

Шкалу спірометра необхідно встановити на нуль. Намагаючись триматися прямо, не сутулячись, після 2–3 коротких вдихів і видихів зробити максимальний вдих, закрити ніс і рівномірно максимально глибоко видихнути в спірометр. Виміри повторити три рази і записати максимальний результат (таблиця 4.1).

Визначення сили м'язів-згиначів кисті

У положенні стоячи відвести витягнуту руку з приладом у бік під прямим кутом щодо тулуба. Другу, вільну, руку опустити і розслабити. Стиснути динамометр із граничним зусиллям, але без ривка і будь-яких додаткових рухів рукою або тулубом. Повторити спробу 2–3 рази і за кращим результатом оцінити силу м'язів кисті.

Визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) за пульсом методом пальпації

Частоту серцевих скорочень пальпаторним методом найбільш часто визначають на променевої артерії. Другим, третім і четвертим пальцями домінуючої руки необхідно знайти пульс на променевої артерії лівої руки. У цьому разі пальці в суглобах зігнути так, щоб нігтьові фаланги їх були перпендикулярними долонній поверхні передпліччя. Упродовж хвилини проводити підрахунок пульсу.

Визначення артеріального тиску (АТ) за аускультативним методом М. С. Короткова

Сидячи на стільці, розслаблену руку необхідно покласти на стіл, на оголене плече надіти манжету мембранного тонометра (нижній її край повинен бути не менше ніж на 1–1,5 см від ліктьового згину). У ліктьовій ямці знаходиться пульсуюча плечова артерія, на яку ставиться фонендоскоп (прилад для прослуховування звуків, що виходять від органів тіла). У провідній руці розмістити закритий вказівним і великим пальцями клапан гумової груші. Стискаючи і відпускаючи грушу, нагнітається повітря в манжету, створюючи в ній тиск вище максимального, пульс водночас зникає. Повертаючи гвинтовий клапан, повільно випускати повітря з манжети, вислуховуючи судинні тони, що з'являються в плечовій артерії. Момент появи тонів, що відповідають систолі тиску, визначається за показаннями приладу. Продовжуючи знижувати тиск у манжеті, прослуховувати спочатку зростаючу силу тонів, а потім їх ослаблення і зникнення. Показання приладу фіксується на момент зникнення тонів, що відповідає діастолічному тиску. Величини систолічного й діастолічного тиску вимірюються в міліметрах ртутного стовпа (мм рт. ст.).

Таблиця 4. 1 – Фізіометричні показники людини

ЖЄЛ, см ³	Сила м'язів кисті, кг	ЧСС, уд./хв	АТ, мм рт. ст	
			АТсист	АТ діаст.

Оцінювання пропорційності, міцності тілобудови, співвідношення маси тіла, зросту, рівня розвитку грудної клітки згідно з методом індексів

Визначення пропорційності тілобудови за індексом Пірке

Індекс Пірке – Бедузі, або індекс пропорційності тілобудови, характеризує пропорційність довжини нижніх кінцівок щодо тулуба, його розраховують за такою формулою:

$$\frac{\text{Зріст стоячи, см,} - \text{Зріст сидячи, см,}}{\text{Зріст сидячи, см,}} \times 100 \% = \text{Індекс Пірке.}$$

У нормі індекс пропорційності дорівнює 87–92 %, що свідчить про пропорційну тілобудову, причому в жінок він дещо менший, ніж у чоловіків. Якщо індекс менший за 87 % потрібно вважати, що довжина нижніх кінцівок відносно мала, якщо більший за 92 % – відносно велика.

Інший варіант розрахунку пропорційності тілобудови – це розраховування за індексом скелії (ІС):

$$\frac{\text{Довжина ніг, см,}}{\text{Довжина тіла, см,}} \times 100 \% = \text{Індекс скелії (ІС).}$$

Оцінювання: якщо ІС менший ніж 84 – короткі ноги, 85–89 – середні ноги, більший за 90 – довгі ноги.

Визначення міцності тілобудови за індексом Пінье (1901)

Міцність тілобудови визначається за індексом Пінье:

Індекс Пінье (ІП) = Зріст, см, – (Маса тіла, кг, + ОГК у стані видиху, см)

Чим менший показник, тим організм вважається міцнішим.

Таблиця 4.2 – Оцінювання міцності тілобудови за індексом Піньє

Менше ніж 10	Дуже міцна
Від 10 до 15	Міцна
Від 16 до 20	Добра
Від 21 до 25	Середня
Від 26 до 30	Слабка
Від 31 і більше	Дуже слабка

М. В. Черноруцький (1929) запропонував величини індексу Піньє (ІП) використовувати для визначення типу конституції (тілобудови) людини. Згідно з класифікацією М. В. Черноруцького для нормостеніків ІП дорівнює від 10 до 30, для астеників – більше ніж 30, і для гіперстеніків ІП менше ніж 10.

Визначення відповідності маси тіла зросту

Відповідності маси тіла зросту розраховують за *індексом маси тіла* (ІМТ):

$$\frac{\text{Маса тіла, кг}}{(\text{Зріст, м})^2} = \text{ІМТ.}$$

Оцінювання: якщо індекс маси тіла (ІМТ) менший за 15, це гострий дефіцит маси тіла; від 15 до 18,5 – недостатня маса тіла (МТ); вище від 18,5 до 24,9 – нормальна МТ; 25,0–29,9 – надлишкова МТ; 30,0–34,9 – ожиріння I ступеня; 35,0–39,9 – ожиріння II ступеня; більше ніж 40 – ожиріння III ступеня. Зоною норми вважають величину індексу, що знаходиться в межах від 22 до 24.

Індекс Кетле – показує, скільки грамів маси тіла припадає на один сантиметр зросту. Для визначення цього індексу необхідно масу тіла в грамах поділити на довжину тіла в см:

$$\frac{\text{Загальна маса тіла, г,}}{\text{Зріст, см,}} = \text{Індекс Кетле.}$$

Оцінювання: в нормі величини індексу Кетле в дорослих коливається в межах 350–400 г/см для чоловіків і 325–375 г/см – для жінок; підвищення до 500 і вище свідчать про ознаки ожиріння, зниження до 300 і нижче – про ознаки зниженого живлення. У дітей 15 років нормальними величинами вважають 325 г/см для хлопчиків і 318 г/см – для дівчат.

Зросто-масовий індекс (індекс Брока – Бругша): придатний лише для оцінювання фізичного розвитку дорослих осіб, довжина тіла яких перебуває в межах не нижче ніж 155 см і не вище ніж 185 см.

Визначається за трьома формулами:

зріст стоячи, см, – 100 = маса тіла, кг (якщо зріст 155–165 см);

зріст стоячи, см, – 105 = маса тіла, кг (якщо зріст 165–175 см);

зріст стоячи, см, – 110 = маса тіла, кг (якщо зріст 175–185 см).

Індекс стрункісті (ІС) вираховують за такою формулою:

$$ІС = \text{маса тіла, кг} / \text{зріст, см,} - 100.$$

Оцінювання: якщо індекс менший за 0,8 – нездорова низька вага; 0,81–0,9 – стрункість; 0,91–1,0 – середня вага; 1,1 і більше – ожиріння.

Визначення та оцінювання ступеня розвитку м'язів–згиначів кисті домінуючої руки

Визначити ступінь розвитку м'язів кисті можна, розрахувавши динамометричний індекс (ДІ) м'язів–згиначів кисті:

$$\frac{\text{Сила м'язів кисті руки, кг,}}{\text{Маса тіла, кг,}} = \text{ДІ.}$$

Важливо порівняти одержані результати з особливостями способу життя (систематичне відвідування спортивної секції та

виконання фізичних навантажень, гіподинамія, тип конституції тощо) або з наявністю захворювань.

Таблиця 4.3 – Оцінювання результатів визначення динамометричного індексу

Розвиток сили м'язів– згиначів кисті домінуючої руки	Результат динамометричного індексу	
	чоловік	жінка
Відмінний	Більше ніж 0,8	Більше ніж 0,6
Добрий	0,7–0,8	0,56–0,60
Задовільний	0,60–0,69	0,40–0,55
Поганий	Менше ніж 0,6	Менше ніж 0,4

Визначення рівня здоров'я людини за комплексом показників (Г. Л. Апанасенко та Р. Г. Науменко)

Для визначення рівня фізичного здоров'я необхідно виконати декілька проб. На початку необхідно визначити ЧСС у стані спокою за 10 с і занести одержаний результат до таблиці 4. Потім виконати 20 глибоких присідань за 30 с (ноги на ширині плечей, присідаючи витягнути руки вперед, встаючи опустити руки). Далі сидячи підрахувати ЧСС за 10 с у кінці першої, другої, третьої і так далі хвилин до повного відновлення. Час відновлення ЧСС, хв, після 20 присідань за 30 с. Показники занести до таблиці 4.4.

Таблиця 4.4 – Відновлення пульсу після виконання фізичного навантаження

Показник	Спокій	Час відновлення, хв			
		1	2	3	4
ЧСС, уд./хв					

Таблиця 4.5 – Протокол показників здоров'я людини за Г. Л. Апанасенко та Р. Г. Науменко

ПОКАЗНИКИ	Індекси співвідношень дослідженого	Бали
<i>Маса тіла, г, : Зріст, см</i>		
<i>ЖЄЛ, см3 : Маса тіла, кг</i>		
<i>Сила м'язів кисті, кг, : Маса тіла, кг</i>		
<i>(ЧСС і АТ сист) : 100</i>		
<i>Час відновлення ЧСС після 20 присідань за 30 секунд, хв</i>		
<i>Сума балів</i>		
<i>Загальна оцінка здоров'я</i>		

Оцінювання одержаних показників у балах за таблицею 4.6.

Таблиця 4.6 – Оцінювання індексів фізичного здоров'я в балах

Групи здоров'я	1-ша	2-га	3-тя	4-га	5-га
Чоловіки					
<u>Маса тіла, г</u>	501 і більше	451–500	450 і менше	–	–
<u>Зріст, см</u>	–2	–1	0	–	–
<u>Бали</u>	0	1	2	4	5
<u>ЖЄЛ, мл</u>	40 і менше ніж	41–45	46–50	51–57	57 і більше
<u>Маса тіла, кг</u>	0	1	2	4	5
<u>Бали</u>	0	1	2	3	4
<u>Сила м'язів кисті, кг</u>	60 і менше	61–65	66–70	70–80	80 і більше
<u>Маса тіла, кг</u>	0	1	2	3	4
<u>Бали</u>	0	1	2	3	4

Продовження таблиці 4.6

Групи здоров'я	1-ша	2-га	3-тя	4-та	5-та
(ЧСС · АТсист) : 100	111 і більше	95–110	5–94	70–84	69 і менше
Бали	–2	0	2	3	4
Час відновлення ЧСС після 20 присідань за 30 с, хв	Більше 3	2–3	1,30– 1,58	1,00– 1,29	59 і менше
Бали	–2	1	3	5	7
Жінки					
<u>Маса тіла, г</u> <u>Зріст, см</u>	451 і більше	351–450	350 і менше	–	–
Бали	–2	–1	0	–	–
<u>ЖЄЛ, мл</u> <u>Маса тіла, кг</u>	40 і менше	41–45	46–50	51–57	57 і більше
Бали	0	1	0	4	5
<u>Сила м'язів кисті, кг</u> <u>Маса тіла, кг</u>	40 і менше	41--50	51–55	56–60	60 і більше
Бали	0	1	2	3	4
(ЧСС x АТсист) : 100	111 і більше	95–110	85–94	70–84	69 і менше
Бали	–2	0	2	3	4
Час відновлення ЧСС після 20 присідань за 30 с, хв	Більше 3	2–3	1,30– 1,59	1,00– 1,29	59 і менше
Бали	–2	1	3	5	7
Оцінювання результатів					
Сума балів	–6	2	9	15	20
Рівень фізичного здоров'я	Низький	Нижчий від середнього	Середній	Хороший	Відмінний

Визначення рівня розвитку грудної клітки.

Рівень розвитку грудної клітки визначається за індексом пропорційності грудної клітки (ІПГК):

$$\frac{\text{ОГК, см,}}{\text{Зріст стоячи, см,}} \times 100 \% = \text{ІПГК,}$$

де ОГК – обвід грудної клітки.

Оцінювання: показник від 50 % до 55 % відповідає нормальному розвитку, більше ніж 56 % – відмінному розвитку, менше ніж 50 % – недостатньому, слабкому розвитку грудної клітки.

Наступний індекс, що визначає пропорційність розвитку грудної клітки, – це *індекс Ерісмана*. Його застосовують переважно в дітей і вираховують шляхом віднімання від окружності грудної клітки в спокої в см половини довжини тіла в см:

$$\text{ІЕ} = \text{обвід грудної клітки в спокої, см,} - 0,5 \text{ довжини тіла, см}$$

Оцінювання: в нормі цей індекс становить +5,8 см для юнаків та +3,8 см – для дівчат, і свідчить про добре розвинену грудну клітку. Якщо різниця менша або має негативне значення, це свідчить про вузьку грудну клітку.

Визначення індивідуального рівня фізичного здоров'я (за О. А. Пироговою)

Користуючись показниками ЧСС і АТ, ваги та зросту, визначити індивідуальний рівень фізичного здоров'я (ІРФЗ) за такою формулою:

$$\text{ІРФЗ} = (700 - 3\text{ЧСС} - 2,5\text{АТдіаст}) + (\text{АТсист} - \text{АТдіаст}) / (3 - 2,7\text{В} + 0,28\text{М}) / (350 - 2,7\text{В} + 0,21\text{Р}),$$

де ЧСС, уд./хв, – частота серцевих скорочень; АТсист – артеріальний тиск систолічний, мм рт. ст.; АТдіаст –

артеріальний тиск діастолічний, мм рт. ст.; Р – зріст, см; М – маса тіла, кг; В – вік (кількість повних років). Одержані результати занести до таблиці 4.7.

Таблиця 4.7 – Оцінювання індивідуального рівня фізичного здоров'я за О. А. Пироговою

РІВЕНЬ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я	ДІАПАЗОН ЗНАЧЕНЬ
Низький від	0,375 і менше
Нижчий середнього	0,376–0,525
Середній	0,52–0,675
Вищий від середнього	0,67–0,825
Високий від	0,826 і більше

Необхідно порівняти результати визначення індивідуального рівня здоров'я за методиками Г. Л. Апанасенко – Р. Г. Науменко і О. А. Пирогової. Одержання за цими двома методиками подібних оцінок рівня фізичного здоров'я є свідченням досить високої точності визначеного рівня власного здоров'я.

Тема 5. Теоретичні засади формування здорового способу життя

Визначення поняття здорового способу життя. Поняття формування здорового способу життя. Поняття ідеології формування здорового способу життя. Принципи формування здорового способу життя. Цілі та основний механізм формування здорового способу життя. Поняття стратегії формування здорового способу життя. Заходи щодо формування здорового способу життя.

Поняття здорового способу життя.

Численні дослідження поняття способу життя з позицій суспільних наук визначають цю категорію таким чином. Спосіб життя – це діяльність людини в загальному вигляді, зокрема, сукупність істотних рис, що характеризують діяльність народів, класів, соціальних груп, особистостей, яка (діяльність) детермінована умовами певної суспільно-економічної формації, способом виробництва, рівнем життя, сукупністю природно-географічних і суспільно-історичних умов, ціннісних установок, властивих окремим індивідам, соціальним групам, суспільству у цілому. З цієї філософської платформи походить визначення, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) – це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через посередництво діяльності з оздоровленню умов життя – праці, відпочинку, побуту. Більш просте уявлення дає сучасний валеологічний погляд на ЗСЖ – так звана формула здоров'я, що означає всі дії людини, безпосередньо спрямовані або які опосередковано стосуються формування, збереження, зміцнення, споживання, відновлення і передавання здоров'я.

Складові ЗСЖ вмщують різноманітні елементи, що стосуються всіх сфер здоров'я – фізичної, психічної, соціальної й духовної. Найважливіші з яких – харчування (зокрема, якісна питна вода, необхідна кількість вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів і харчових добавок), побут (якість житла, умови для пасивного й активного

відпочинку, рівень психічної й фізичної безпеки на території життєдіяльності), умови праці (безпека не лише у фізичному, а й у психічному аспекті, наявність стимулів та умов професійного розвитку), рухова активність (використання засобів фізичної культури і спорту, різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримання, відновлення після фізичних і психічних навантажень). Неабияке значення для ЗСЖ мають інформованість людей і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, здатних протидіяти природному процесу старіння, належних екологічних умов, достатньої системи охорони здоров'я. Крім того, існує багато інших складових ЗСЖ, що стосуються переважно не лише фізичного й психічного, а й соціального та духовного здоров'я (відсутність шкідливих звичок, панівна світоглядна настанова на пріоритетну цінність здоров'я тощо).

Вищевикладені уявлення про здоров'я людини, здоровий спосіб життя, їх деякі характеристики логічно підводять до того, що досягнення високого рівня реалізації потенціалу особистого і суспільного здоров'я не може бути здійснене спонтанними, позасистемними зусиллями кількох ентузіастів або декількох груп людей, якщо воно не буде підтримано системою науково обґрунтованих заходів, які є природною частиною державної і громадської політики країни. Такою системою є ФЗСЖ. Для її впровадження в життя країни потрібно, щоб знаннями про ФЗСЖ на першому етапі діяльності опанували ті особи, які найближчі до процесу розроблення та ухвалення управлінських і політичних рішень на всіх рівнях влади і до того ж є найбільш організованою частиною суспільства. Тому саме державним службовцям, котрі мають стосунок до підготовки впливових рішень доцільно мати уявлення про теоретичні засади ФЗСЖ.

Світовою спільнотою ФЗСЖ визначається як процес застосування зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективній політиці, розробленню доцільних програм, наданню відповідних послуг, що можуть підтримати та поліпшити наявні рівні здоров'я, дати людям

можливість посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його.

Поняття ідеології ФЗСЖ.

ФЗСЖ ґрунтується на певних ідеологічних засадах. По-перше, це ідея пріоритету цінності здоров'я у світоглядній системі цінностей людини, по-друге, сприйняття здоров'я не лише як стану відсутності захворювання або фізичних вад, а дещо 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. Крім того, це ідея так званого перерозподілу відповідальності. Мається на увазі, що контроль способу життя повинен здійснюватися і державою, і громадою (суспільством), і самою людиною. Людина сама себе наділяє певною відповідальністю щодо контролю власного життя, бере на себе особисту відповідальність за дії, рішення, їх наслідки. Так само і громада переймається деякою часткою відповідальності за здоров'я своїх членів. Тобто держава делегує частину своєї влади громаді та окремій людині. Відповідно ця ідея передбачає і спрямування певної частини ресурсів та прав контролю від держави до громад й окремих осіб. Також і певна частка відповідальності за здоров'я припадає на саму людину й громаду, де вона перебуває, хоча основну відповідальність за здоров'я суспільства несе держава.

Отже, ідеологічні засади формування здорового способу життя (ФЗСЖ) демонструють істотну відмінність на міжнародному рівні прийнятого сучасного підходу від традиційно звичного для українського суспільства. Ці ідеологічні засади ФЗСЖ визначають ідеї пропагування, в основному проголошені Оттавською хартією:

- ФЗСЖ стосується не лише офіційно спеціалізованих структур охорони здоров'я або надання послуг ЗСЖ, а виходить далеко поза їх межі, порушуючи проблеми загального добробуту;

- здоров'я – основний ресурс для громадського та особистого соціального й економічного розвитку, важливий вимір якості життя, показник конкурентоспроможності людини;

– політичні, економічні, суспільні, культурні, поведінкові та біологічні умови існування – усі вони можуть або сприяти здоров'ю, або шкодити йому. Зробити ці умови сприятливими можливо, уживаючи заходів щодо ФЗСЖ;

– застосування ідеології ФЗСЖ саме по собі ще не є запорукою позитивних змін, тому що люди неспроможні досягти свого найповнішого потенціалу здоров'я, якщо не в змозі контролювати всі чинники, що визначають їх здоров'я. Тому політика ФЗСЖ повинна визначити напрями діяльності, де потрібен контроль реальної ситуації;

– заходи ФЗСЖ повинні бути спрямовані на зменшення відмінностей у наявному стані здоров'я і забезпечення людям рівних можливостей та ресурсів для досягнення свого найповнішого потенціалу здоров'я.

Поняття принципів ФЗСЖ.

Першим і найважливішим принципом ФЗСЖ є *партнерство*. Мається на увазі, що передумови і перспективи гарного здоров'я не можна забезпечити лише зусиллями спеціалізованих структур. ФЗСЖ потребує скоординованої діяльності всіх зацікавлених сторін: урядів, секторів охорони здоров'я та інших суспільних і економічних секторів, недержавних організацій, місцевої влади, промисловості та засобів масової комунікації. До цього процесу залучаються також люди з усіх сфер життя – окремі індивіди, родини, громади. Персонал системи охорони здоров'я бере на себе основну відповідальність за посередництво у спрямуванні всіх цих різноманітних інтересів у суспільстві на поліпшення загального здоров'я. Дві основні тези принципу партнерства:

1) ФЗСЖ є дійовим тоді, коли використовує партнерські відносини з усіма зацікавленими силами – організаціями та особами з усіх сфер життя, а не лише зі спеціалізованими структурами, що мають відношення до проблем здоров'я;

2) спеціалізовані медичні структури, що мають відношення до здоров'я, – це лідери, ініціатори, організатори і відповідальні за посередництво у налагодженні партнерських відносин з іншими силами з усіх сфер життя.

Ще один принцип ФЗСЖ – *пристосування*. 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, країн, ураховуючи особливості їх суспільного, економічного й культурного устрою.

Мета ФЗСЖ – сприяти досягненню здоров'я в широкому розумінні благополуччя і здоров'я для всіх, на всіх рівнях, в усіх сферах, з усіма детермінантами (передумовами).

Основний механізм ФЗСЖ полягає в тому, що ФЗСЖ наділяє окремих осіб (групи людей, громади) здатністю позитивно впливати на проблеми здоров'я. Створення засобами ФЗСЖ розуміння того, що лише самим особам (групам, громадам) насамперед, а не державі чи спеціальним інституціям належить право вибору поведінки (право ініціатив, рішень, дій), істотно підвищує контроль власної життєдіяльності і відповідно збільшує потенції позитивних впливів на проблеми здоров'я.

Поняття стратегій ФЗСЖ.

У практичній діяльності під час розроблення заходів ФЗСЖ звертають увагу на те, щоб зміст цих заходів якомога повніше охоплював деякі аспекти діяльності, які прийнято визначати як основні стратегії ФЗСЖ. Це окремі напрями діяльності в складі цілісного, бажано, комплексного заходу, які визнані найбільш ефективними з точки зору досягнення кінцевого результату. Чим більше стратегій із восьми основних у змозі поєднати окремих захід, тим більше шансів на успіх він матиме. *Прийнято визначати такі стратегії:*

- знання учасниками заходу загальних закономірностей і конкретних проблем, що стосуються аспектів особистого й громадського здоров'я;

- надання інформації про наявний стан і можливості покращання тих конкретних питань здоров'я, які є основними в змісті даного заходу;

- сприяння розвитку свідомості та активності тих місцевих громад і груп людей, яких найбільше стосується ця проблема

здоров'я, управління й координація їх власних зусиль у напрямі вирішення проблеми на засадах самоврядування;

– розвиток і досягнення змін в організаційному забезпеченні діяльності з проблем здоров'я – удосконалення діяльності служб охорони здоров'я, застосування сучасних засобів менеджменту у вирішенні конкретних проблем, на які спрямований даний захід;

– формування політики здоров'я як необхідна частина діяльності з виховання правильних ціннісних орієнтирів осіб і громади, де здійснюється захід;

– відстоювання прав осіб (груп, громад) на здоровий спосіб життя шляхами використання законодавчих можливостей, дій самоврядування, пошуку компромісу з тими структурами виробництва, бізнесу тощо, які перешкоджають людям;

– міжгалузева співпраця (партнерство з усіма, хто може бути корисним при вживанні заходу);

– самодопомога та взаємодопомога (прищеплення особистих навичок ЗСЖ і громадської активності з питань здоров'я, розвиток бажання й уміння допомагати членам найближчого оточення, громади тощо).

Поняття заходів щодо ФЗСЖ. Розрізняють за напрямками діяльності п'ять великих груп (або комплексів) заходів щодо ФЗСЖ. Це формування лояльної до здоров'я політики, створення сприятливого середовища існування людей (природного і соціального), підвищення активності громад, розвиток персональних людських навичок, переорієнтація служб охорони здоров'я на профілактику. Заходи щодо кожного напрямку вживаються за певними принциповими положеннями.

1. Формування лояльної до здоров'я політики потребує:

– спільних зусиль усіх управлінців на всіх рівнях усіх гілок влади, всіх галузей державного і приватного секторів та громадських організацій;

– усвідомлення ними відповідальності за стан громадського здоров'я, наслідки своїх рішень; поєднання різноманітних взаємодоповнювальних підходів на користь

громадського здоров'я, міжгалузевої координації дій, організації спільних міжгалузевих заходів;

– застосування законодавчих і фінскальних механізмів для стимулювання дій, спрямованих на покращання здоров'я населення; ініціювання та розроблення спеціальних заходів щодо оподаткування суб'єктів підприємницької діяльності відповідно до їх впливу на стан громадського здоров'я;

– розбудови організаційних змін у системі державного управління для оптимізації зусиль різноманітних структур на користь здоров'ю населення;

– прагнення до більш рівномірного розподілу прибутків на користь малозабезпечених категорій населення, справедливої соціальної політики, сприяння вирівнюванню умов і можливостей людей для здорового способу життя;

– створення обставин, за яких асортимент та якість товарів і послуг більше відповідатимуть інтересам здоров'я людей, а середовище буде чистішим та приємнішим для життя;

– виявлення перешкод у політиці сприяння здоров'ю населення і розроблення засобів їх усунення;

– прагнення під час підготовки важливих політичних рішень до пошуку таких варіантів компромісу між інтересами здоров'я людей та інтересами виробництва, бізнесу, урбанізації тощо, які (варіанти) були б прийнятними для політиків вищого ешелону влади, реалістичні для впровадження і популярні серед населення, тобто полегшували б політикам складний (майже завжди) вибір рішень на користь суспільного здоров'я.

2. Створення сприятливого середовища передбачає такі положення:

– середовище існування людини складається із суспільного і природного оточення. Відносини між цими оточеннями складні та взаємозв'язані. Нерозривний зв'язок людини і середовища її існування, взаємозв'язок двох складових середовища (суспільної й природної), взаємозв'язок чотирьох складових здоров'я людини (фізичної, психічної, соціальної, духовної) – усе разом обумовлює необхідність розробляти заходи щодо ФЗСЖ на основі соціоекологічного підходу до здоров'я;

– будь-які заходи щодо ФЗСЖ не можуть бути істотно дійовими, якщо не враховувати загального провідного принципу для всього світу, окремих країн, націй, регіонів, громад та особистостей – всіляке заохочення взаємопідтримки. Люди повинні дбати одне про одного, про своє найближче оточення (його суспільну складову – невеликі громади, екологічну складову – повсякденні контакти з фізичними, хімічними, біологічними чинниками природного і штучного середовища). У зворотному напрямі – громади повинні дбати про своїх членів, їх оточення. Пошук засобів заохочення такої взаємопідтримки, надання їх сильним і владним особам – творцям політики є важливою частиною ФЗСЖ. У подальшому ФЗСЖ має перспективу простягнути такий «ланцюжок дбайливості» від окремих людей і громад до всього світу. Заходи щодо ФЗСЖ повинні всіляко акцентувати на тому, що збереження природних ресурсів у кожному куточку світу – це глобальна відповідальність людства у цілому та особиста відповідальність тих громад і людей, які найближчі до тих куточків зокрема;

– значно впливають на здоров'я моделі життя, праці та відпочинку. Незважаючи на їх розмаїття і постійну зміну, ФЗСЖ висуває такий принцип, із яким узгоджує свої заходи, – праця і відпочинок повинні бути джерелом здоров'я. Заходи ФЗСЖ спрямовуються на те, щоб спосіб організації праці, прийнятий у суспільстві, не заважав, а допомагав покращити здоров'я. Заходи ФЗСЖ повинні сприяти досягненню умов життя, праці та відпочинку, що є безпечними, стимулювальними, задовільними, приємними;

– захист природного і штучного середовища збереження ресурсів є основним змістом екологічної складової соціоекологічного підходу до здоров'я. Використання цього підходу під час визначення заходів ФЗСЖ не буде об'єктивним, якщо не мати постійної правдивої інформації про реальний стан середовища, його вплив на біологічні істоти, особливо ураховуючи те, що завдяки діяльності людей та стихіям цей стан і вплив постійно змінюються. Отже, важливий напрям заходів щодо ФЗСЖ – усвідомлення необхідності та організація

діяльності щодо систематичного оцінювання (моніторингу) впливу на здоров'я людей середовища, що постійно змінюється, особливо у сферах людської праці, застосування потенційно небезпечних технологій, виробництва енергії, урбанізації тощо. ФЗСЖ сприяє систематичному оцінюванню та оприлюдненню її результатів, передбачає, щоб оцінка спонукала до дій, які створювали б умови для поліпшення здоров'я людей.

3. Підвищення активності громад залежить від усвідомлення, того що:

– основна «рушійна сила», потенціал, середовище розроблення і впровадження ФЗСЖ в усіх розвинених країнах світу – це громада (місцева територіальна, етнічна, релігійна, культурна тощо). Саме завдяки активності громади щодо визначення пріоритетів, ухвалення рішень, планування стратегій і впровадження заходів щодо поліпшення здоров'я здійснюється ФЗСЖ. Звідси першочергове завдання для ФЗСЖ – всіляко сприяти зміцненню громад, їх розвитку і спрямуванню зусиль на проблеми здоров'я таким чином, щоб активізувати наявні у громаді людські й матеріальні ресурси, заохотити членів громади до само- і взаємодопомоги через гнучкі системи, ініціативи, організаційні утворення всередині громади;

– заходи ФЗСЖ здатні підвищувати активність громади, якщо вони можуть забезпечити доступ до потрібної інформації, навчання навичок поліпшення здоров'я, фінансову підтримку.

4. Розвиток персональних навичок переважно спрямований на інформаційну та освітню діяльність, що має на меті збільшувати спроможності людей зробити правильний вибір, посилювати контроль за здоров'ям, набувати вмінь та навичок спрямовувати зусилля на власне здоров'я, на здорове середовище. ФЗСЖ повинне робити людей спроможними постійно, впродовж усього життя, навчатися засобів поліпшення здоров'я, протистояти хронічним хворобам, травмам, передчасному старінню. ФЗСЖ передбачає (вживає відповідних заходів), щоб ця робота виконувалась в усіх складових соціального оточення (заклади навчання, помешкання, праці, відпочинку, громадські заходи) через усі можливі інституції

(освітні, професійні, комерційні, благодійні, добровільні) всіх форм власності (державної та недержавних).

5. *Переорієнтація служб охорони здоров'я* повинна відбуватися за принципом розширення сфери відповідальності спеціалізованої системи охорони здоров'я в напрямі власне ФЗСЖ, виходячи за межі лікування. Такий підхід передбачає:

- покладання відповідальності за ФЗСЖ на окремих індивідів, професійні організації, громадські об'єднання фахівців, що стосуються сфери охорони здоров'я, а також на уряди, інші органи влади взагалі, які причетні до створення сприятливої (або несприятливої) політики щодо здоров'я в широкому розумінні його феномена;

- надання службам охорони здоров'я широких повноважень, можливості використання цих повноважень у напрямі уваги до культурних потреб, впливу на суспільні, політичні, економічні компоненти фізичного середовища;

- приділення уваги дослідженням з охорони здоров'я, змінам у системі професійної освіти і практики охорони здоров'я з формування організаційних та поведінкових змін, що сприятимуть переорієнтації зусиль спеціалізованої системи від обмеження лікувальними діями на пріоритет сукупних потреб людини як цілісної особистості.

Загалом принципові положення всіх п'яти груп (комплексів) заходів ФЗСЖ містяться у ключових тезах Оттавської хартії: «Здоров'я створюється і втрачається людьми у ситуаціях їх повсякденного життя: там, де вони навчаються, працюють, розважаються і кохають. Здоров'я створюється в процесі піклування про себе та про інших, умінням приймати рішення й здобувати контроль над обставинами власного життя і забезпечувати таке становище, щоб суспільство, в якому людина живе, створювало умови для доброго здоров'я всіх його членів».

Тема 6. Методологія і методика формування здорового способу життя

Мета здорового способу життя, цінності формування здорового способу життя, стрижневий механізм здорового способу життя. Завдання формування здорового способу життя. Основні принципи планування. Основні принципи оцінювання формування здорового способу життя. Принципи найуспішніших практик формування здорового способу життя. Канадська модель формування здорового способу життя.

На сьогодні розроблено декілька схем і моделей філософсько-методологічного рівня, які мають на меті вирішення проблеми методології ФЗСЖ. Цей матеріал досить складний для самостійного опанування і більшою мірою цікавий для тих, хто безпосередньо розробляє конкретні проекти ФЗСЖ, ніж для державних управлінців, які готують й ухвалюють принципові узагальнені рішення, що прямо чи опосередковано стосуються здоров'я населення. Тому в конспекті лекцій поданий лише скорочений опис згаданих схем і моделей, з метою створити загальне уявлення про характер та обсяг роботи, яку доцільно виконувати під час планування і розроблення проектів ФЗСЖ.

З багатьох наукових доробок сучасної теорії ФЗСЖ найбільш повно характеризують її методологічні засади чотири моделі:

- модель концептуально-філософського рівня – загальна модель планування та оцінювання здорового способу життя;
- модель методичного підходу до планування заходів ФЗСЖ – схема планування та обґрунтування ФЗСЖ;
- загальні методологічні ознаки, властиві найбільш вдалим прикладам упровадження ФЗСЖ у життя різних громад – принципи найуспішніших практик ФЗСЖ;
- модель прикладного рівня, що ілюструє використання загальних методологічних положень у конкретних умовах – канадська модель ФЗСЖ серед населення.

Загальна модель планування та оцінювання здорового способу життя створена вченими Центру пропаганди здорового способу життя Торонтського університету. Ця модель методологічно ідентифікує і структурує принципи й положення Хартії за такими категоріями: мета, цінності, механізм, детермінанти здоров'я тощо.

Мета ФЗСЖ передбачає поліпшення добробуту взагалі, здоров'я в цілісному розумінні, а не лише лікування, профілактику окремих захворювань, зниження рівнів захворюваності та смертності.

Стрижневі цінності ФЗСЖ – здоров'я як позитивна і цілісна категорія, соціальна справедливість, рівність, загальна участь у вирішенні проблем здоров'я.

Стрижневий механізм ФЗСЖ (механізм наділення здатністю) – найбільш ефективний спосіб досягнення мети ФЗСЖ, який повинен збільшувати спроможності індивідів і громад контролювати детермінанти здоров'я та інші чинники, що можуть впливати на здоров'я.

Детермінанти здоров'я – ширші, ніж суто медичні, чинники, що обумовлюють рівень здоров'я – чинники макрорівня, а саме: нерівність у доходах, суспільний статус, соціальні мережі підтримки, освіта, зайнятість і умови праці, фізичне середовище, біологічні й генетичні особливості, персональні навички та уміння запобігати шкоді здоров'ю, здоровий розвиток у дитинстві, медичне обслуговування.

Два узагальнених завдання ФЗСЖ:

– сприяти зростанню спроможності індивідів та громад контролювати детермінанти здоров'я, інші впливові чинники;

– створювати та підтримувати інституційні та фізичні середовища, що сприятимуть позитивному використанню мети, цінностей, механізму, детермінант, пріоритетних зон діяльності ФЗСЖ.

Основні принципи планування ФЗСЖ:

– тісний взаємозв'язок між усіма компонентами заходу (ініціативи) ФЗСЖ, що пропонується для реалізації;

– планування ініціативи в напрямі від рівня загального концептуального принципу до рівня конкретних дій (якщо реалії життя потребують планування ініціативи у зворотному напрямі – знизу, з рівня конкретних дій, доцільно визначити місце і напрям цієї ініціативи щодо вищого рівня – рівня узагальнених елементів).

Наприклад, якщо сплановано і реалізується навчання певного контингенту певних засобів запобігання певній шкоді здоров'ю, доцільно визначити, яким загальним цілям ФЗСЖ і стрижневим цінностям воно (навчання) відповідає, в межах яких детермінант і зон діяльності буде впливати);

– чітке визначення мети і завдань усіх рівнів (вищого, середнього, безпосереднього);

– спрямування ініціатив (заходів) ФЗСЖ нижчих рівнів на остаточне досягнення мети та завдань ФЗСЖ вищих рівнів (загальних мети і завдань);

– узгодження ініціатив ФЗСЖ з його стрижневими цінностями, побудова заходів на цих цінностях, їх примноження і покращання;

– використання ініціатив стрижневого механізму наділення здатністю як найбільш, ефективного способу досягнення мети ФЗСЖ (наприклад збільшення спроможності індивідів і громад шляхом навчання або надання засобів контролю над детермінантами здоров'я);

– висування власної мети для кожних ініціатив ФЗСЖ, а саме: послаблювати або усувати (якщо це можливо) чинники негативного впливу на здоров'я і навпаки – посилювати (створювати, у разі можливості) чинники позитивного впливу; враховувати потенційний вплив на застосовану ініціативу детермінант здоров'я і передбачати відповідні стратегії для запобігання, використання або пристосування; допомагати індивідам і громадам враховувати детермінанти здоров'я, передбачати їх можливий негативний вплив і навчати відповідних дій (долати, запобігати, пристосовуватися);

– спрямування ініціатив на різні види діяльності. Чим більше (по можливості) інтегровано пріоритетних видів

діяльності, тим більша ймовірність одержання позитивних результатів, тим вагоміші самі результати;

- використання в кожній ініціативі ФЗСЖ різних взаємоінтегрованих стратегій – вони підтримують одна одну, що збільшує ймовірність одержання позитивного результату та його вагомість;

- планування ініціатив ФЗСЖ відповідно до чітко зрозумілих уявлень щодо причинно-наслідкового зв'язку між цілями і завданнями ФЗСЖ та застосованими стратегіями, видами діяльності;

- реалістичність планування, тобто врахування ресурсних обмежень;

- планування ініціатив ФЗСЖ на підставі сучасних науково обґрунтованих знань, використання даних досліджень і оцінок, специфічних для конкретної ініціативи.

Основні принципи оцінювання ФЗСЖ:

1. Принцип взаємозв'язку «оцінка-планування» – тобто якість оцінювання ініціативи ФЗСЖ залежить від якості концептуальної схеми планування, обраної для цієї ініціативи, і від можливості об'єктивного оцінювання елементів (процесів) моделі, що побудована під час планування.

Планування й оцінювання – єдиний процес, де обидва компоненти взаємозв'язані і взаємообумовлені. Кожний етап планування потребує оцінювання, що коригує план за принципом зворотного зв'язку. Нове планування враховує попередню оцінку і потребує наступної, і так упродовж усіх етапів. Планування дає можливість для оцінювання передбачає нове планування.

2. Принцип перевірки повноти втілення ініціативи щодо всіх елементів планування полягає в необхідності перевірки ступенів:

- ступеня досягнення мети і завдань, що були визначені в ініціативі;

- ступеня використання (віддзеркалення) цінностей, що визначені в ініціативі;

- ступеня успішності застосування стрижневого механізму ФЗСЖ – наділення здатністю;

– ступеня урахування детермінант здоров'я, ідентифікованих під час планування ініціативи, правильності вибору саме тих детермінант, що найбільше стосуються основної проблеми цієї ініціативи;

– ступеня поєднання однієї або декількох загальних зон діяльності ФЗСЖ та специфічних стратегій, визначених плануванням, їх взаємопідтримки щодо основної проблеми цієї ініціативи.

3. Принцип послідовного відстеження етапів планування полягає в тому, що оцінювання відстежує (переважно в зворотному напрямі – з нижчих рівнів до вищих) ефективність дій і елементів на нижчому рівні, перевіряє проміжний рівень ефектів, визначає загальні результати і наслідки застосованої ініціативи ФЗСЖ.

4. Принцип ієрархічної перевірки ефективності внесків, який передбачає, що оцінювання ініціатив ФЗСЖ передбачає перевірку внесків кожного елемента нижчого рівня для досягнення відповідного елемента вищого рівня.

5. Принцип функціональної різноманітності оцінок полягає в тому, що оцінювання ініціатив ФЗСЖ виконують декілька функцій – визначають ефективність ініціатив, сприяють розвитку і впровадженню ініціатив, визначають наслідки і сумарний вплив ініціатив, застосовують різноманітні методології, методи, процедури.

Оцінюванням перевіряють не лише наслідки і впливи, а й процеси, що до них призводять і зосереджуються в кожному конкретному випадку на різних складових ініціативи – меті, механізмах, завданнях, видах діяльності, результатах. Оцінювання стосується різних елементів планування на різних ієрархічних рівнях.

Загальна модель планування та оцінювання ФЗСЖ є філософсько-методологічним інструментом, відповідно до якого розробляють різні методик і схеми планування заходів (ініціатив) ФЗСЖ. Схема планування та обґрунтування ФЗСЖ. Одна з методик планування, найбільш поширена в практиці ФЗСЖ, запропонована авторами попередньо описаної загальної

моделі планування й оцінювання ЗСЖ за назвою схеми планування та обґрунтування ФЗСЖ.

Зміст цієї методики полягає в тому, що розробникам конкретного заходу ФЗСЖ пропонується визначена схема з дев'яти позицій, відповідно до якої складають документ, що планує ініціативу ФЗСЖ за певною формою. Такий план ФЗСЖ розробляють для громади, споживачів, менеджерів, фахівців із ФЗСЖ, тобто для тих, хто буде ці плани реалізовувати, і для тих, хто виділяє кошти на реалізацію: урядів, організацій, приватних осіб тощо. Тому цей документ є своєрідним «бізнес-планом», на підставі оцінювання якого виділяють (або не виділяють) кошти на заходи ФЗСЖ. Ураховуючи це, у світовій практиці прийнято ретельно підходити до розроблення подібних планів. Таке планування є досить складною операцією і потребує певного обсягу знань із ФЗСЖ та інших наукових дисциплін (соціології, валеології, педагогіки, медицини, юриспруденції, економіки тощо). Тому розробляє подібні плани зазвичай група фахівців різних спеціальностей. Загальне уявлення про зміст планування подане в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1 – Форма планування ФЗСЖ

Компонент	Зміст планування
1	2
Факти до проблеми	Наводяться факти, що описують та обґрунтовують актуальність і ступінь пріоритетності тієї проблеми здоров'я, на яку спрямований захід. Факти повинні бути якісними, доступними для перевірки
Детермінанти здоров'я	Наводяться детермінанти здоров'я, що стосуються тієї проблеми здоров'я, на яку спрямований захід, і це повинно бути підтверджено фактами. Визначаються ті детермінанти, на яких позначиться захід, обґрунтовується, чому саме так подається спосіб позитивного впливу на визначені детермінанти

Продовження таблиці 6.1

1	2
Поняття і теорії	Наводяться теоретичні засади заходу, визначаються його відповідність і співвідношення до мети, цінностей, основних принципів і положень теорії ФЗСЖ
Моделі планування	Наводяться моделі, схеми планування, впровадження та оцінювання заходу, процеси, що використовуватимуться в плануванні, розробленні, впровадженні та оцінюванні. Прогнозується ступінь адекватності й користі запропонованих моделей, схем, процесів
Найуспішніші практики ФЗСЖ	Наводяться найуспішніші практики ФЗСЖ, які використовує захід і визначається, як їх принципи і положення впливатимуть на планування, опрацювання, впровадження заходу, оцінювання його ефективності
Пропонована реакція	Описуються стратегії ФЗСЖ, види діяльності, які застосовані заходом, тобто реакція на існуючу проблему здоров'я, стосовно якої здійснюється захід. Визначається зв'язок стратегій і видів діяльності з вищеописаними п'ятьма компонентами плану
Наявні факти на користь ефективності пропонованої реакції	Наводяться факти, що свідчать про ефективність заходу стосовно вирішення даної проблеми взагалі і диференційовано щодо: результатів і процесів; основних побічних наслідків; різнорівневих наслідків (особистих, суспільних, національних); економічних наслідків (доходів, економії тощо); неекономічних наслідків (соціальних, політичних, культурних, екологічних); небажаних наслідків. Підтверджується адекватність цих фактів

Продовження таблиці 6.1

1	2
Очікувані потенційні результати, впливи і наслідки	Наводиться прогноз наслідків, впливів і результатів, яких необхідно очікувати від заходу взагалі і диференційовано щодо: результатів і процесів; основних побічних наслідків; різнорівневих наслідків (особистих, суспільних, національних); економічних наслідків (доходів, економії); неекономічних наслідків (соціальних, політичних, культурних); небажаних наслідків
Оцінювання	Наводиться механізм перевірки ефективності заходу

У практиці ФЗСЖ складання подібного плану здійснюється за такою формою:

Компоненти планування	Ресурси і факти			План діяльності			
	Потрібні	наявні	Прога-лини	Хто?	Що?	Як?	Коли?

До колонки «Компоненти планування» вноситься фактичний матеріал щодо змісту планування, зазначеного в таблиці відповідно до кожного компонента. У колонці «Ресурси і факти» наводиться розподіл матеріалу планування за наявністю, потребами і нестачею. Колонка «Хто?» демонструє партнерів з опрацювання заходу, «Коли?» – терміни виконання, «Як?» – методи здобуття фактів, механізми, стратегії, процеси, види діяльності. Колонка «Що?» показує відношення змісту певного компонента (фактів, теоретичних положень, моделей, схем) до детермінант здоров'я, яких стосується захід, що планується.

Отже, проблема здоров'я в широкому його розумінні як в особистому, так й у суспільному вимірі набула в наш час загальнопланетарного значення і розглядається як така, що становить небезпеку подальшому розвитку людства. Відвернути ймовірну небезпеку можливо лише шляхом формування здорового способу життя осіб, громад, країн, світу в цілому.

Тема 7. Соціальна політика формування здорового способу життя

Соціальна політика формування здорового способу життя. Оцінювання сучасної суспільної ситуації. Функції соціальної політики. Кадри, що формують соціальну політику. Модель соціальної політики. Місцеві ініціативи в соціальній політиці.

Принципові положення і напрями розбудови здорової соціальної політики в будь-якій країні, що прагне досягти кращих світових зразків, повинні узгоджуватися із сучасними загальновизнаними поглядами і вимогами світової спільноти щодо формування здорового способу життя. Такі положення в основному викладені в Оттавській хартії 1986 року й особливо розгорнуті в Аделаїдських рекомендаціях 1988 року, які були прийняті на Другій міжнародній конференції з пропаганди здорового способу життя, яка власне й була присвячена проблемі розбудови здорової політики. Конференція визначила, що формування в суспільстві сприятливої для здоров'я політики є першим із п'яти найважливіших комплексів (груп) заходів щодо формування здорового способу життя, оскільки саме здорова політика визначає суспільну атмосферу, в якій можуть бути ефективними чотири інші групи заходів (створення сприятливих середовищ, навчання персональним навичкам, підсилення активності громад, переорієнтація служб охорони здоров'я). Політика формування здорового способу життя вимагає:

– цілеспрямованих зусиль усіх професійних політиків, інших державних і громадських діячів, працівників, причетних до підготовки й ухвалення управлінських рішень щодо прогнозування наслідків цих рішень і дій для індивідуального та суспільного здоров'я;

– поєднання таких зусиль у спільні дії всіх творців політики в усіх галузях діяльності, на всіх ієрархічних рівнях державної структури і громадських організацій, їх зважання на наслідки своїх рішень;

– прагнення суспільства до формування в свідомості усіх творців політики, інших людей, причетних до цього процесу, керівного імперативу відповідальності за стан громадського та індивідуального здоров'я, створення механізму підзвітності політиків, аналізу їх діяльності з точки зору ефективності для здоров'я в усій різноманітності його цілісного розуміння – фізичного, психічного, духовного, соціального.

Політика формування здорового способу життя широко використовує засіб поєднання різноманітних взаємодоповнювальних підходів до спільних заходів і скоординованих дій будь-яких державних чи недержавних структур і організацій. Виходячи з особливостей ситуації, така політика застосовує законодавчі й фінансові заходи, оподаткування та організаційні зміни в інтересах здоров'я.

Доцільним компонентом політики формування здорового способу життя є виявлення перешкод для здорових політичних рішень і розроблення засобів їх усунення. Важливим компонентом цієї політики є також прагнення до полегшення політикам здорового вибору, демонстрація шляхів пошуку оптимальних рішень, сприятливих для здоров'я людей. Адже здоровий політичний вибір часто-густо не буває найлегшим тому, що він зазвичай потребує компромісу між міркуваннями економічної вигоди і вигоди для здоров'я. У результаті політика формування здорового способу життя в широкому значенні сприяє до прибуткам та справедливості, вирівнюванню умов та можливостей, створенню обставин, за яких постачання товарів та надання послуг відповідає інтересам здоров'я людей, середовище стає чистішим і приємнішим для життя. Фактично, політика формування здорового способу життя є соціальною політикою за своїм змістом. Але усі положення загальноsvітських у світі документів є принциповими, не диференційованими до умов конкретної країни, регіону, громади тощо. Передбачається, що розробники здорової соціальної політики адаптуватимуть загальноsvітовий досвід до конкретних місцевих умов. Зрозуміло, що соціальна політика ФЗСЖ є складовою частиною тієї соціальної політики взагалі, яка здійснюється в тій чи іншій

країні. З огляду на це, необхідно визначитися і розібратися в тих особливостях соціальної політики, що властиві сучасній суспільно-політичній і економічній ситуації, що склалася в Україні під час трансформаційного процесу останнього десятиліття.

Сьогодні є тисячі людей в Україні, що ведуть здоровий спосіб життя, але їх відношення до власного здоров'я не є узвичаєною в суспільстві нормою, швидше за все, це становить виняток, ніж норму. Нормою в нашій країні є турбота про здоров'я тільки тоді, коли здоров'я погіршується і починаються хвороби. Тобто для того, щоб здоровий спосіб життя став нормою для більшості людей, необхідні значні соціальні зміни, тобто зміни в соціальній політиці. Загальновідомо, що наша країна переживає перехідний період, тобто реально в суспільстві одночасно існують дві соціальні політики – соціальна політика соціалізму і соціальна політика ринкової держави. До того ж численні дослідження виявили, що ці складові політики хаотично змішані.

В економічній сфері в основному завершено розподіл і приватизацію суспільного багатства. Але це не привело до становлення ринкової демократії: командні висоти економіки монополізовано гігантськими напівдержавними корпораціями, що переслідують власні корисні інтереси, а дрібний і середній бізнес опинився в правових й економічних лещатах і не набув очікуваного розвитку. Відповідно не заявив про себе новий тип власника, зацікавлений в ефективному розвитку виробництва. Масові групи працівників виявилися відчуженими від створеної ними власності і безправнішими. Трудова мобільність не посилилася, а ще більш ослабла. Як наслідок, виробництво деградувало у структурному і технологічному відношеннях.

Найгостріші економічні суперечності, які призводять до культурного розколу, що заглиблюється, існують між столицею й провінціями, містом і селом, регіонами економічного росту та господарської депривації. Складність економічного і політичного розвитку виявляється в соціальній сфері України. Колосально зросла поляризація суспільства: економічні й політичні ресурси

правлячих груп набагато розширилися, а іншої частини суспільства істотно звузилися. За розрахунками вчених 6–10% сімей привласнюють приблизно 50 % прибутків і володіють 70–80% суспільного багатства країни. Закриття багатьох підприємств призвело до масового безробіття, не виплачуються регулярно зарплати й пенсії, різко погіршилися умови соціального забезпечення і соціального захисту населення. Близько 20–39 % сімей зазнають серйозних позбавлень, недоїдають, хворіють, передчасно вмирають. У зв'язку з цим рухи масового протесту, що періодично виникають, не знаходять розуміння і дійового відгуку влади. Особливо тривожать тенденції, що спостерігаються стосовно молодих поколінь: знижується народжуваність, погіршується здоров'я новонароджених, поширюються хронічні захворювання дітей, знижується здоров'я призовників.

Таким чином, невирішеність соціальних проблем є одним із основних чинників застійної кризи економіки.

Функції соціальної політики

У стабільних ситуаціях соціальна політика покликана стимулювати всебічний розвиток людського потенціалу суспільства, поширення ефективних засобів і зразків економічної поведінки, розвиток соціальних галузей господарства, зростання якості життя населення і захищеності соціально уразливих прошарків. Але в період глибоких соціальних перетворень функції соціальної політики змінюються.

По-перше, суспільствам, що трансформуються, доводиться не стільки сприяти підвищенню, скільки протистояти спаду людського потенціалу, деградації соціальних галузей економіки, збільшенню знедолених груп і прошарків.

По-друге, до традиційних функцій соціальної політики додається нова – сприяння збереженню і підвищенню соціально-інноваційного потенціалу суспільства, розширенню соціальної бази реформ, забезпеченню зацікавленої участі громадян у перетворенні суспільних відносин.

Рівень соціально-інноваційного потенціалу відбиває спроможність і готовність суспільства до радикального

перетворення власного устрою, своїх основних інститутів і відповідно соціальної структури. Коли цей потенціал невисокий, будь-які спроби реформування системи наштовхуються на опір суспільства, буксують і, зрештою, вироджуються. Тим часом інноваційний потенціал суспільства зазнає впливу багатьох чинників і його підтримка на належному рівні потребує спеціальних зусиль. Найбільш важливу роль тут відіграє довіра громадян до політичних інститутів, зниження якої призводить до відчуженості суспільства від влади, неприйняття її ідей, закликів і дій, що унеможлиблює успішний розвиток реформ.

Кадри, що формують соціальну політику

Критичний стан здоров'я населення України вимагає активної державної політики щодо пропагування та впровадження ЗСЖ. Для використання з цією метою потенціалу громадських організацій та рухів і оптимізації їх взаємодії з органами державної влади повинні бути здійснені такі заходи:

1. Розроблення та впровадження за участі організацій громадянського суспільства єдиної Державної програми сприяння здоровому способу життя, яка повинна передбачати принципи, форми та методи залучення до її реалізації громадських організацій та рухів відповідного спрямування. Забезпечення громадського моніторингу виконання цієї програми.

2. Подальше поліпшення нормативно-правової бази функціонування громадських об'єднань. Забезпечення набуття чинності з початку 2013 р. Закону України «Про громадські об'єднання» № 4572-VI від 22 березня 2012 р. шляхом узгодження з його нормами інших чинних нормативно-правових актів, ухвалення відповідних відомчих документів та здійснення комплексу необхідних організаційних заходів. Ухвалення законів України «Про благодійництво і благодійні організації», «Про порядок організації і проведення мирних заходів», «Про Суспільне телебачення і радіомовлення України», внесення змін до Закону України «Про волонтерську діяльність», спрямованих на зняття необґрунтованих обмежень, що перешкоджають розвитку волонтерського руху.

3. Забезпечення конкурсного, відкритого та прозорого порядку розподілу коштів державного та місцевих бюджетів із метою фінансової підтримки громадських об'єднань на виконання завдань державної (регіональної) політики на основі Постанови Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2011 р. № 1049 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу з визначення програм (проектів, заходів), розроблених громадськими організаціями та творчими спілками, для виконання (реалізації) яких надається фінансова підтримка» та Закону України від 16 жовтня 2012 р. № 5428-VI «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України».

4. Сприяння органами державної влади та органами місцевого самоврядування у наданні на пільгових умовах громадським об'єднанням спортивних об'єктів та їх інфраструктури з метою проведення спортивно-масових та фізкультурно-оздоровчих заходів.

5. Залучення Державним комітетом телебачення і радіомовлення України та Національною телерадіокомпанією України громадських об'єднань, що займаються пропагуванням та поширенням ЗСЖ до створення відповідних інформаційних та культурно-освітніх програм.

Модель соціальної політики

Інтеграція в європейське співтовариство примушує враховувати наявний досвід розроблення соціальної політики, особливо в західноєвропейському регіоні. У країнах Європейського Союзу організація соціального захисту досить різноманітна. Проте є принципи, спільні для всіх країн, тим більше, якщо межують одна з одною. Вважається, що в Європі існує чотири моделі соціальної політики: **континентальна модель**, яка ґрунтується на схемах страхування, що співвідносяться із зайнятістю; південно-європейська модель, що базується на пріоритетній ролі сім'ї; система британського ринкового типу; скандинавська, що ґрунтується на принципі загального охоплення (рис. 2).

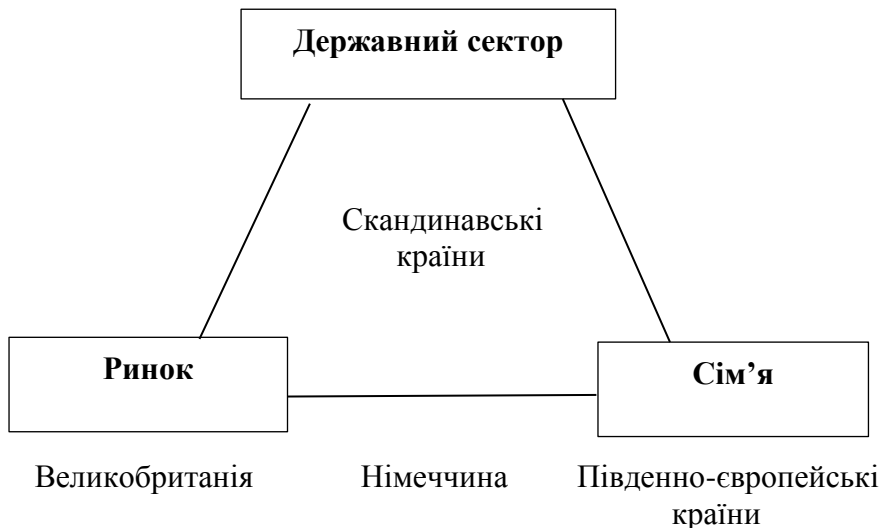


Рисунок 2 – Континентальна модель соціальної політики

Розпізнавальним чинником між цими моделями є визначення того, хто несе остаточну відповідальність за соціальний захист особистості – сім'я, держава або ринок.

Перспективи розвитку соціальної політики в Україні поки що вивчаються недостатньо. Підтвердженням є те, що до цього часу не визначена навіть модель, до якої у своєму розвитку повинна прийти країна. Наприклад, стратегічними цілями соціальної політики України в «Державній програмі соціальної політики на 1997–2000 роки» визначаються:

– поліпшення матеріального добробуту та умов життя людей;

– забезпечення зайнятості населення, підвищення якості і конкурентоспроможності робочої сили;

– додержання конституційних прав громадян на працю, соціальний захист населення, освіту, охорону здоров'я, культуру, житло;

– переорієнтування соціальної політики на сім'ю, забезпечення прав і соціальних гарантій, що надаються сім'ї, жінкам, дітям і молоді;

- вплив на демографічну ситуацію в напрямі зниження смертності населення, особливо дитячої;
- значне поліпшення соціальної інфраструктури.

Виходячи з цих цілей, в Україні формується значною мірою південно-європейська модель із центром тяжіння на сім'ю, хоча одночасно, як і раніше, основне навантаження щодо реалізації соціальної політики бере на себе держава, тобто утворюється скандинавська модель.

Складність визначення в Україні доцільної моделі соціальної політики полягає також у тому, що прийнятна модель потребує вироблення суспільного консенсусу за деякими складовими соціальної політики. Цей консенсус повинен усунути або хоча б пом'якшити ті розбіжності складових соціальної політики, що виникли в процесі трансформації від радянської соціально-політичної моделі до сьогоденної.

Місцеві ініціативи в соціальній політиці

Виокремлюють чотири типи місцевих ініціатив, що відрізняються за ступенем спонтанності та формалізованості.

1. «Місцеве життя» – повсякденна активність людей в її спонтанних (некерованих, випадкових, незапланованих) формах. Доцільні будь-які місцеві ініціативи, зорієнтовані на підтримку і стимулювання звичайних, побутових, ділових, культурних, зовнішніх контактів між людьми, оскільки такі контакти є запорукою підтримки здорового мікросоціального клімату всередині тієї спільноти (громади), де вони здійснюються. Загальний принцип побудови сприятливої атмосфери місцевого життя – будь-яке стимулювання контактів конструктивного, позитивного змісту одночасно з попередженням та обмеженням умов і обставин, що сприятимуть негативним, руйнівним контактам.

2. «Дії в середині спільноти» – тип ініціатив, які теж зароджуються спонтанно, але мають більш організований характер. Вони можуть плануватися заздалегідь, обмірковуватися членами громади, координуватися і керуватися громадськими ініціаторами. Це може бути, наприклад, обладнання дитячого майданчика або створення ради

мікрорайону. Соціальна політика заохочує такі місцеві ініціативи, тому що вони сприяють згуртованості і вирішенню нагальних проблем життя спільноти. Внутрішня активність співтовариства вигідна для держави, тому що зменшує поле для її втручання.

3. «Розвиток громади» вже припускає залучення професійних організаторів соціальних ініціатив, співробітництво ентузіастів із громади і професіоналів у справі активізації різноманітних аспектів місцевого соціального життя. Зазвичай програми такого типу припускають наявність зовнішньої підтримки – організаційної, дослідницької, ресурсної.

4. «Місцева політика» – більш високий щабель ініціативи, реалізація вже на місцях вихідних ззовні політичних ініціатив. Вона складається з комплексу програм, спрямованих на досягнення за допомогою залучення місцевого населення визначених ззовні цілей. Прикладом може бути створення груп осіб, які є сусідами, з метою охорони власності один одного і профілактики правопорушень як допомога правоохоронним органам у виконанні їх функцій. Або надання допомоги і підтримки з боку громади інвалідам і самотнім людям похилого віку як сприяння соціальним службам у здійсненні їх функцій.

Зрозуміло, що всі типи місцевих ініціатив ефективні тоді, коли спираються на переважну більшість членів громади, краще на все населення. Але завжди в громаді існують більш активні та менш активні члени, які різною мірою готові брати участь у спільній діяльності. І значною мірою ефективність місцевих соціальних ініціатив залежить від активістів громади, тих, хто готовий працювати без винагороди – добровольців, волонтерів. Соціальна політика, зорієнтована на громади, відводить діяльності волонтерів виключно важливу роль.

Загальноновизнано, що у фінансуванні соціальної роботи зацікавлена як держава з метою стабільності суспільних відносин, так і окремі особи – представники фінансової і владної еліти з метою збереження свого суспільного і майнового статусу. Природно, що ефективність витрат залежить від якості тієї соціальної політики, що провадиться в певному суспільстві. Але

соціальна політика, як свідчить світовий досвід, часто-густо запізнюється із вирішенням деяких соціальних проблем, інколи прогнозується помилково, інколи не встигає за реаліями життя або залежить від втручання суб'єктивного людського чинника конкретних політиків. Тоді недоліки політики намагається виправити соціальна робота.

Соціальна робота на індивідуальному рівні усуває проблеми, не вирішені соціальною політикою на рівні суспільства; формулює проблеми, що необхідно вирішувати соціальній політиці, розробляє методи, адекватні вимогам часу і місцевих умов. Притому урахування цих умов буває визначним чинником ефективності роботи, адже соціальна робота запроваджується не абстрактно в державі в цілому, а конкретно в певній громаді, спільноті.

Зараз у роботі з міськими громадами особлива увага приділяється потребам конкретних груп. Маються на увазі представники етнічних меншин, якщо вони опиняються в найменш сприятливих економічних і соціальних умовах. Як соціальні групи, що потребують особливої турботи, виділяють жінок та осіб з обмеженими можливостями (інваліди, особи похилого віку, нужденні). Громадськість турбує проблеми злочинності і наркоманії, особливо серед молоді. Провина за це, у будь-якому разі часткова, звичайно покладається на найближче соціальне оточення, впливаючи на яке нерідко намагаються боротися з проявами даного роду. Стан таких девіантних груп може ускладнитися стигматизацією і гнобленням у системі соціальних стосунків через відповідні соціокультурні стереотипи і забобони. Необхідно зазначити, що соціокультурний тиск посилюється тим, що існуюча соціальна структура дає явні переваги людям, які вже опинилися в більш вигідному економічному і соціальному становищі.

Аналіз соціальних проблем на рівні конкретної громади і тих підходів до їх вирішення, що склалися в соціальній роботі останнім часом, виявив, наскільки сильна тенденція розглядати громади як складовий елемент соціальної організації і саме через нього вирішувати глобальні проблеми соціальної нерівності і

дезінтеграції. Це принципова теза з позицій оздоровлення суспільства, тому що теорія формування здорового способу життя розглядає окремі спільноти (місцеві громади) як головну рушійну силу, потенціал і середовище для розроблення і впровадження будь-яких здорових ініціатив. Саме тут, у місцевій територіальній громаді, можна реально відчувати та оцінити результати впровадження здорової державної і громадської політики, як явище, що характеризується чітко визначеною стурбованістю проблемами здоров'я та справедливості в усіх галузях людської діяльності, відповідальністю за вплив будь-яких чинників на здоров'я людей. Основна мета політики формування здорового способу життя населення – створити сприятливе середовище, в якому люди могли б жити здоровим життям, зробити вибір поведінки людей на користь здоров'я, як мінімум – можливим, а як максимум – найлегшим. Основна ознака, за якою визначається, здорова чи нездорова державна і громадська політику провадить країна: якою мірою урядові галузі, чия діяльність пов'язана із сільським господарством, промисловістю, освітою, засобами інформації, торгівлею тощо, беруть до уваги здоров'я населення як визначальний чинник планування і реалізації своєї роботи. Політика вважається здоровою тоді, коли чинник здоров'я населення береться урядовими структурами до уваги не меншою мірою, ніж чинник економічної вигоди.

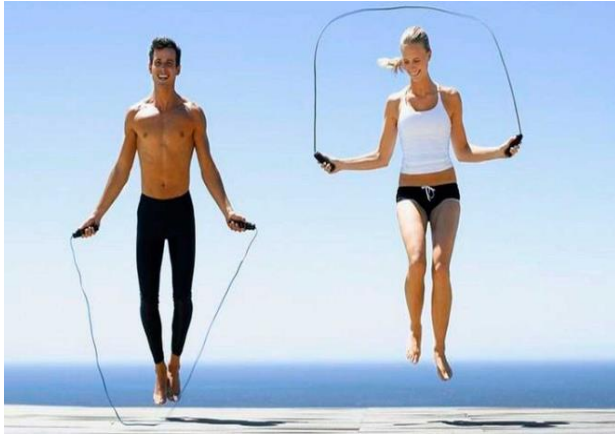
Отже, найбільш ефективний спосіб втілення світоглядних цінностей здоров'я в свідомість населення – це ініціація з боку органів державної влади і місцевого самоврядування різноманітних локальних проєктів, обмежених місцевими масштабами, зокрема масштабами первинних адміністративно-територіальних структур і окремих організацій. Такі проєкти, якщо вони розроблені і впроваджуються з урахуванням основних положень теорії і практики формування здорового способу життя, можуть бути достатньо ефективними, незважаючи на певну нестачу ресурсів, що має місце сьогодні в Україні.

Тема 8. Фізичне здоров'я молодих українців: окремі показники і самооцінка

Поняття про фізичне здоров'я і фізичний розвиток. Фактори фізичного здоров'я. Фізична і функціональна підготовленість. Антропометричні, біохімічні, анатомічні та фізіологічні показники як складові об'єктивного критерію оцінювання стану здоров'я. Критерії оцінювання фізичного здоров'я. Особливості тілобудови людини. Вплив конституцій (тілобудови) людини на індивідуальне здоров'я людини. Гігієнічна організація фізичних вправ для укріплення здоров'я і розвитку. Групи здоров'я і вікова структура захворюваності населення України. Поняття фізіометрії.

Усе частіше вчені біологи та медичні працівники говорять про актуальність вивчення механізмів підтримання фізичного здоров'я людини та профілактику хвороб, а не їх лікування.

Під фізичним здоров'ям найчастіше розуміють інтегроване оцінювання стану організму людини: відсутність дефектів розвитку (повністю здоровим не може вважатися людина, позбавлена будь-якого органу – від народження або в результаті пошкодження, або хвороби), відсутність хвороби; стійкість до дії хвороботворних чинників, здатність зберігати стан здоров'я і працездатність за несприятливих змін зовнішнього середовища, тобто адаптаційні (приспосувальні) можливості організму. З медичної точки зору фізичне здоров'я розглядають як стан росту і розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні і функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції; це нормальна структура і функції органів і систем, відсутність скарг і хворобливих проявів, діапазон його компенсаторно-приспосувальних реакцій; це стан морфофізіологічної структури тіла та функціонального стану систем життєзабезпечення людського організму. Цей вид здоров'я становить інтегральний стан організму людини, що об'єднується в систему його структурних компонентів, починаючи від внутрішньоклітинних утворень, тканин і закінчуючи інтегральними факторами цілісності організму.



Отже, *фізичне здоров'я* – один з важливих компонентів у структурі здоров'я людини. Він обумовлений властивостями організму як біологічної системи. Організм складається з окремих елементів, без взаємозв'язку вони не можуть існувати, хоча мають свої властивості, але сам організм у цілому характеризується інтегральними якостями. Організм має здатність зберігати індивідуальне існування за допомогою самоорганізації. До проявів самоорганізації належать:

- здатність до самовідновлення;
- здатність до саморегуляції.

До основних, базових факторів фізичного здоров'я належать:

- 1) рівень фізичного розвитку;
- 2) рівень фізичної підготовки;
- 3) рівень функціональної підготовки організму до виконання фізичних навантажень;
- 4) рівень та здатність до мобілізації адаптаційних резервів організму.

Отже, важливими показниками та необхідними компонентами фізичного здоров'я людини є: фізичний розвиток, фізична підготовленість, рухова активність, фізична працездатність та фізична форма, які найбільше потрібно розвивати на заняттях із фізичного виховання, військової підготовки, секційних заняттях із різних видів спорту, самостійних заняттях фізичною культурою та спортом, під час активного проведення відпочинку і дозвілля.

Фізичне здоров'я людини також визначається комплексом взаємозв'язаних факторів, що характеризують фізичний стан організму:

- 1) функціональним станом органів і систем;
- 2) рівнем фізичного розвитку;
- 3) ступенем розвитку фізичних якостей (сили, швидкості, спритності, витривалості, гнучкості).

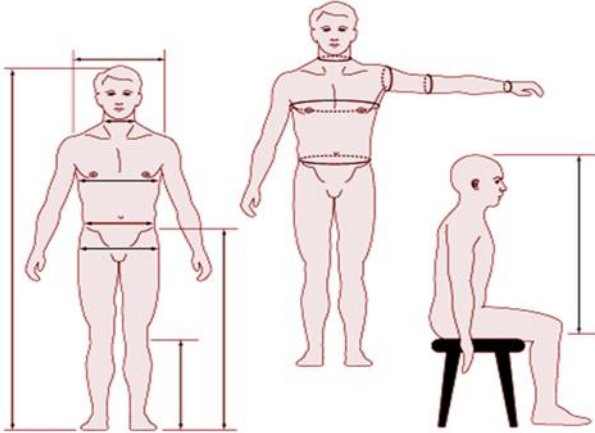
Стан фізичного здоров'я, як і інші критерії його аспектів, може бути встановлено на підставі суб'єктивних відчуттів конкретної людини в сукупності з даними клінічних досліджень, з урахуванням статі, віку, соціальних, кліматичних та інших факторів.

Фізичний розвиток – це сукупність морфологічних і функціональних показників, що характеризують розвиток організму і дають можливість визначити запаси його фізичних сил, витривалість, працездатність.

Фізичний розвиток є одним із показників стану здоров'я населення. Його характеризують маса і форма тіла, стан нервової регуляції і втомлюваність. Розміри тіла як результат процесу росту пов'язані з усім комплексом функціональних властивостей: основним обміном та окремими видами обміну речовин і нейротрофічною регуляцією. Унаслідок цього морфологічний тип є основним у характеристиці фізичного розвитку людини, а фізіологічні тести характеризують окремі властивості організму. За високого і позитивного зв'язку структурних і функціональних показників організму морфологічна характеристика дає можливість безпосередньо оцінити запас фізичних сил. Для визначення морфологічного (структурного) типу використовують показники основних розмірів тіла.

Фізичний розвиток відображає закономірність росту і розвитку, процес дозрівання організму, а також його морфологічний стан у кожному віковому періоді. В онто- і філогенезі він залежить як від біологічних чинників (спадковості), так і від складного комплексу соціальних, економічних, гігієнічних, клімато-географічних та інших умов довкілля.

Під впливом несприятливих факторів рівень фізичного розвитку знижується, поліпшення умов сприяє його підвищенню. Залежність його від соціальних факторів виявили багато вчених світу. Фізичному розвитку сприяє підвищення життєвого рівня населення, раціональне харчування, нормальні умови для виховання й навчання, фізична культура і спорт.



Взаємозалежність фізичного розвитку і стану здоров'я особливо виявляється в період росту організму. Наявність хронічних захворювань негативно впливає на рівень фізичного розвитку дітей, порушуючи терміни вікового розвитку, спричиняючи дисгармонію морфологічного статусу.

Отже, фізичний розвиток – це процес становлення і змін біологічних форм і функцій організму людини.

Під час вивчення фізичного розвитку застосовують уніфіковані методи антропометричних досліджень (антропометрія). *Антропометрія – вимірювання основних фізичних показників людини. Передбачає зважування, вимірювання довжини тіла, окружності грудей і живота.*

З усіх численних морфологічних і функціональних ознак найчастіше беруть до уваги: довжину тіла (зріст), масу тіла, окружність грудної клітки, життєвий об'єм легень, м'язову силу рук, станову силу, оцінюють склад тіла, стан опорно-рухового апарату, форму хребта, грудної клітки, ніг, поставу, визначають

ступінь відкладення жирової підкладки і розвиток вторинних статевих ознак. Програма дослідження фізичного розвитку може змінюватися залежно від обстежуваного контингенту та мети обстеження. Індивідуальний фізичний розвиток оцінюють, зіставляючи показники окремих ознак зі стандартами чи типовими середніми значеннями.

Для визначення середніх показників фізичного розвитку обстежують велику групу практично здорових людей у порівняно короткій термін. Результати обстежень обробляють методом варіаційної статистики. Окремі середні показники є стандартами фізичного розвитку відповідної групи населення. Загальноприйнятих стандартів фізичного розвитку немає. Для певної віково-статевої групи, певної території розробляють шкалу регресій фізичного розвитку (кореляційний аналіз), за якою проводять індивідуальне і групове оцінювання.

Особливо цінною є розроблення так званих зональних стандартів фізичного розвитку населення окремих територій, подібних за географічними, економічними й екологічними умовами.

Під час вивчення фізичного розвитку дітей і підлітків застосовують також індивідуальний метод, тобто метод динамічного спостереження впродовж багатьох років. Цей метод дає можливість виявити особливості росту і розвитку кожного індивідуума, пов'язані з умовами життя (харчуванням, режимом, перенесеними хворобами тощо).

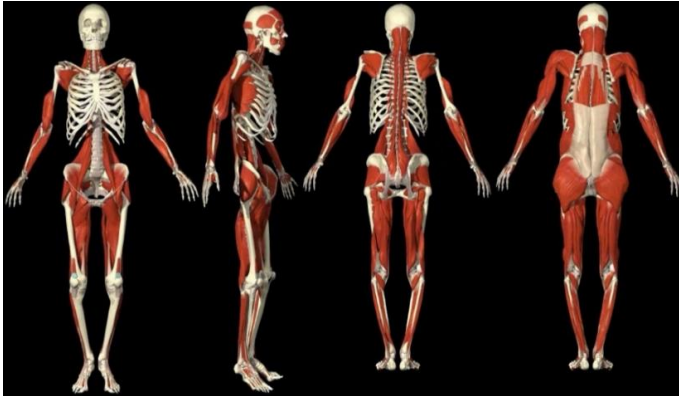
Стандарти фізичного розвитку і розроблені на їх основі спеціальні оцінні таблиці (таблиці корекції та шкали розрахунку за довжиною тіла) широко використовують у практиці медичних закладів, особливо дитячих, для індивідуального оцінювання фізичного розвитку.

Критерії оцінювання фізичного здоров'я:

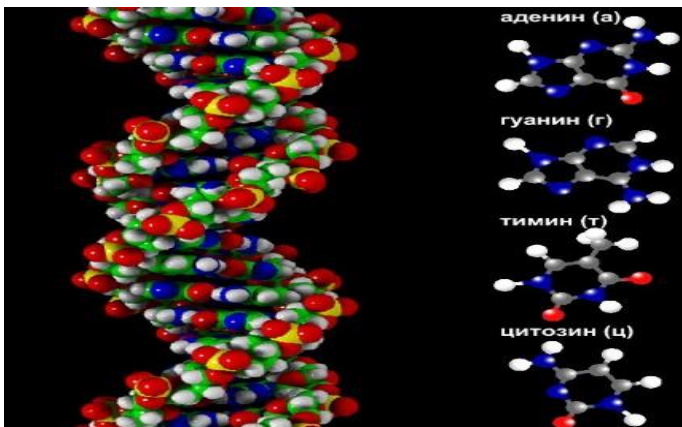
- частота серцевих скорочень (ЧСС);
- артеріальний тиск (АТ);
- співвідношення зросту і маси тіла;
- індекс маси тіла (ІМТ);
- сила, спритність та інші показники тренуваності;

- ефективність роботи імунної системи;
- наявність (відсутність) хронічних захворювань та інші.

Анатомічний показник – це будова організму, функціонування окремих органів чи систем.



Біохімічні показники – хімічний склад організму та його складових частин і хімічні процеси, що проходять в організмі.



Фізіологічні показники – життєві процеси, діяльність окремих органів та їх системи і в цілому всього організму.



Фізичний розвиток зумовлює особливості тілобудови (статури) тіла. Під тілобудовою людини необхідно розуміти розмір, форми, пропорції та особливості взаємного розміщення частин тіла, а також особливості розвитку кісткової, жирової й м'язової тканин.

Існують різні класифікації конституційних типів тілобудови (Е. Кречмара та М. Черноручького), на підставі яких розрізняють три типи тілобудови:

- нормостенічний;
- астенічний;
- гіперстенічний.

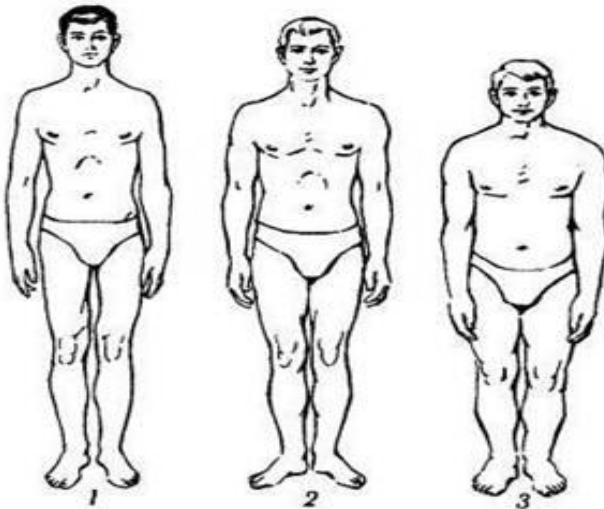
Астенічний тип (1) – високий (рідше середній) зріст, видовжена грудна клітка з гострим підгрудинним кутом, довга шия, вузькі плечі, відносно довгі кінцівки, ніжна тонка бліда шкіра, слабо розвинута підшкірна клітковина. Серце невеликих розмірів, легені видовжені, кишки короткі, тиск крові знижений.

Нормостенічному типу (2) властива пропорційна гармонійна будова тіла, добре розвинені здебільшого кісткова і м'язова тканини. Вважається, що нормостенічний тип займає середнє положення між астеничним і гіперстенічним типами.

Гіперстенічний (пікнічний) тип (3) – риси в цілому прямо протилежні попередньому: зріст середній або нижчий за середній, тіло масивне, багате жировідкладення (схильність до повноти), порівняно короткі кінцівки, короткі грудна клітка й шия, великий живіт, велике серце, довгі кишки, схильність до підвищеного тиску; переважають процеси асиміляції.

Гігієнічна організація фізичних вправ для зміцнення здоров'я та розвитку:

- зміст заняття та величина навантаження повинні відповідати стану здоров'я, фізичній підготовленості та статі;
- методично правильна побудова заняття із виділенням окремих структурних частин, створення оптимальної моторної цільності заняття та фізіологічного навантаження;
- виконання фізичних вправ, що сприяють зміцненню здоров'я та гармонійному розвитку;
- додержання послідовності занять, їх поєднання з іншими заняттями в розкладі навчального дня та тижня;



– проведення занять у спеціальному приміщенні (спортивному чи гімнастичному залі), на спеціально обладнаній ділянці, стадіоні, лижній трасі або в басейні.

Групи здоров'я та вікова структура захворюваності населення України.

1-ша група

До першої підгрупи відносять здорових громадян, у яких згідно з результатами медичного обстеження не виявлені які-небудь захворювання, не виявлені відхилення від норми, зміни стану внутрішніх органів і систем. Нормальний рівень усіх показників не передбачає постійного спостереження, терапевт видає загальні рекомендації щодо додержання принципів здорового способу життя, проходження бажаних лікувально-оздоровчих процедур.

2-га група

Виявлення в пацієнта хвороби, не впливає на обмеження його працездатності, активності, не призводить до серйозних погіршень функцій організму, дозволяє віднести хворого до наступної підгрупи. Друга підгрупа в дорослих передбачає хронічне захворювання в стадії ремісії без загострень. Її представникам рекомендується група ЛФК та проходження профілактичного огляду не рідше ніж двічі на рік.

3-тя група

Громадян із загостреннями хронічних неінфекційних захворювань відносять до третьої підгрупи, вони підлягають обов'язковій диспансеризації з метою отримання необхідної медичної допомоги. За регулярних загострень наявної хвороби пацієнт цієї групи може бути тимчасово або повністю обмежений працездатності, до того ж він може претендувати на одержання інвалідності.

4-та група

До четвертої групи відносять пацієнтів, які не мають на даний момент установленого хронічного захворювання, але потребують диспансерного спостереження через високий ризик його розвитку. Вони в установленому порядку проходять необхідні діагностичні процедури, одержують спеціальні

медичні рекомендації, підлягають регулярному спостереженню вузькопрофільного спеціаліста.

Фізіометрія передбачає визначення та оцінювання показників роботи органів і фізіологічних систем:

- спірометрія;
- динамометрія;
- ергометрія;
- мікробіопсія;
- рефлексометрія;
- пульсометрія;
- тонометрія;
- електрокардіографія;
- аускультация;
- калориметрія.

Таким чином, фізичне здоров'я – найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Це гармонійна єдність усіх обмінних процесів між організмом і оточуючим середовищем і, як результат цього, узгоджений перебіг обмінних процесів усередині організму, що проявляється в оптимальній життєздатності його органів і систем. Фізичне здоров'я обумовлене властивостями організму як складної біологічної системи. Як біологічна система організм має інтегральні властивості, яких не мають її окремі складові елементи (клітини, тканини, органи та системи органів). Без взаємозв'язку між собою ці елементи не можуть підтримувати індивідуальне існування. Фізичне здоров'я обумовлюється здатністю організму до саморегулювання. Досконала координація всіх функцій – наслідок того, що живий організм становить саморегульовальну систему. Саморегуляція являє собою сутність біологічної форми розвитку, тобто життя. Ця загальна властивість біологічних систем дає можливість встановлювати та підтримувати на певному, відносно постійному рівні ті чи інші фізіологічно-біохімічні або інші біологічні показники (константи), наприклад, постійність температури тіла, рівень артеріального тиску, вміст глюкози в крові тощо (це проявляється у відносно динамічній постійності внутрішнього

середовища організму – гомеостазисі – homeostasis: грец. homoios – подібний + stasis – стан, нерухомість).

Фізичне здоров'я – наявний стан структурних елементів цілісного організму (клітин, тканин, органів та систем органів людського тіла), характер їх взаємодії і взаємовпливу. Матеріальну основу формування фізичного здоров'я складає біологічна програма індивідуального розвитку організму людини. Вона опосередкована базовими потребами, які є домінуючими в людини на різних етапах індивідуального розвитку організму (онтогенезу). Базові потреби, з одного боку, служать пусковим механізмом біологічного розвитку людини (формування її фізичного здоров'я), а з іншого – забезпечують індивідуалізацію цього процесу. Це стан організму, що характеризується можливостями адаптуватися до різноманітних факторів середовища; рівень фізичного розвитку, фізична та функціональна підготовленість організму до виконання фізичних навантажень.

Гіподинамія. Гіпокінезія

Уперше на гіподинамію звернули увагу в 1970 році, коли після приземлення космічного корабля «Союз-9» у пілотів А. Г. Ніколаєва і В. І. Севастьянова різко погіршився стан життєво важливих функцій. Після тижневого лікування лікарям вдалося врятувати життя пілотів, але останнім ще потрібний був довготривалий курс реабілітації. З того часу в медицині з'явився термін «ефект Ніколаєва», який описував значне порушення фізичного та психічного здоров'я людини, як наслідок крайньої форми гіпокінезії та гіподинамії.

Гіподинамія (від *hypo* – під, *dynamis* – о сила) – порушення функцій організму (опорно-рухового апарату, кровообігу, дихання, травлення), яке сталося через обмеження рухової активності, зниження сили скорочення м'язів. Є синдромом деяких хвороб. Часто виникає саме через розвиток хвороби, яка призводить до гіподинамії.

Гіпокінезія – стан недостатньої рухової активності, зі зменшенням її темпу та об'єму, що призводить до гіподинамії. Раніше виникнення цього захворювання пов'язували з

психічними та неврологічними вадами, але зараз, на початку ХХІ століття, коли велика автоматизація практикується майже в усіх видах виробництва та збиральних процесах, явище гіпокінезії набрало соціального характеру, яке, частіше за все, викликане малорухливим способом життя та сидячою роботою. На процес формування цього явища значно вплинула урбанізація. Більша частина людей у місті майже весь робочий час проводить сидячи і, повертаючись додому, решту дня пасивно відпочиває за комп'ютером чи телевізором. Зважаючи на те, що завдяки науково-технічному прогресу робота в місті переважно так чи інакше пов'язана з комп'ютером, то впливає, що 20 років свого життя людина проводить сидячи. Шкідливий вплив такого способу життя посилюють шкідливі звички й те, що більшість із нас близько 90 % свого життя проводить у приміщенні. Статистика свідчить, що місце рухової активності у житті сучасної людини займає мізерну частину. Усе це неминуче призводить до розвитку гіподинамії.

Більше того, спостерігається загрозлива тенденція заміщення реально фізичної активності її віртуальними формами (віртуальні поєдинки, мандри тощо). Крім того, в умовах ринку спостерігається провокація фізичної лінії пропагування до вирішення проблем поліпшення тілесності різноманітними «легкими засобами», реклама яких зазвичай розпочинається словами «Навіщо вам потіти у фітнес-залі...». За таких умов лише в порівняно невеликій частки населення вистачає внутрішньої мотивації, без тиску зовнішньої стимуляції, підтримувати оптимальний рівень фізичної активності, попри те, що здоров'яруйнівальні наслідки гіподинамії стали вже цілком очевидними й виявилися ще більш загрозливими, ніж шкода від гіпердинамії. Таким чином, в умовах сучасного інформаційного суспільства рухова діяльність втрачає продуктивність щодо підтримки оптимального для здоров'я режиму фізичної активності.

Як тільки людина сідає, електрична активність у м'язах поступово зменшується, метаболізм сповільнюється і швидкість спалювання калорій знижується. Малорухливий спосіб життя

призводить до зниження циркуляції крові, атрофії м'язової та кісткової тканини, порушення метаболізму – знижується синтез білка, інсулін втрачає можливість до якісного захвату глюкози в крові, і, як наслідок, виникає цукровий діабет другого типу. Ожиріння, атеросклероз, проблеми з опорно-руховою системою, захворювання серцево-судинної та інших життєво важливих систем та органів, порушення розумових процесів, збільшення ризику виникнення нервових та психічних захворювань – наслідки гіподинамії. Цей стан передбачає велику кількість симптомів, більшість з яких пов'язані з недостатнім фізичним навантаженням.

Можна виділити деякі основні ознаки гіподинамії. Насамперед це швидка втома, млявість і сонливість. Зазвичай, людина, яка не витрачає певну кількість часу на фізичну активність, швидше втомлюється. Пов'язане це із зворотним позитивним зв'язком, що виявляється в узгодженості роботи серцево-судинної і м'язової систем – сидячий спосіб життя → застій у судинах нижніх кінцівок → погане кровозабезпечення усіх органів і систем (зокрема, м'язової) → зниження сили скорочення м'язів → послаблення роботи серцевого м'яза → погане кровозабезпечення органів і систем. Таке замкнене коло згодом призводить до порушення усіх функцій організму – погане самопочуття, погіршення якості та тривалості сну, зростання потрібного для відпочинку часу, зниження працездатності, роздратованість, втрата апетиту. Більшість людей відчували дані симптоми, але мало хто пов'язував їх із недостатньою руховою активністю.

Важливим є факт, що постійне заняття спортом та ведення активного способу життя не може повністю усунути гіподинамію, а лише призупиняє її руйнівний вплив на організм, і як тільки людина знову повернеться до сидячого способу життя, негативні наслідки знову почнуть проявлятися. Це пов'язане з накопичувальними властивостями гіподинамії. Для того щоб уникнути такого негативного ефекту, потрібно не допустити прогресування гіпокінезії та її подальшого переходу до більш тяжкого стану – гіподинамії.

Тема 9. Організація правильного харчування

Поняття про раціональне харчування. Закони і правила правильного харчування. Види харчування, характеристика, недоліки і переваги кожного виду. Мікро- і макроелементи їжі, класифікація вітамінів. Періодичне голодування. Дія голодування на організм людини. Інтуїтивне харчування. Дієти доктора П. Брега, Г. Шелдона, поєднання харчових продуктів. Проблема «прихованого голоду», недостатність вітамінів і мікроелементів. Причини недостатності харчування. Вплив зростання кількості населення на стан харчування. Глобальні масштаби потреби в продуктах харчування. Особливості харчування в різних країнах світу.

Раціональним називають таке харчування здорових груп населення, яке забезпечує постійність внутрішнього середовища (гомеостаз) і підтримує життєві прояви організму людини на високому рівні за різних умов праці та побуту. Раціональне харчування – це доцільно організоване та своєчасне постачання до



організму людини поживної та смачної їжі, яка містить оптимальну кількість харчових речовин, необхідних для підтримування життя, росту, розвитку та підвищення працездатності.

Основою раціонального харчування є сім основних законів, які сформульовані на основі сучасних наукових уявлень (табл. 9.1).

Таблиця 9.1

Назва закону	Зміст закону
1. Закон кількісної достатності харчування	Енергоцінність раціону повинна відповідати енерговитратам організму. Маса тіла повинна бути оптимальною та в дорослої людини залишатися незмінною. Рекомендовано додержуватися значення маси тіла в межах оптимального ІМТ (індексу Кетле)
2. Закон якісної повноцінності харчування	У харчовому раціоні має бути достатня кількість усіх харчових речовин, необхідних для пластичних, енергетичних процесів та регуляції фізіологічних функцій
3. Закон збалансованості	Харчовий раціон повинна бути збалансованим за змістом різноманітних харчових речовин
4. Закон часового розподілу їжі (режим харчування)	Їжа повинна надходити до організму в певний час, через рівні проміжки часу. Найкращим є 4–5-разове харчування
5. Закон адекватності	Хімічний склад їжі повинний відповідати не лише індивідуальним потребам (енерговитрати, стать, вік), а й можливостям організму (стан травлення, обмін речовин, стан здоров'я)
6. Закон естетичного задоволення	Їжа повинна мати приємний зовнішній вигляд, смак, аромат. Вживання їжі повинне проходити у відповідних приємних обставинах
7. Закон безпеки харчування	Їжа повинна бути нешкідливою та безпечно, тобто не містити хвороботворні мікроорганізми, радіонукліди, токсини, важкі метали

Закони раціонального харчування

Доцільне організоване та своєчасне харчування означає, що поживні речовини надходять до організму людини з їжею саме в той час, коли це потрібно (не раніше, не пізніше) та необхідною кількістю (не більше, не менше). Побудова харчового раціону молодої людини повинна враховувати особливості життєдіяльності її організму:

- підвищений рівень основного обміну (у 1,5 раза вищий, ніж у дорослих);

- великі нервово-психічні навантаження (періоди екзаменів, сесій, потоки різноманітної інформації, що призводить до неврозів, безсоння, головного болю, депресії тощо);

- напруження зорового апарату (робота за комп'ютером, довготривалий перегляд телепередач та ін.);

- період статевого дозрівання, акселерацію, заняття спортом, бажання подобатися, підвищену увагу до власної зовнішності (оцінювання та прагнення змінювати свою статуру, впливати на розвиток м'язової системи, стан шкіри, волосся, нігтів тощо).

Отже, раціональне харчування – це фізіологічно повноцінне харчування здорових людей із врахуванням їх віку, статі, характеру праці та інших факторів. Раціональне харчування сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам довкілля, високій фізичній і розумовій працездатності, а також активному довголіттю. Вимоги до раціонального харчування складаються з вимог до:

- харчового раціону;
- режиму харчування;
- умов прийому їжі.

Вимоги до харчового раціону:

1. Енергетична цінність раціону повинна покривати енергозатрати організму (постійне співвідношення між основними компонентами харчування повинне бути в пропорції 50:20:30. Щоденне вживання калорій повинно розподілятися так: 50 % – на вуглеводи, 20 % – білки, і 30 % – жири. Отже, 50 % спожитих щоденно припадає на вуглеводи. Вуглеводи діляться на

моносахариди, дисахариди і полісахариди. Вуглеводи становлять основу харчових продуктів, таких як свіжі фрукти, овочі, боби, горох, картопля, кукурудза, хліб, вівсяна каша, рис. Наприклад, моносахариди – глюкоза, дисахариди – цукор (сахароза), молочний цукор (лактоза), полісахариди – крохмаль (міститься в зернах пшениці (35 %), рисі (55 %), картоплі (18 %), глікоген, клітковина (входить до складу овочів і фруктів, у кишечнику людини розщеплюється за участю бактеріальної флори. Вона посилює жовчовиділення і виведення з організму холестерину, перистальтику кишечника і забезпечує почуття насичення), пектинові речовини (стабілізуючий матеріал. Вони обволікають слизову оболонку кишечника і захищають її від механічних і хімічних подразників, зв'язують патогенну флору, солі важких металів (свинець, ртуть) і виводять їх з організму).

2. Уміст жирів у щоденному раціоні близько 30 %. Тут основна проблема полягає в тому, щоб зуміти обмежити щоденне вживання жирів до цієї цифри. Жири відкладаються в жировій тканині й утворюють запас енергетичного матеріалу. Жири підшкірно-жирової клітковини оберігають органи від переохолодження, а жирова тканина оточує внутрішні органи, фіксує їх і попереджує зміщення і травми. Надлишок жиру в раціоні часто пов'язують із виникненням раку кишечника, грудей, підшлункової залози, яєчників і прямої кишки. Важлива не лише кількість жирів, а й їх якість. Рослинні жири, що входять до складу соняшникової, соєвої та кукурудзяної олії, рослинного маргарину, горіхів, краще вживати, ніж жири тваринного походження, оскільки в рослинних жирах є ненасичені жирні кислоти. Ненасичених жирних кислот особливо багато в маслі, сметані, жирному м'ясі, сосисках. Особливо небезпечні смажені жирні продукти, які містять акроолеїн.

3. Білкові продукти повинні становити близько 20 % калорій, які ми щоденно вживаємо. До них відносять рибу, телятину, пісну яловичину, баранину, свинину, твердий сир, молоко, молочнокислий сир, яйця. Білки становлять основу структурних елементів клітин і тканин тіла людини, входять до складу ферментів, беруть участь у виробленні імунітету. Зараз

добре відомо, що розпад і синтез білка проходить безпосередньо за участі ферментів, водночас усі білки обновлюються впродовж 5–7 днів. Харчова цінність білка залежить від його засвоюваності. Білки рослинних продуктів важкодоступні для травних ферментів, тому в кишечнику вони засвоюються гірше, ніж білки тваринного походження. Але надлишок тваринних білків у раціоні призводить до такого захворювання, як подагра.

4. Належний хімічний склад – оптимальна кількість збалансованих між собою поживних речовин.

5. Добра засвоюваність їжі, що залежить від її складу і способу приготування.

6. Високі органолептичні властивості їжі (зовнішній вигляд, консистенція, смак, запах, колір, температура).

7. Різноманітність їжі за рахунок широкого асортименту продуктів і різних прийомів їх кулінарного оброблення.

8. Здатність їжі (склад, об'єм, кулінарна обробка) створювати відчуття насичення.

9. Санітарно-епідемічна безпечність.

*Принципи здорового харчування
відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ*

1. Раціони харчування повинні складатися з різноманітних продуктів переважно рослинного, а не тваринного походження.

2. Споживайте хліб, зернові продукти, макаронні вироби, рис та картоплю декілька разів на день.

3. Споживайте не менше ніж 400 г за 1 добу різноманітних овочів та фруктів, бажано свіжих та вирощених у місцевих умовах екологічно чистих зон.

4. Підтримуйте масу тіла в рекомендованих межах (значення індексу маси тіла від 20 кг/м до 25 кг/м) за допомогою нормокалорійної дієти і щоденних помірних фізичних навантажень.

5. Контролюйте вживання жирів, питома вага яких не повинна перевищувати 30 % від добової калорійності: замінійте більшість насичених жирів ненасиченими рослинними оліями.

6. Заміняйте жирне м'ясо та м'ясопродукти квасолею, бобами, рибою, птицею або нежирним м'ясом.

7. Вживайте молоко і молочні продукти (кефір, кисле молоко, йогурт, сир) з низьким вмістом жиру і солі.

8. Вибирайте продукти із низьким вмістом цукру, обмежуйте частоту вживання рафінованого цукру, солодких напоїв та солодощів.

9. Віддавайте перевагу продуктам з низьким вмістом солі, загальна кількість якої не повинна перевищувати однієї чайної ложки (5 г) за 1 добу, включаючи сіль, що міститься в готових продуктах. В ендемічних зонах необхідно вживати йодовану сіль.

10. Приготування їжі на парі, її варіння, тушкування, випікання допомагає зменшити кількість доданого жиру.

Види харчування

Вегетаріанство є однією з найдавніших альтернативних теорій харчування. Це загальна назва систем харчування, які



виключають чи обмежують споживання продуктів тваринного походження. Термін «вегетаріанство» походить від латинського *vegetis*, що означає «життєрадісний, свіжий, сильний». Розрізняють чисте, чи суворе, вегетаріанство, прихильники якого виключають із харчового раціону не лише м'ясо і рибу, а й молоко, яйця, ікру, та несуворе, що допускає молоко, яйця, тобто продукти тваринного походження.

Розрізняють також: *лактовегетаріанство*, *ово-вегетаріанство*, *лактоово-вегетаріанство*, *веганство*,

сироїдіння, фрукторіанство, моноїдіння, змішане, рідке харчування.

Переваги вегетаріанства:

- зменшення ризику захворювання атеросклерозом;
- нормалізація артеріального тиску;
- зниження в'язкості крові;
- зменшення ризику пухлинних захворювань кишечника;
- поліпшення впливу жовчі та функцій печінки.

Недоліки:

– під час харчування винятково рослинною їжею виникають великі труднощі в достатньому забезпеченні організму повноцінними білками, насиченими жирними кислотами, ферумом, деякими вітамінами, оскільки більшість рослинних продуктів містять порівняно мало цих речовин;

– під час одержання принципів суворого вегетаріанства необхідно споживати надмірну кількість рослинної їжі, яка відповідала б потребам організму в енергії. Звідси – перевантаження діяльності травної системи великою кількістю їжі, яка зумовлює високу ймовірність виникнення дисбактеріозу, гіповітамінозу та білкової недостатності;

– для людей, уражених важкими захворюваннями, такими як злоякісні пухлини, хвороби системи крові, таке харчування може мати фатальні наслідки; з часом за суворого вегетаріанства в людини може розвиватися дефіцит феруму, цинку, кальцію, вітамінів В₂, В₁₂, D, незамінних амінокислот – лізину і треоніну.

Якщо веганом стає людина, яка тривалий час практикувала лакто-ово-вегетаріанство, в неї виникає менше труднощів при переході на веганське (чисто рослинне) харчування, ніж у м'ясоїда.

Роздільне харчування

Роздільне харчування, як і система, що ґрунтується на піраміді харчування, належить до «всеїдного» виду харчування. Основна ідея роздільного харчування полягає в тому, щоб не їсти одночасно несумісні один з одним продукти.

Усі компоненти продуктів харчування умовно діляться на три основні групи: білки, жири і вуглеводи. Жири сумісні

практично з усіма видами продуктів. А білки і вуглеводи між собою не поєднуються, оскільки для переварювання білків потрібне кисле середовище, а для вуглеводів – лужне.

Різні продукти вимагають різних умов для засвоєння, а на їх перетравлювання витрачається різний час. Наприклад, фрукти перетравлюються впродовж 30 хвилин, а м'ясо проходить травним трактом кілька годин. Якщо ж несумісні продукти потрапляють у шлунок разом, запускається найдовший процес перетравлення. У результаті погано переварені продукти не залишають шлунково-кишковий тракт довгий час, викликаючи гнильні процеси, отруюючи організм, осідаючи на стінках кишечника у вигляді шлаків і сприяючи ожирінню.

Плюси роздільного харчування:

- дає досить велику свободу під час складання меню;
- полегшує травлення, усуває запори, скорочує час проходження їжі травним трактом, усуває гнильні процеси і, як наслідок, дисбактеріоз (оздоровлює мікрофлору кишечника);
- знижує навантаження на організм (на перетравлення їжі витрачається значно менше енергії);
- сприяє очищенню організму і травної системи;
- знижує навантаження на печінку і зменшує інтоксикацію організму;
- покращує засвоюваність поживних речовин (білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів);
- сприяє схудненню і допомагає утримувати стабільну вагу.

Мінуси роздільного харчування:

– принципи роздільного харчування не передбачають, які продукти потрібно вносити до щоденного меню, щоб забезпечити організм усіма необхідними поживними речовинами. Щоб запобігти браку будь-яких речовин (білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів), необхідно максимально урізноманітнити свій раціон. Складаючи меню, можна скористатися пірамідою харчування;

– основна претензія, яку висувають до роздільного харчування, полягає в тому, що роздільне харчування «відучує»

організм перетравлювати несумісні продукти. У результаті, якщо в майбутньому людина з'їсть несумісні продукти, то «запрацює» розлад шлунку;

– часто в разі переходу на роздільне харчування людина відчуває постійний голод. Багато хто вважає, що так і повинно бути. Само по собі роздільне харчування не повинно викликати ніякого дискомфорту. Постійне відчуття голоду може виникнути в тому разі, якщо різко змінюється раціон харчування. Роздільне харчування такої зміни не вимагає. Щоб уникнути постійного голоду під час переходу на роздільне харчування, потрібно розділити звичні страви на складові частини і скласти з них нове меню, відповідно до принципів роздільного харчування (об'єднавши між собою сумісні продукти). Таким чином, щоденний раціон залишиться колишнім. Потім, якщо організм пристосується до роздільного харчування, можна буде поступово змінювати раціон харчування. За такого поступового переходу на роздільне харчування не загрожує ні постійний голод, ні брак необхідних для здоров'я речовин.

Роздільне харчування дещо ускладнює життя. Особливо, якщо доводиться харчуватися не вдома. Часто доводиться вибрати між зручністю і здоров'ям.

Сироїдіння

Хоча, кажучи про сироїдіння, зазвичай мають на увазі його веганський варіант (вживання лише сирої рослинної їжі), сироїдіння буває вегетаріанським (за якого до меню додають молоко і яйця) і навіть всеїдним (таке сироїдіння допускає вживання м'яса, риби, морепродуктів, молока, яєць – лише в сирому або в'яленому вигляді).

Переваги

Очищує. Таке меню багате на клітковину, що покращує травлення і перистальтику кишечника, тобто лікує одну з найпоширеніших проблем – запори.

Заряджає. Горіхи і насіння – потужне джерело енергії, корисних жирів, вітамінів, зокрема вітаміну Е, і мікроелементів. Такого концентрату немає ні в якому іншому продукті. Справа в тому, що до того часу поки горіхи і насіння не виростуть і не

матимуть своєї кореневої системи, вони повинні за рахунок чогось жити, і мудра природа тому постачає «зародки» майбутніх рослин і дерев просто-таки екстрактом корисностей.

Насичує. Такої кількості вітамінів, як у рослинній їжі, немає в жодній. А якщо врахувати, що фрукти та овочі – основна їжа сиріода, то вітамінів він одержує кожний день набагато більше, ніж інша людина.

Оздоровлює. Достатня кількість ненасичених жирів у рослинній їжі знижує рівень холестерину в крові, що покращує роботу серцево-судинної системи, а біофлавоноїди зміцнюють стінки судин, завдяки чому нормалізується тиск. Гіпертонія настає ще й за рахунок того, що «сире» меню містить в рази менше кухонної солі, ніж традиційне. Відсутність «поганих» жирів і «порожніх» вуглеводів проводить до нормалізації ваги.

Недоліки

Бідні білки. У рослинних білках (його багато в усіх листяних овочах і зелені, горіхах і насінні) немає всіх незамінних амінокислот, тобто тих, що наш організм сам виробляти не може.

На такі багаті білки лише тваринного походження. Тому теоретично «сире» меню може призвести до зниження імунітету.

Брак вітамінів В. Вітаміни групи В, які відіграють дуже важливу роль в обміні речовин і без яких неможливе здоров'я



центральної нервової системи. Дійсно, деякі його види, як, наприклад, В12 і В2, в найбільшій кількості є в яловичій печінці та молочних продуктах відповідно. Але в той самий час лідери за вітаміном В6 – волоські горіхи, цільні злаки і висівки.

Не зовсім той вітамін А. Лише в тваринних продуктах, таких як вершкове масло, яєчний жовток і печінка, є вітамін А – важливий борець за нашу молодість і відновні процеси, оскільки є антиоксидантом.

Небезпечний узимку. І, нарешті, в холодну пору року вибір рослинної їжі досить бідний, а тепличні «корисності» неабияк насичені «хімією».

Аюрведичне харчування



Плюси. Аюрведичний підхід до життя навчить насолоджуватися їжею, відчувати всі відтінки смаку. Вживати їжу потрібно не поспішаючи, ретельно її пережовуючи. Звичайно, це позитивно позначається на загальному стані організму, адже, як неодноразово твердять гастроентерологи та інші фахівці зі сфери харчування, «в шлунку зубів немає». Бонус такого підходу в тому, що за один раз ви менше з'їдаєте, і це допомагає скинути вагу.

Мінуси. Аюрведичне харчування протипоказане людям із хронічними захворюваннями. Його особливість – велика кількість прянощів. У разі деяких проблем зі здоров'ям

(наприклад, виразці шлунку) їх вживання повинне бути обмеженим. Також за аюрведою потрібно їсти якомога менше білка тваринного походження (а в ідеалі – відмовитися від нього), що теж може позначитися на самопочутті не найкраще.

Періодичне голодування



Поліпшення здоров'я і самопочуття в результаті відмови від шкідливих продуктів провокує багатьох людей почати лікувальне голодування. Розроблені методики розраховані на швидке очищення. Яка буде користь і шкода голодування для організму – залежить від обраної техніки, чіткого додержання етапів процедури, індивідуальних особливостей людини.

Харчове обмеження має плюси і мінуси. Практика здатна продовжити молодість, збільшити кількість років життя.

Користь голодування:

– Короткочасний період голодування буде корисний при бронхіальній астмі, порушеннях гормонального циклу, нервово-психічних захворюваннях, патології серця і судин, збої обміну речовин.

– Лікувальне голодування один день на тиждень сприяє очищенню органів, збільшенню біологічного віку.

– Метод не лише допомагає зменшити вагу, а й знижує кров'яний тиск, лікує автоімунні захворювання, артрити, атеросклерози, покращує зір.

– Під час лікування з тіла виходять нітрати, хімічні речовини й елементи фармацевтичних препаратів, які приймають постійно. Розвантажується робота головного мозку, підвищується розумова працездатність, фізична активність.

– Поліпшується робота всієї системи органів, що призводить до мобілізації сил організму, зниження рівня холестерину і цукру. У процесі голодування провокується вироблення кортикостероїду (гормон кори надниркових залоз), який має протизапальний ефект і зцілює від багатьох хвороб.

Короткострокова перерва в їжі дозволяє швидко схуднути за рахунок спалювання жирних клітин. Спочатку жир буде йти стрімко – до 2,5 кг за 1 день, надалі темп сповільниться, об'єм втраченої ваги буде залежати від фізіологічних особливостей тіла.

– Правильний послідовний підхід до методики дозволяє органам нормально функціонувати навіть після абсолютної відмови від їжі.

– За допомогою голоду лікують гострий і хронічний панкреатит. Терапія знімає навантаження з підшлункової залози, дозволяючи органу перепочити, відновити сили.

– Тривале голодування (понад 20 днів) позитивно позначається на потенції. Розвантажувальна терапія використовується в лікуванні аденоми простати і хронічної форми простатиту.

– Після проходження одноденного голоду якість і кількість споживаної їжі переоцінюється. Упродовж життя робота шлунка налаштована на триразове харчування, незалежно від наявності апетиту, спалюваних калорій за день. Харчове утримання вчить оцінювати істинно потребу в їжі, виробляючи звичку до меншої кількості порцій і здорового раціону. Періодична практика дозволяє уникнути в подальшому переїдання.

Шкідливий вплив терапії



Людина по-різному реагує на відсутність їжі, крім принесеної користі, можливий і шкідливий вплив голодування. Необхідно розуміти, наскільки необхідна процедура, щоб уникнути подальших небажаних наслідків.

Добовий голод із використанням води не так небезпечний, як тривалий. Після двох днів посту можливі ознаки ацидозу.

На етапі 7–10 днів голодування кількість сечової кислоти в крові різко зростає, що викликає сечокам'яну хворобу нирок. Симптоми захворювання проявляються відкладенням сірого нальоту на язиці, появою блювання, нудоти, може боліти голова, змінитися колір сечі і запах; вихід з ацидотичної кризи супроводжується повною відразою до їжі.

Унаслідок тривалої харчової перерви може впасти рівень глюкози, який впливає на виробництво еритроцитів. У результаті синтезування моносахариду починається з інших джерел в організмі – білка, потім жиру. За один день можна втратити до 300 г білка – цінного будівельного матеріалу. Витрачання білка призводить до ослаблення м'язової тканини, м'язи стають в'ялими, а на шкірі з'являються зморшки.

Відсутність живлення може призвести до збою в роботі кишечника, виникнення запорів, геморою.

Недолік поживних речовин знижує кількість вітамінів і мікроелементів в організмі, погіршуючи структуру волосся, нігтьових пластин, шкірного покриву. Відновлюється баланс майже два місяці.

Знижена кількість еритроцитів впливає на показник гемоглобіну, що призводить до анемії. Результат – швидка стомлюваність, слабка концентрація уваги. Кваліфіковані лікарі не рекомендують лікувати ожиріння за допомогою тривалого голоду. Сповільнення метаболічних процесів спричинює зворотний набір ваги, після закінчення етапу голодування. Правильний вихід не гарантує того, що маса не повернеться, і не перевищить початкову позначку. Подібний ефект можна спостерігати у спортсменів. Безконтрольне утримання від їжі небезпечно в разі захворювань шлунка, нирок, при виразці, гастриті, серцевій аритмії, цирозі печінки, діабеті, онкології, нирково-кам'яній хворобі, підвищених фізичних та розумових навантаженнях.

Є протипоказання до періоду вагітності та лактації, хронічного гепатиту, активної форми туберкульозу, паразитарних, інфекційних хвороб.

Значної шкоди харчове утримання може завдати гормональному фону, стати причиною безплідності, спричинити стрес, знизити імунітет. Тому лікування голодом завжди потрібно погоджувати з лікарем.

Приховане голодування, або монодієта, – це харчування виключно крупами, звареним на воді без солі. За такого голодування можна втратити за 1 тиждень до п'яти кілограмів – це шлаки. Кашу краще варити рідкою. Її можна посипати сумішшю морської солі, насіння кунжуту і конопель або льону. Насіння потрібно молоти, але перед цим їх необхідно просушити на сковорідці. На чотири частини розмеленого насіння береться одна частина морської солі.

Інтуїтивне харчування: принципи і правила

Автор системи – американський професор Стівен Хоукс, який безнадійно впродовж багатьох років намагався вирішити власну проблему зайвої ваги. Замкнене коло дієт змусив доктора задуматися про альтернативний спосіб схуднення. Результатом роздумів і досліджень став заклик Хоукса викинути всі дієтичні книги і забути про муки підрахунку калорій. Лише уважне

відчування свого організму може допомогти вирішити проблему безболісно і назавжди.

Хоукс стверджує, що варто лише почати прислухатися до свого тіла, відмовившись від правил та обмежень, як меню автоматично стане здоровим і збалансованим.

Сучасний підхід до харчування повертає людину до природи, адже вона дала найуніверсальніший інструмент для оцінювання чого-небудь – інтуїцію. Щоб зрозуміти, чи потрібна їжа в даний момент, варто лише прислухатися до організму і відчути наявність або відсутність голоду. Сучасна людина давно забула, що саме правильне харчування – інтуїтивне. Люди починають їсти за компанію або коли вони перебувають за крок до смачних страв або продуктів для перекусів.



Дієтологи довгий час сперечалися з приводу такої системи, але в кінцевому підсумку вони дійшли висновку, що це ефективний аналог здорового харчування з точки зору психології. Хочеться відзначити, що інтуїтивний спосіб харчування буде неефективним для людей, які страждають булімією, оскільки це психологічна проблема, що вимагає втручання кваліфікованого психотерапевта.

У 70-ті рр. XX ст. недієтичним підходом займалася Тейма Веллер, яка відкрила клініку інтуїтивного харчування для жінок «Green Mountain», вона запропонувала жінкам худнути без обмежень в їжі. Основна методика була спрямована на вивчення правильного відчуття власного тіла і побудована на тезах Хоукса.

У 1978 році воркшопи на тему «тупіковості» дієт проводили Хіршманн і Мюнтер. У 1995 році дієтологи Триболи і Реш представили публіці фундаментальну працю – книгу «Intuitive eating».

На цей час на Заході відкрито величезну кількість клінік, що коригують порушення харчової поведінки недієтичним методом.

Очевидно, що база інтуїтивного харчування – психотерапевтична. Щоб освоїти цей метод схуднення, можна скористатися допомогою фахівців (психотерапевтів, нутриціоністів).

Отже, суть системи інтуїтивного харчування – жодних правил. Їсти дозволяється все, але лише додержуючись двох вимог: потрібно відчувати голод та інтуїтивно розуміти, що обраний продукт організм дійсно хоче прийняти. На цьому етапі дорослі відчують труднощі. Проте їх легко подолати, якщо поспостерігати за дітьми – вони їдять стільки, скільки їм необхідно. Бажання батьків захпати в дитину зайве нерідко обертається великим скандалом. Особі, яка звикла сидіти на дієтах за розкладом, важко навчитися слухати своє тіло. Спочатку в усіх виникають труднощі з визначенням власного почуття голоду і насичення. З часом виникає розуміння, що їсти потрібно лише в разі, якщо відбувається бурчання в животі або смоктання під грудьми, а не за компанію з ким-небудь. Інтуїтивне харчування для схуднення життєво необхідно для таких категорій:

- жертв дієт, життя яких перетворилося на тактику обмежень і зривів;
- емоційних осіб, які заїдають переживання;
- звиклих до розподілу продуктів, підрахунку калорій, які харчуються строго за розкладом і за співвідношенням БЖВ.



Навчитися інтуїтивно оцінювати харчову поведінку можна, якщо перестати ділити їжу на корисну і шкідливу, погану і хорошу, а також припинити відповідати прийнятим стандартам. Необхідно позбутися страху стати негарним або товстим. Перехід на інтуїтивне харчування – це зміна ставлення до їжі, а не схуднення. Навіть якщо на початковому етапі набереться пара зайвих кілограмів – це нормально. Особливо в тих осіб, які раніше обмежували собі в ласощах. Якщо заборон не буде, то й тяга до них зникне, адже, як відомо, солодкий лише заборонений плід.

Організм генетично запрограмований на вимогу власника лише тих продуктів, яких на даний момент бракує йому для нормального функціонування. Складаючи меню інтуїтивного харчування, необхідно привертати увагу до сигналів тіла і не допускати компульсивного переїдання. Відмовляючись від дієтичного мислення, потрібно дозволяти організму все. З цієї точки зору порція вареної броколі на вечерю нічим не краще тарілки зі смаженою картоплею. Будучи з'їденою відповідно до бажання тіла, вона не призведе до набору ваги, а лише поповнить енергетичний баланс.

Дитина робить вибір продуктів набагато легше, адже знає, скільки потрібно їсти, інтуїтивно спираючись на сигнали тіла. Маленькі діти навіть із великим апетитом в один момент наїдаються і більше не хочуть, а батьківські спроби годувати їх насильно – не подобаються. Дитяче харчування за інтуїцією – це мінімізація контролю над кількістю їжі дитини. Навіть немовля в стані голоду плаче, поки не отримає харчування. Нехай дитина з малого віку збереже здатність чути інтуїтивні відчуття і розуміти різницю між ситістю, апетитом і голодом.



Продовольча проблема світу проявляється в гострій нестачі продуктів харчування в бідних країнах, недоїданні і голодуванні тамтешнього населення, а також у незбалансованості і неповноцінності харчування людей. Так, на початку 90-х рр. ХХ ст. загальна кількість тих, які потерпають від голоду у світі, за даними ФАО, – у 500-550 млн. осіб, а тих, хто недоїдає, – 1–1,3 млрд. Голод, певна річ, – явище, властиве найбільш бідним країнам. Недоїдання часто поширене в усіх країнах, хоча в економічно розвинених його найменше. На відмінну від бідних країн, у більш-менш розвинених країнах недоїдання та незбалансоване харчування пояснюється переважно нерівністю сімейних доходів, яка є об'єктивним наслідком ринкової системи господарювання.

Позитивне вирішення глобальної продовольчої проблеми потребує комплексного підходу, який передбачає:

– забезпечення розвитку та ефективності виробництва продуктів харчування в самих країнах, що мають серйозні продовольчі труднощі;

– обмеження збільшення кількості населення у відсталих країнах до можливостей його прогодування власним виробництвом;

– надання ефективної допомоги відсталим країнам зусиллями і ресурсами світового співтовариства (фінансової, гуманітарної, науково-технічної тощо).



Середній для всього світу показник калорійності харчового раціону становив 2 700 ккал за 1 добу. В економічно розвинених країнах споживання продовольства в середньому на душу населення становить 3 400 ккал, а споживання білків – приблизно 100 г за 1 добу. Таким чином, продовольча незабезпеченість у світі нерівномірна, але наявна фактично в усіх країнах. Навіть у державах із високим життєвим рівнем є соціальні групи зі стійким низьким споживанням, але в цілому явище недоїдання, а тим більше голоду, для них не характерне.

Неповноцінне харчування значної частини населення країн, що розвиваються, і певної частини бідних прошарків в інших державах – важлива причина низької тривалості життя і хвороб, викликаних білково-калорійною нестачею, гострою нестачею в організмі вітамінів, мінеральних речовин. Хронічне

недоїдання, на яке приречені маси людей, нині є більш серйозною загрозою, ніж голод у його традиційному розумінні.

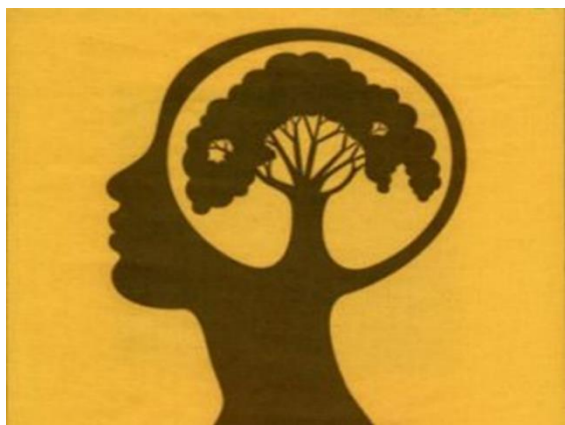
З урахуванням фізіологічних норм, наведених вище, наприкінці 80-х рр. XX ст. повноцінне харчування отримували 35 % жителів Землі. майже 15 % споживали достатню кількість калорій, але мали дефіцит білків. Близько 20 % мали дефіцит білків тваринного походження. А решта, 30 % жили в умовах кількісної та якісної нестачі їжі, споживаючи менше ніж 1 700 ккал за 1 добу.

Отже, раціональне збалансоване харчування – це фізіологічно повноцінне харчування людини з урахуванням її статі, віку, характеру праці, клімато-географічних умов, індивідуальних особливостей. Воно передбачає своєчасне постачання організму смачною їжею, що містить поживні речовини – білки, жири, вуглеводи, вітаміни, макро- та мікроелементи, які людина повинна одержувати в оптимальній для організму кількості та в певних співвідношеннях, що забезпечує нормальне функціонування всіх систем і органів. Необхідне для підтримання нормальної життєдіяльності організму, високого рівня фізичної та розумової працездатності. Від характеру харчування залежить обмін речовин, функція та структура тканин і органів, опірність організму до впливу несприятливих факторів оточуючого середовища, дії мікробів, вірусів, токсичних елементів тощо.

Тема 10. Соціально-психологічне здоров'я молоді

Поняття про психічне здоров'я. Критерії оцінювання психічного здоров'я: властивості особистості, переважні психічні стани, адекватність психічного відображення, гармонійність особистості. Розумова працездатність як показник психічного здоров'я. Психологічна стійкість особистості. Емоційна стійкість особистості. Психологічні типи як форми психічного здоров'я.

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням психіатра С. С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї



особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій тощо.

Психічне здоров'я переживає вплив із боку різних соціальних зв'язків, зокрема родини,

спілкування з друзями і родичами, роботи, дозвілля, належності до релігійних або інших організацій та ін., до того ж наслідки цих впливів можуть мати як позитивний, так і негативний характер. Лише люди із здоровою психікою звичайно почувають себе активними учасниками в соціальній системі.

Виховна занедбаність і несприятливі умови довкілля стають причинами різних форм неадекватної поведінки людини в суспільстві, кримінального розвитку особистості. Особистість може деградувати або змінитись, якщо зміниться її ставлення до людей, до праці або колективу. Лише стійкість і сталість активних стосунків дадуть можливість особистості підтримувати власну впевненість та протистояти впливам середовища, переборювати опір зовнішніх умов, долати перешкоди і досягати поставлених цілей, здійснювати реалізацію своїх намірів. Реалізація ідей психічного здоров'я на соціальному рівні вимагає від суспільства перегляду вкорінених, але не виправданих традицій і пріоритетів у сфері виховання й утворення, професійної зайнятості, організації дозвілля та відпочинку, індустрії харчування тощо.

Ключовим моментом у проблемі здоров'я людини в контексті психології є питання про критерії його оцінювання. Серед особистісних проявів найбільш відомі такі критерії психічного здоров'я:

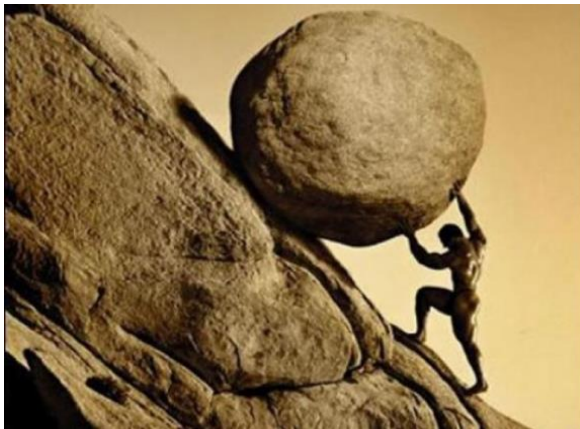
- оптимізм;
- зосередженість (відсутність метушливості);
- урівноваженість;
- моральність (чесність, совісність та ін.);
- адекватний рівень домагань;
- почуття обов'язку;
- впевненість у собі;
- невразливість (уміння звільнитися від прихованих образ);
- відсутність ліні;
- незалежність;
- безпосередність (природність);
- відповідальність;
- почуття гумору;
- доброзичливість;
- толерантність;
- самоповага;
- самоконтроль.

Серед психічних станів найбільш відомі такі критерії психічного здоров'я:

- емоційна стійкість (самовладання);
- зрілість почуттів відповідно до віку;
- вміння опанувати негативні емоції (страх, гнів, жадібність, заздрість та ін.);
- вільний, природний прояв почуттів і емоцій;
- здатність радіти.

Серед психічних процесів найбільш відомі такі критерії психічного здоров'я:

- максимальне наближення суб'єктивних образів до певних об'єктів дійсності (адекватність психічного відображення);
- адекватне самосприйняття;
- уміння зосереджувати увагу на предметі;
- утримання інформації в пам'яті;
- здатність до логічного опрацювання інформації;
- критичність мислення;
- креативність (здатність до творчості, уміння користуватись інтелектом);
- знання себе;
- дисципліна розуму (керування думками).



Водночас у літературі чимало прикладів, коли для характеристики психічного здоров'я пропонуються якісь окремі ознаки його вираження. Серед них на особливу увагу заслуговує *критерій психічної рівноваги*. Із його допомогою можна говорити про характер функціонування психічної сфери людини з різних сторін (пізнавальної, емоційної, вольової). Виділяють ще два критерії здоров'я в особистісному плані: *гармонійність організації психіки та її адаптаційні можливості*.

Що стосується психічної рівноваги, то від міри її виразності залежить урівноваженість людини з об'єктивними умовами, її пристосованість до них. До того ж сама по собі врівноваженість не є застиглою у своєму прояві, а розгортається в поступальному русі життєво важливих біологічних і психологічних процесів. Водночас, на думку В. Н. М'ясищева, врівноваженість людини й адекватність її реакції на зовнішні впливи мають велике значення в плані розмежування норми і патології. У неврівноваженій людини фактично порушена гармонійна взаємодія між властивостями, що покладені в основу особистісного статусу. Лише в психічно здоровій, тобто врівноваженій особі, ми спостерігаємо прояви відносної сталості поведінки й адекватності зовнішнім умовам.

Аномалії в розвитку особистості найбільш яскраво заявляють про себе в проявах її дисгармонії, втраті рівноваги із соціальним оточенням, тобто в порушенні процесів соціальної адаптації.

У літературі можна спостерігати окремі спроби охарактеризувати основні прояви здорової психіки за допомогою нижчепереліченої сукупності критеріїв. По-перше, поряд з очевидним незбігом думок простежується і визначена подібність у виборі низки критеріїв психічного здоров'я. Це можна сприймати як свідчення того, що вони найбільш точно характеризують стан психічного здоров'я. По-друге, трактувати наведений перелік критеріїв необхідно як їх сукупність, оскільки в них не закладена та класифікуюча ознака, яка додає їм можливої внутрішньої організації.

Особливе значення серед критеріїв психічного здоров'я особистості надається мірі її інтегрованості, врівноваженості, а також такої складової частини її спрямованості, як духовність (пізнання, прагнення до істини); пріоритет гуманістичних цінностей (доброта, справедливість та ін.); орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості.

Дослідники Є. Абросимова, А. Ленгле визначальним критерієм психічного здоров'я вважають спроможність жити у внутрішній злагоді як вияв активізації автентичної свободи та відповідальності, актуалізацію здатності духовного виміру людини спілкуватись із зовнішнім і внутрішнім світом та віднаходити адекватний ситуації спосіб поведінки й автентичної внутрішньої позиції.

Р. Мей, якого називають найбільш екзистенційно орієнтованим представником гуманістичної психології американського континенту, вважає визначальними апріорні структури інтенційності, тобто спрямованість людського буття за власні межі. Інтенційність у поєднанні із прийняттям життя таким, як воно є, максимально повним проживанням його та відкритістю світу характеризує сутність психологічного здоров'я.

Психічна, або душевна складова стосується функціонування психіки людини, саме тому критеріями психічного здоров'я вважають відповідність/невідповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності і характеру реакцій – зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій; адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості; адаптивність у мікросоціальних відносинах; здатність до саморегуляції поведінки, розумного планування життєвих цілей і підтримки активності в їх досягненні; впорядкованість і причинну зумовленість психічних явищ, критичне самооцінювання та оцінювання оточуючих обставин, почуття прихильності до близьких людей і відповідальність за них; здатність до постійного розвитку та збагачення особистості.

Психічне здоров'я – внутрішній стан людини, який забезпечує адекватну дійсності регуляцію поведінки;

самовиховання особистості. Психічне здоров'я має складну будову, зокрема включає:

- особистісно-змістовний рівень (особистісне здоров'я);
- рівень психофізіологічного здоров'я.

К. Ясперс виділив чотири ознаки психічного здоров'я:

- здатність концентрувати увагу на предметі;
- утримувати інформацію в пам'яті;
- логічне опрацювання інформації;
- адекватна орієнтація в просторі та часі.

Таким чином, психологічне здоров'я ототожнюється з почуттям внутрішньої узгодженості із власними діями, постійним діалогом із внутрішнім та зовнішнім світом, автентичним існуванням, почуттям авторства життя. Розлади здоров'я людини, за Л. Бінсвангером (1999), є наслідком відмови від вільного проєктування власного майбутнього внаслідок фанатичного прагнення до недосяжного ідеалу бути іншою, ніж є насправді, особистістю, втрати безперервності саморозвитку, віддаленості від вільної трансценденції.

Розумова працездатність як показник психічного здоров'я



Розумова праця відображає сприйняття і перероблення інформації мозком. Вона характеризується високим напруженням діяльності півкуль великого мозку, істотним

підвищенням функції певних сенсорних систем, концентрації уваги, пам'яті і мислення. У процесі надходження нової інформації проходить порівняння її з раніше засвоєною й існуючою та їх інтеграція. Інтеграція інформації збагачує пам'ять, допомагає будувати програму дій та ухвалення рішень. У процесі виконання розумової роботи підвищуються увага і запам'ятовування.

Глибинні механізми розумової працездатності повністю не вивчені. Проте відомо, що в разі пошкодження лобових часток мозку втрачається здатність формувати речення, розв'язувати задачі, аналізувати інформацію. У разі руйнування гіпокампа втрачається здатність запам'ятовувати інформацію, що надходить.

Розумова праця супроводжується нервово-емоційним напруженням, за якого збільшуються енерговитрати і кровообіг мозку, виникає перерозподіл мозкового кровотоку в бік його підвищення на 50 % у лобових частках, підвищується амплітуда і частота біопотенціалів. Паралельно зростає робота серця, артеріальний тиск, глибина дихання, змінюється м'язовий тонус.

Розумова працездатність непостійна, вона змінюється впродовж робочого дня. Спочатку вона низька (період впрацювання), потім піднімається і підтримується на високому рівні (період стійкої працездатності), після цього знижується (період втоми).

Утома розвивається внаслідок зниження збудливості та послаблення збудження нервових центрів через могутню імпульсацію із сенсорних систем. Наприклад, зорова втома зменшує здатність переробляти інформацію, яка надходить через зоровий аналізатор, що призводить до дефектів пам'яті і мислення, послаблення рішучості, витримки, самоконтролю, появи сонливості. Висловлюється думка, що нервово-емоційна втома пов'язана з ретикулярною системою, активність якої на кору та підкіркові структури (за даними ЕЕГ) істотно знижується.

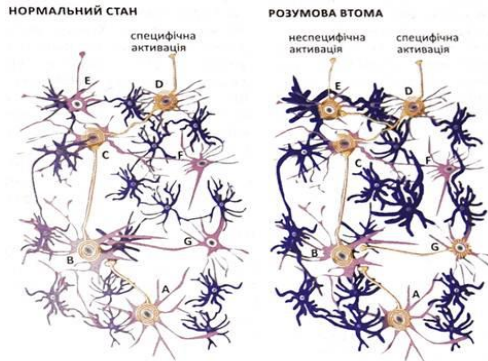


Рисунок 10.1 – Нейрональні мережі мозку в умовах норми та в разі розумової втоми

Зліва – нормальні умови: нейрональні мережі складаються з нейронів А – G (рожево-сірий колір). Клітина А активує клітину В, далі С і пізніше D. Оточуючі астроцити (синій колір) розпізнають нейрональні процеси і потім взаємодіють із ними. У разі розумової втоми – справа – виникає ріст закінчень нейронних відростків. Цей феномен називають спрутингом, що проявляється в активації нейроном С нейронів D та E. Завдяки виділенню глутамату, що зумовлює невелике зростання його позаклітинної концентрації, активується нейрон G. Це призведе до активації нейрона В, тобто до збудження більших нейрональних мереж. Унаслідок цього астроцити набухають, функція мережі знижується, розвивається втома.

Під час розумової втоми збільшується тону парасимпатичної нервової системи, про що свідчить зменшення частоти серцевих скорочень, зниження артеріального тиску, вагосимпатичного індексу Р/Т на ЕКГ. На початку ХХІ століття створена гіпотеза, що розумова втома розвивається внаслідок накопичення в нервових клітинах ланцюжка амінокислот (ВСАА): вільного триптофану, 5-гідрокситриптаміну (серотоніну), зв'язаного триптофану та жирних кислот. Останнім часом появились дослідження за допомогою МРТ, в яких установлено, що розумова втома (менше – фізична) супроводжується накопиченням глутамату в клітинному просторі

через неспроможність астроцитів його утилізувати. Збільшення концентрації нейротрансмітера порушує синаптичне передавання процесів у нервових клітинах.

З розвитком науково-технічного прогресу кількісна різниця між розумовою та фізичною працею стирається – підвищується інтелектуальне і знижується рухове навантаження на працівників фізичної праці. Люди зі стійким і економічним режимом роботи зберігають резерви розумової працездатності впродовж усього робочого дня, люди з нестійким і неекономічним режимом схильні до фізичної і розумової перевтоми. Підтримання високої працездатності може бути досягнуте чергуванням розумової праці з фізичними вправами, які покращують загальний стан організму. Фізична праця стимулює функції організму, спрямовані на оздоровлення людини.

На відміну від фізичної роботи розумова працездатність людини характеризується більшою інтенсивністю. У зв'язку з цим надмірний вид розумової праці впливає на функціональний стан організму людини.

Схематично можна показати, що показники розумової працездатності людини (продуктивність, точність, швидкість роботи) у процесі робочого дня можна виділити періоди роботи і побудувати криву роботи (рис. 10.2).

Необхідно зазначити, що більшість дослідників вважають, що принципових відмінностей у кривій роботи за фізичної та розумової праці немає, періоди роботи на кривій одні і ті самі. Відмінності є лише в адекватних показниках і фізичній працездатності (продуктивності, точності та інших показників праці).

Необхідно підкреслити, що крива працездатності є найбільш продуктивним критерієм для постановки раціонального режиму робочого дня.

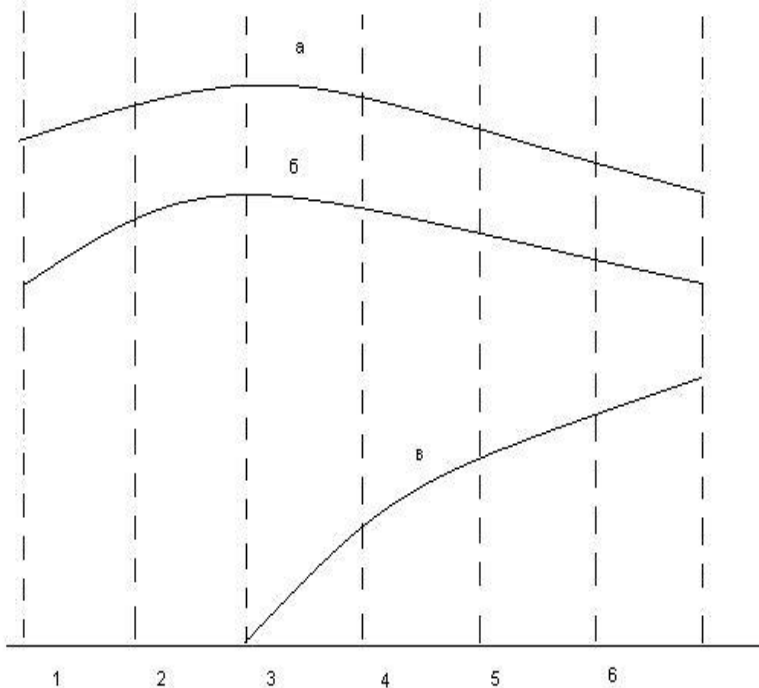


Рисунок 10.2 – Періоди кривої роботи (розділені вертикальними лініями): 1 – *впрацьовуваність*; 2 – *оптимальна працездатність*; 3 – *повна компенсація*; 4 – *нестійка компенсація*; 5 – *кінцевий порив*; б – *прогресивне зниження працездатності*; а – *максимальні резервні можливості*; б – *ефективність роботи*; в – *втома*

На кривій роботи можна більш або менш чітко виділити такі періоди.

1. Період впрацьовування, який може продовжуватися від декількох хвилин до годин. Виражається він у поступовому підвищенні працездатності з деякими коливаннями продуктивності роботи. Це коливання продуктивності роботи спочатку обумовлене пошуками адекватного способу дії. Психофізіологічний зміст періоду впрацьовування зводиться до формування робочої домінанти, яка характеризується констеляцією (об'єднання в цілісну функціональну систему)

нервових центрів, що регулюють ті функції, які забезпечують виконання роботи, до вироблення і засвоєння оптимального ритму (темпу) роботи. Потрібно підкреслити, що перехід до регуляції функції організму в робочому стані і формуванні робочої домінанти супроводжується певними, нерідко досить вираженими функціональними зрушеннями, неадекватному професійному розумовому напруженні. У зв'язку з цим у період впрацьовування спостерігаються виражені коливання (із помітним короткочасним вираженням) вироблення чи продуктивності, точності і якості роботи, підвищення пульсу, підвищення кров'яного тиску, збільшення дихання. Для цього періоду, особливо під час виконання відповідальної професійної розумової праці діяльності, характерне високе нервово-психічне збудження. З практичної точки зору важко максимально зменшити тривалість періоду впрацьовування, як можна швидше перевести організм у стан оптимальної працездатності. Виключне значення для цього має установка (мотивація) до розумової працездатності і вольові зусилля, які долають зниження продуктивності.

2. Період оптимальної працездатності характеризується стабільною розумовою працездатністю. Функціональний стан організму визначається як «врівноважений робочий стан». Усі зміни показників функцій організму адекватні тому навантаженню, яке витримує людина і відповідають критеріям фізіологічної норми. Необхідно підкреслити, що для одержання найбільш конкретних даних від реакцій організму на конкретну розумову роботу необхідно це дослідження проводити в цей період.

3. Період повної компенсації непомітно і поступово переходить із періоду оптимальної працездатності. Тому виділення цих двох періодів на кривій роботі має відповідальний характер. Відмінною рисою періоду повної компенсації є по-перше: виникнення початкових ознак втоми, яке однаково компенсується вольовим зусиллям людини і позитивною мотивацією його до роботи. Тому зовнішньо не спостерігається зниження працездатності (продуктивності, якості та інших

показників роботи), які є основною ознакою втоми. У цей період об'єктивні признаки втоми «маскуються» і воно проявляється у працівника у вигляді суб'єктивного відчуття втоми. По-друге, вольові зусилля компенсують втому, реалізуються через фізіологічні механізми підвищення діяльності вегетативних функцій і неспецифічних зрушень нейрогуморальної системи, які забезпечують розумову роботу та активують процеси людини. Ці зусилля функцій організму під час роботи спрямоване на компенсацію і попередження зниження працездатності людини, пов'язане також із нервово-психологічним навантаженням. Тому в цей період поряд із попереднім показником спостерігаються вегетативні зміни з боку вегетативних функцій. Але ці реакції відображають не стільки інтенсивність розумової працездатності, скільки нервово-психічне навантаження, яким вони супроводжуються.

Необхідно підкреслити, що тривалість періодів оптимальної працездатності і повної компенсації найбільше з боку інших кривої роботи. Вона визначається інтенсивністю і нервово-психічним навантаженням розумової роботи, гігієнічними умовами оточуючого середовища, в якому її виконують та обсягом компенсаторних реакцій, резервних можливостей організму.

4. Період нестійкої компенсації характеризується нарощенням втоми, зниженням працездатності. Правда, вольові зусилля людини деякий час може підтримати розумову працездатність на заданому необхідному рівні. Ступінь руху працездатності і здатність компенсації її в цей період кривої роботи значною мірою залежить від індивідуальних особливостей і від типу нервової системи людини, від тренуваності, фізичного стану і діапазону компенсаторних його можливостей. У цей період спостерігається виражене відчуття втоми, різновиди в зміні показників функцій різних систем. Величини одних показників збільшуються, інших – зменшуються, а третіх – залишаються без змін. Різноманітність змін у характері функціонування будь-якої системи не випадкова. Воно відображає закономірності функціонування організму як

єдиного цілого і включає реакції безпосереднього забезпечення виконаної роботи, компенсаторні і мобілізуючі реакції. Однак усі ці зміни не виникають однаково і не розвиваються в одному і тому самому напрямку. Зміни виникають, швидше за все, в тих органах і системах, які безпосередньо забезпечують виконання оперативної роботи.

Ці зміни можуть спочатку виникати також і в психічних функціях, які в структурі конкретної розумової діяльності людини мають вирішальне значення (наприклад, оперативна пам'ять, зберігання уваги). Зміни в інших системах мають регуляторне чи компенсаторне значення. У разі розвитку втомі різні здібності змінюються по-різному.

5. Період прогресивного зниження працездатності характеризується швидким нарощуванням втоми, яке виражається у зниженні продуктивності, ефективності розумової роботи й у функціональних зрушеннях, неадекватним виконанням роботи. До того ж людина, звичайно, не в стані вольовим зусиллям компенсувати зниження працездатності.

У період закінчення роботи можна спостерігати так званий кінцевий прорив, що виражається в короткочасному підвищенні роботи. «Кінцевий прорив» – мобілізація організму, яка здійснюється за механізмом рефлекторних реакцій на комплекс умовних подразників, що сигналізують перед закінченням роботи. Необхідно підкреслити, що «кінцевий прорив» перед закінченням роботи спостерігається далеко не в усіх випадках, і рівень короткочасного підвищення ефективності роботи в окремих людей може бути найрізноманітнішим.

Психологічна стійкість особистості. Емоційна стійкість особистості. Психологічні типи як форми психічного здоров'я

Продуктивне функціонування, адекватна саморегуляція, динамічний розвиток, досить повна адаптація можливі в разі психічної стійкості особистості. До переліку основних складових психічної стійкості входять доміанти активності: *домінанта пізнання і самопізнання, домінанта діяльності, домінанта інтеракції.*

Відсутність мотивації до самопізнання, саморегулювання і саморозвитку створює основу для ослаблення психічної стійкості. Відсутність відповідної психологічної компетентності може бути причиною того, що людина не усвідомлює зв'язку між емоційним дискомфортом, який поглиблюється, дисгармонією особистості й соматичним розладом.

Психічну стійкість варто розуміти як помірність, рівновагу сталості й мінливості особистості. Йдеться про сталість основних життєвих принципів і цілей, домінуючих мотивів, способів поведінки, реагування в типових ситуаціях. Мінливість виявляється в динаміці мотивів, появі нових способів поведінки, пошуку нових способів діяльності, виробленні нових форм реагування на ситуації. У разі такого розуміння основою психічної стійкості особистості є гармонійна (розмірна) єдність сталості особистості та динамічності, які доповнюють одна одну. На базі сталості вибудовується життєвий шлях особистості. Вона підтримує і зміцнює самооцінку, сприяє прийняттю себе як особистості й індивідуальності. Динамічність і пристосовність особистості якнайтісніше пов'язані із самим розвитком та існуванням особистості. Розвиток неможливий без змін, що відбуваються в окремих сферах особистості та в особистості загалом. Вони зумовлені і внутрішньою динамікою, і середовищним впливом. Фактично, розвиток особистості є сукупністю її змін.

Психічна стійкість – це властивість особистості, окремими аспектами якої є стійкість, урівноваженість, опірність. Вона дає можливість особистості протистояти життєвим труднощам, несприятливому тиску обставин, зберігати здоров'я і працездатність у різних випробуваннях.

Психічна стійкість залежить від урівноваженості як здатності зіставляти рівень напруження з ресурсами своєї психіки й організму. Рівень напруження завжди зумовлений не лише стресорами і зовнішніми обставинами, а й їх суб'єктивною інтерпретацією, оцінкою. Урівноваженість як складова психічної стійкості виявляється в здатності мінімізувати негативний вплив суб'єктивної складової у виникненні напруження, у здатності

утримувати напруження в прийнятних межах. Урівноваженість – це також здатність уникати крайностей у силі відгуку на події, що відбуваються. Тобто бути чуйним, чуттєвим до різних аспектів життя, небайдужим, з одного боку, і не реагувати занадто сильно, з підвищеною збудливістю – з іншого.

У психічній стійкості важливий ще один аспект – пропорційність приємних і неприємних почуттів, які зливаються в почуттєвому тоні, пропорційність між відчуттями задоволеності, благополуччя і переживаннями радості, щастя, з одного боку, і відчуттями незадоволеності досягнутим, недосконалістю в справах, у собі, почуттями смутку і суму, стражданнями – з іншого. Без тих та інших навряд чи можливе відчуття повноти життя, його змістової наповненості.

Знижені стійкість та урівноваженість призводять до виникнення станів ризику (стресу, фрустрації, переднервових, субдепресивних станів).

Опірність – це здатність протистояти тому, що обмежує свободу поведінки, свободу вибору і щодо окремих рішень, і щодо вибору способу життя загалом. Найважливішою складовою опірності є індивідуальна й особистісна самодостатність в аспекті свободи від залежності (хімічної, інтеракційної, акцентованої односпрямованої поведінкової активності).

Нарешті, не можна не зазначити постійну міжособистісну взаємодію, залученість у багато соціальних зв'язків, відкритість впливові, з одного боку, а з іншого боку – опірність надмірній взаємодії. Останнє може порушити необхідну особистісну автономність, незалежність у виборі форми поведінки, цілей і стилю діяльності, способу життя, перешкодити відчувати своє «Я», йти своїм шляхом, вибудовуючи свій життєвий шлях. Інакше кажучи, до психічної стійкості належить здатність знаходити баланс між комфортністю й автономністю та утримувати цю рівновагу. Для психічної стійкості необхідна здатність протистояти зовнішнім впливам, додержуючись своїх намірів і цілей (Петровський).

Фактори психічної стійкості. Психологічну стійкість особистості можна розглядати як складну властивість

особистості, синтез окремих рис і здібностей. Наскільки вона виражена, залежить від багатьох чинників. Психологічну стійкість підтримують внутрішні (особистісні) ресурси і зовнішні (міжособистісна, соціальна підтримка). Ресурси особистості, які підтримують її психологічну стійкість та адаптованість і таким чином сприяють виникненню й збереженню гармонійного настрою. Це досить великий перелік факторів, що стосуються особистісних особливостей та соціального середовища.

Фактори соціального середовища:

- фактори, що підтримують самооцінку;
- умови, що сприяють самореалізації;
- умови, що сприяють адаптації;
- психологічна підтримка соціального оточення (емоційна підтримка близьких, друзів, співробітників, їх конкретна допомога в справах).

Особистісні фактори. Ставлення особистості (зокрема, її до себе):

- оптимістичне, активне ставлення до життєвої ситуації загалом;
- філософське (іноді – іронічне) ставлення до важких ситуацій;
- упевненість, незалежність у взаєминах з іншими людьми, відсутність ворожості, довіра до інших, відкрите спілкування;
- терплячість, прийняття інших такими, якими вони є;
- відчуття спільності (в адлерівському значенні), відчуття соціальної належності;
- статус у групі і соціумі, який задовольняє;
- досить висока самооцінка;
- узгодженість Я-сприйманого і Я-бажаного (Я-реального та Я-ідеального).

Свідомість особистості:

- віра (у різних її формах – віра в досяжність поставлених цілей, релігійна віра, віра в загальні цілі);
- екзистенціальна визначеність – розуміння, відчуття сенсу життя, свідомість діяльності та поведінка;

– установка на те, що можеш сам бути розпорядником свого життя;

– усвідомлення соціальної належності до певної групи.

Емоції і почуття:

– домінування стеничних позитивних емоцій;

– переживання успішності самореалізації;

– емоційне насичення від міжособистісної взаємодії, переживання відчуття згуртованості, єдності.

Пізнання і досвід:

– розуміння життєвої ситуації та можливість її прогнозувати;

– раціональні судження в інтерпретації життєвої ситуації (відсутність ірраціональних суджень);

– адекватне оцінювання обсягу навантаження і своїх ресурсів;

– структурований досвід подолання важких ситуацій.

Поведінка і діяльність:

– активність у поведінці й діяльності;

– використання ефективних способів подолання труднощів.

У цьому переліку наведено позитивні полюси властивостей і чинників, що впливають на психологічну стійкість. У разі наявності цих чинників (позитивних полюсів властивостей) зберігається сприятливий для успішної поведінки, діяльності й особистісного розвитку домінуючий психічний стан і підвищений настрій. Якщо вплив несприятливий, домінуючий стан стає негативним (апатія, зневіра, депресивність, тривога тощо), а настрої – зниженим, непостійним. Якщо фактори соціального середовища підтримують самооцінку, сприяють самореалізації, одержанню психологічної підтримки, то все це загалом сприяє появі підвищеного настрою і підтримці стану адаптованості. Якщо ж фактори соціального середовища знижують самооцінку, ускладнюють адаптацію, обмежують самореалізацію, позбавляють людину емоційної підтримки, то все це сприяє зниженню настрою і появі стану дезадаптованості.

Важлива складова психічної стійкості – позитивний образ «Я», у якому вагому роль відіграє позитивна групова ідентичність особистості. Людині завжди необхідно відчувати себе частиною «МИ», частиною якої-небудь групи, усвідомлюючи належність до якої вона знаходить опору в житті. До таких груп можна зарахувати етнічні групи, партії, церковні організації, професійні об'єднання, неформальні об'єднання однолітків, осіб із подібними інтересами.

Родина відіграє особливу роль у житті кожної людини. Сімейні стосунки мають величезне значення для розвитку особистості, досягнення соціальної зрілості. Родина може впливати на кожного свого члена, давати емоційну підтримку, яку неможливо нічим замінити. Однак атмосфера родини може також негативно впливати на душевну рівновагу особистості, знижувати емоційний комфорт, збільшувати внутрішньо-особистісні конфлікти, породжувати дисгармонію особистості, послабляти її психологічну стійкість.

Можна виокремити індивідуальні особливості, які найбільше зумовлюють зниження стійкості: підвищена тривожність; гнівливість, ворожість (особливо витіснені), агресія, спрямована на себе; емоційна збудливість, нестабільність; песимістичне ставлення до життєвої ситуації; замкнутість, закритість. Психологічну стійкість знижують також ускладнення самореалізації, сприйняття себе невдахою, внутрішньо-особистісні конфлікти, тілесні розлади.

Упевненість і невпевненість як чинники впливу на психологічну стійкість. Оскільки соціальне середовище (макросередовище і мікросередовище) – основне середовище існування особистості, то принципово важливою є психічна стійкість у міжособистісній взаємодії. У міжособистісній взаємодії на перший план виходить упевненість (асертивність), здатність до упевненої (самостверджувальної) поведінки. Упевненість виявляється в умінні висловлювати свої думки і почуття в соціально прийнятній формі, тобто не принижуючи при цьому честі інших; у готовності брати на себе відповідальність за свої дії; у конструктивному підході до вирішення проблем;

у прагненні враховувати чужі інтереси. Мета упевненої поведінки – самоактуалізація. Упевнена людина може висловлювати свої побажання чи прохання до іншої людини змінити що-небудь. Вона здатна говорити про це прямо й вислуховувати заперечення, не ніяковіючи.

Дефіцит упевненості виявляється в агресивності або невпевненій поведінці. Для агресивної поведінки характерна тенденція висловлювати свої думки, почуття і бажання у формі вимог і наказів, звинувачень та образ; прагнення перекладати відповідальність за свої дії на інших, придушувати інші думки і стверджувати свої погляди як визначальні під час вирішення проблем, робити вибір за інших. Мета агресивної поведінки – примус і покарання. Невпевнена поведінка найчастіше реалізується у формі пасивно-агресивної поведінки, якій властиві:

- невміння або небажання прямо висловлювати свої думки і почуття;

- невизнання відповідальності за свої дії шляхом уникнення вибору, надання цього права іншим;

- жертвування своїми інтересами для вирішення проблем;

- острах зачепити чужі інтереси через внутрішню, часто неусвідомлювану переконаність у ворожості навколишнього світу.

Крім того, метою невпевненої поведінки часто стає маніпулювання, тобто спроби приховано керувати думками і почуттями навколишніх й підпорядковувати їх своїм інтересам. Пасивно-агресивна поведінка в міжособистісних стосунках часто спрямована на те, щоб покарати іншу людину непрямим способом, викликаючи в неї відчуття провини.

Непевність та агресивність – не протилежні якості, це дві різні форми вияву дефіциту впевненості в собі. Емпіричні дослідження засвідчили, що пасивність і недоречна агресивність пов'язані з тривогою й ворожою установкою стосовно навколишніх. Обидва ці патерни поведінки негативно

позначаються на психічному і фізичному здоров'ї індивіда, на благополуччі й здоров'ї його родини та інших близьких.

Упевнена людина частково незалежна від оточення. Психологічно стійка людина здатна утримувати баланс між силою власного впливу і чутливістю до впливу збоку. Порушення цього балансу, а тим більше крайнощі, знижують ефективність міжособистісних контактів, усувають можливість позитивного емоційного насичення від спілкування і таким чином знижують переживання соціального благополуччя. Під соціальним благополуччям ми розуміємо задоволеність своїм соціальним статусом і станом суспільства, до якого належить індивід, задоволеність міжособистісними зв'язками і статусом у мікросоціальному оточенні. Соціальне благополуччя – невід'ємна складова суб'єктивного благополуччя, від якого прямо залежить здоров'я індивіда.

Вплив активності на психологічну стійкість.

Домінантами активності в аспекті психічної стійкості особистості можуть бути всі види активності: пізнавальна, діяльна, комунікативна. Кожна домінанта існує одночасно і як певна спрямованість свідомості. Більш звичним поняттям, яке пояснює механізм тієї чи іншої спрямованості свідомості, є установка як готовність, схильність до певного ставлення, реагування, інтерпретації, поведінки, діяльності. Можна виокремити такі види спрямованості:

1. Спрямованість на пізнання і самопізнання. Захопленість самопізнанням, пізнанням природи, людини, саморозвитком. Вона виявляється в готовності підвищувати свою психологічну компетентність, знаходити засоби для самовдосконалення, навчатися прийомів саморегуляції тощо.

2. Спрямованість на діяльність: трудову, громадську, навчальну, суспільну, спортивну, захопленість своїм хобі. Досягнення в різних видах діяльності – переконливе свідчення успішності самореалізації, вони підвищують самооцінку і самоповагу. Крім того, захопленість діяльністю сприяє частим і тривалим станам натхнення, тобто робить цей стан стійким. Стан натхнення має саногенний вплив на багато сфер психіки.

3. Інтеракційна спрямованість – це спрямованість на міжособистісну взаємодію або посилення соціальних зв'язків, соціального впливу. Інтеракційна домінанта має два підвиди: а) просоціальний; б) асоціальний. Просоціальна домінанта - це любов, альтруїзм, жертвність, служіння іншим людям. Цей варіант інтеракційної домінанти конструктивний для розвитку самої особистості та сприятливих міжособистісних відносин. Асоціальна інтеракційна домінанта – це егоїзм, утриманство, маніпуляція іншою людиною або багатьма людьми, володарювання без відповідальності за долю інших і прагнення привести їх до блага. Цей варіант інтеракційної домінанти деструктивний для розвитку самої особистості й міжособистісних взаємин, які в неї формуються із соціальним оточенням.

Три названі домінанти активності конструктивні як опори психічної стійкості, оскільки підтримують готовність брати на себе відповідальність за власну активність. Неконструктивною варто визнати магічну спрямованість свідомості. Поєднання конструктивних видів спрямованості сприяє гармонізації особистості і таким чином зміцнює її стійкість. Усі вищерозглянуті опори психічної стійкості – віра, магічна спрямованість свідомості, три домінанти активності – перестають бути опорами, якщо акцент на одній із них стає занадто сильним. Віра в себе стає самовпевненістю, відгороджує людину від інших і неминуче породжує внутрішньоособистісний конфлікт. Фанатична релігійна віра переводить активність у русло боротьби за чистоту віри, штовхає до нетерпимості, ненависті до іновірців (невірних), агресивності поведінки. Загострення магічної спрямованості свідомості, яке дійшло до фіксації, зумовлює нав'язливе очікування того чи іншого вияву якихось сил «іншого світу», страх перед потойбічним, паралізує волю, блокує будь-який вияв самостійності.

Психічна стійкість як опірність. Досягнення життєвих цілей звичайно пов'язане з подоланням труднощів. Що більші (соціально значущі) цілі ставить особистість, то з більшими труднощами вона стикається. У цьому є й позитивний аспект:

подолання супроводжується інтенсивними переживаннями самореалізації. На шляху подолання завжди трапляються помилки і невдачі, розчарування й образи, опір інших людей, інтереси яких заторкує чи обмежує суб'єкт у зв'язку зі своєю активністю. Що менше в особистості ресурсів збереження і відновлення душевної рівноваги, оздоровлення, підтримки стійкості, то обмеженіші можливості досягнення життєвих цілей.

У разі виникнення важкої життєвої ситуації, яка викликає необхідність адаптивних перебудов і змін в організмі та особистості найбільшою мірою залежать від рівня особистісної мобілізації. Під час зіткнення з труднощами зазвичай є два основні варіанти реагування: гіперстенія, пов'язана з активною діяльністю (часом недоцільною, саморуйнівною), і гіпостенія, пов'язана з пасивною діяльністю. Здебільшого виявляється тенденція до динаміки від гіперстенічних станів до гіпостенічних. У разі недостатньої мобілізації настання фази виснаження може бути пришвидшено, тому що попередні фази або дуже швидкоплинні й недостатньо розгорнуті, або відбуваються в ідеальному плані без відповідного дієвого, поведінкового вираження. Щодо ситуації й домінуючого мотиву центральну роль відіграє узгодженість та пропорційність когнітивного й емоційного компонентів взаємин. Близькість механізмів стресових змін у психіці й невротичних розладів досить відома.

Велике значення має акцент на зовнішній активності (екстраактивності) або адаптивності. Екстраактивність та адаптацію не варто розглядати як протилежні полюси однієї шкали. Йдеться не про заперечення одного процесу іншим. Вони є необхідними для існування й розвитку особистості. Спрямування всієї енергії на екстраактивність робить людину вразливою до впливів середовища, неминуче послабляє адаптивні механізми. Надмірний акцент на адаптації також несприятливий, оскільки робить людину надто залежною від середовища. В обох ситуаціях психічна стійкість знижена. Підтримання стійкості вимагає збалансованого поєднання екстраактивності й адаптації. Важливу роль у сукупності явищ

подолання відіграє тривога. Пристосувальне значення тривоги полягає в тому, що вона сигналізує про непізнану небезпеку, спонукаючи до її пошуку й конкретизації. Оскільки відвертання уваги впливає на діяльність, то активно-спонукальна функція тривоги може бути основою «безладної поведінки» або дезорганізуючого впливу тривоги на діяльність. Імовірний результат подолання важкої ситуації, що торкається життєвих цілей індивіда, визначений складними взаємозв'язками між ситуативною поведінкою і всім процесом самореалізації особистості. Один процес перебуває під впливом іншого.

Емоційну стійкість визначають як інтегративну властивість особистості, що характеризується взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, яке забезпечує успішне досягнення цілі в складному емотивному оточенні, сталість психічних та рухомих функцій в умовах емоційних впливів, співвідношення позитивних дій індивідуума у спокійному та в емоційному станах. *Емоційну стійкість* визначають також як оптимальний варіант адаптаційних біохімічних, психологічних та фізіологічних змін, які відбуваються в екстремальних емоційних умовах і забезпечують збереження доцільності поведінки і діяльності індивідуума на високому рівні. *Емоційна стійкість* – здатність придушувати емоційні реакції, тобто «сила волі», яка виявляється в терплячості, наполегливості, самоконтролі, витримці



(самовладанні), що зумовлюють стабільність ефективності діяльності.

Емоційну стійкість вважають незалежною від сили нервової системи, але негативно пов'язаною з динамічністю гальмівного процесу, також негативно пов'язаною із силою нервової системи (за одним із показників) (Аллагуров Р. І., 1971), і позитивно пов'язаною із силою та лабільністю нервової системи (Strelau Y., 1969). Вважають, що емоційно стійкі порівняно з емоційно нестійкими характеризуються більшою лабільністю і відносною слабкістю нервової системи. Сучасними дослідженнями встановлено, що емоційна стійкість формується в процесі адаптації людини до екстремальних умов діяльності [3]. Російська дослідниця Л. Г. Дика (1991) стверджує, що адаптація людини до складних умов діяльності є творчим процесом, сприяє формуванню нових інтегративних якостей особистості, тим самим підвищуючи її адаптивність та стресостійкість. Саме тому емоційна стійкість може бути однією з тих інтегративних психологічних характеристик, що визначає адекватність чи неадекватність поведінки людини в складних умовах життєдіяльності та підлягає трансформації під впливом останніх.



Білоруська дослідниця О. М. Семенова (2005) в емоційній стійкості вбачає інтегративну якість особистості, що сприяє збереженню продуктивності діяльності в умовах емоціогенних впливів без значної зміни з боку самопочуття, стану здоров'я та працездатності.

Російська дослідниця Л. Ф. Мальгіна (2005, 2007) уточнила поняття емоційної стійкості як здібності особистості підтримувати динамічну рівновагу між збереженням адекватної

поведінки в емоціогенній ситуації та відновленням чи підтриманням цілісності особистості, її комфортного стану після дії стресора. М. Ю. Буслєва (2009) пише, що емоційна стійкість оберігає особистість від дезінтеграції та особистісних розладів, детермінує життєздатність, соматичне і психічне здоров'я, є базисом внутрішньої гармонії особистості. О. А. Ашихміна (2009) емпірично підтвердила теоретичну модель функціональності емоційної стійкості. У досліджуваному феномені виділено дві функції: гомеостатичну та адаптаційну. Перша виконує регуляторно-стабілізувальну роль, тобто підтримує емоційний баланс, друга – дозволяє гнучко й адекватно пристосовуватися до нових чи мінливих зовнішніх умов або внутрішнього стану без негативних наслідків, визнаних стрес-факторами. Остання є запорукою підтримання гомеостазу між внутрішнім емоційним станом та зовнішньою ситуацією, дозволяє максимально ефективно вирішувати поставлені завдання.

Отже, до поняття «емоційна стійкість», залежно від авторів, входять різні емоційні феномени. Деякі автори розглядають емоційну стійкість як «стійкість емоцій», а не функціональну стійкість людини до емоціогенних умов. Також під «стійкістю емоцій» розуміють й емоційну стабільність, і стійкість емоційних станів, і відсутність схильності до частой зміни емоцій. На думку Є. П. Ільїна, про справжню емоційну стійкість необхідно говорити в тому разі, якщо визначаються:

– час появи емоційного стану за тривалої і постійної дії емоціогенного фактора (наприклад, час появи стану монотонії й емоційного пересичення під час виконання одноманітної роботи): чим пізніше виникають емоційні стани, тим вища емоційна стійкість;

– сила емоціогенного впливу, що спричинює певний емоційний стан (страх, радість, горе тощо): чим більшою повинна бути сила цього впливу (наприклад, значущість втрати або успіху), тим вищою буде емоційна стійкість людини.

Психологічні типи як форми психічного здоров'я. Під психологічним типом особистості розуміють те поєднання

особистісних рис у людині, що дозволяє віднести його до однієї з умовно виділених за певним критерієм груп. До того ж мова йде не про будь-якої ознаки, а про найістотніші, що відіграють вирішальну роль. Відмінні риси поведінки кожної людини, що проявляються в її ставленні до життя, подій, реакцій на подразники та формують конкретний тип персональності. Безумовно, всі люди різні, але їх світосприйняття і взаємодія з оточенням визначається саме через притаманний кожному психотип. Психотип – це відмінність, закладена в людині із самого народження і залишається постійною впродовж життя. Особливість кожного психотипу накладає на людину певну «поведінку» в жестах, міміці і навіть зовнішності (додаток А).

Таким чином, спроби виділити типи характерів і класифікувати їх робилися неодноразово. Найбільш відомими типологіями характерів у психології ХХ ст. є:

- конституційні типології, пов'язують особливості характеру людини з будовою його тіла (Е. Кречмер, У. Шелдон);

- психоаналітичні типологічні моделі характеру, що виходять з основних ідей психоаналізу З. Фрейда (Е. Берн, А. Лоуен, В. Райх);

- типологічна модель К. Юнга і «дочірня» щодо неї типологія Майерса-Бріггса;

- моделі акцентуацій характеру (К. Леонгард, А. Личко, А. Егідес).

Конституційні типології розроблялися в першій половині ХХ ст. і на сьогодні застаріли. Найбільший інтерес становить психологічна типологія К. Г. Юнга (саме він вперше ввів поняття «психологічний тип» і почав говорити не про типи характеру, а про психотипи особистості) та типології, побудовані на основі акцентуацій характеру. Створюючи свою типологію, науковець висловив думку про те, що поведінка людей має не випадковий характер, а отже, піддається класифікації. Типологію К. Г. Юнга можна віднести не до описових, а до науково-теоретичних, оскільки виділені ними типи є не просто результатом спостережень, а базуються на певній моделі психотипу. Як типовоутворювальні фактори К. Г. Юнг виділив дві особистісні

установки – екстраверсію та інтроверсію і чотири функції, або типи орієнтації (мислення, відчуття, інтуїцію і почуття), кожна з яких може діяти або екстравертованим, або інтровертованим чином.

Поняття «екстраверсія» та «інтроверсія», введені К. Г. Юнгом, позначають спосіб психологічної адаптації до світу, що ґрунтуються на русі психічної енергії. В інтроверсії рух психічної енергії здійснюється за направленням до внутрішнього світу, внутрішні чи суб'єктивні чинники виявляються провідною мотивацією поведінки. У екстраверсії інтерес спрямований у зовнішній світ: зовнішні чинники є переважальною рушійною силою для суджень, чуттєвих сприйнять і дій. Екстраверсія і інтроверсія є установками, що визначають поведінку людини.

Екстраверт – це психологічний тип, який відрізняється підвищеним інтересом до подій у навколишньому світі, він орієнтований на зовнішні об'єкти. Типовий екстраверт – це той, кого зазвичай вважають «нормальним» успішним членом суспільства. Він не виділяється і не відстає. Він з усіма, він оточений друзями.

Інтроверт – це людина, психічний склад якого характеризується зосередженістю на своєму внутрішньому світі, звернений на самого себе. Інтроверти дуже люблять і цінують самотність, вони зосереджені на своїх особистих переживаннях і своєму внутрішньому світі, суспільство і нав'язливе спілкування для них часом нестерпні.

Інтроверт намагається відгородитися від великої кількості інформації, що виходить від партнера, і в своїх вчинках і рішеннях орієнтується на власні установки. Екстраверт активний, діяльний, його вольовий імпульс спрямований на ділового партнера.

На практиці екстравертна й інтровертна установки в ізолюваному вигляді не спостерігається, а пов'язані з однією з чотирьох функцій, до яких належить мислення, відчуття, почуття та інтуїція.

Функція мислення – пізнання за допомогою розумового процесу.

Функція відчуття – одержання інформації за допомогою органів чуття.

Функція почуття – оцінювання значущості предметів, явищ, подій.

Функція інтуїції – передбачення прихованих можливостей на основі несвідомого сприйняття.

Функції утворюють взаємозв'язану систему, що складається з провідної функції, співвідносної з нею підпорядкованої функції і допоміжних функцій. Функції діляться на раціональні (мислення і почуття) та ірраціональні (відчуття та інтуїція). Ідеально було б, щоб всі функції були однаковою мірою розвинені, проте, як зазначає К. Г. Юнг, це можливо лише для первісного мислення.

Практично розвивати всі психологічні функції одночасно неможливо. Вимоги суспільства змушують людину розвивати ту з них, яка забезпечить йому найкращий соціальний успіх, або ту, якої він найкращим чином наділений від природи. Більш розвинена функція стає провідною, домінуючою, менш розвинена – підлеглою, інші функції мають допоміжний характер. Людина, зазвичай, ототожнює себе більш-менш повно з найбільш кращою для нього і, отже, найбільш розвинутою функцією. А це якраз те, що дає початок різним психологічним типам.

Список літератури

Основна література

1. Грушко В. С. Здоров'я людини та основи здорового способу життя : навчальний посібник з курсу «Валеологія» / В. С. Грушко. – Тернопіль : ТНПУ, 2012. – 386 с.
2. Желева О. І. Формування навичок здорового способу життя : метод. посіб. / О. І. Желева. – Київ : Золотоноша, 2014. – 147 с.
3. Нестерова С. Ю. Валеологія і основи медичних знань : тексти лекцій : посібник для студентів Інституту фізичного виховання та спорту / С. Ю. Нестерова. – Вінниця : ВДПУ, 2014. – 126 с.
4. Основи медичних знань та охорони здоров'я : навчально-методичний посібник для студентів факультетів фізичного виховання і спорту вищих навчальних закладів / Н. М. Корнійчук, Д. В. Шевчук, В. О. Киричук. – Житомир, 2015. – 53 с.
5. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева. – Київ : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.
6. Розумова працездатність, навчальне навантаження та спосіб життя сучасних школярів: гігієнічні аспекти / за ред. Н. С. Польки, С. В. Гозак. – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 214 с.
7. Спорт заради розвитку : методичний посібник з підготовки інструкторів програми / О. А. Голоцван, Н. В. Зимівець, О. Т. Сакович, С. Ю. Ющишин ; за заг. ред. Н. Зимівець. – Київ : Видавництво «Фенікс», 2017. – С. 23–24.
8. Шепеленко Т. В. Фізичне виховання у формуванні здорового способу життя : навч. посібник / Т. В. Шепеленко, А. М. Буц, І. О. Бодренкова. – Харків : УкрДУЗТ, 2018. – 125 с.
9. «Healthy Schools: заради здорових і радісних школярів / І. Василяшко, Н. Гущина, О. Демура та ін. // Практичне керівництво для навчальних закладів». – Київ : Видавництво «Юстон», 2019. – 54 с.

Додаткова література

1. Ананьев В. А. Практикум по психологии здоровья : методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В. А. Ананьев. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 320 с.

2. Вовк В. М. Адаптація и закономірності її впливу на процес преемственности здорового образа жизни старшекласників и студентів першого курсу / В. М. Вовк, А. Ю. Приймак // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 8. – С. 17–20.

3. Дроздова К. В. Формування ціннісного ставлення до здорового способу життя у молодших школярів / К. В. Дроздова // Наука і освіта. – 2016. – № 4. – С. 120–125.

4. Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект / Н. Н. Мухамед'яров // Вісник Харківської державної академії культури. – 2013. – Вип. 39. – С. 249–256.

5. Павловский В. А. Здоровий спосіб життя та профілактика ВІЛ/СНІДу : навчально-методичний посібник / В. А. Павловський, О. К. Толстанов. – Житомир : Вид-во ЖККГВ «Полісся», 2007. – 156 с.

6. Питання системного підходу до формування здорового способу життя людини / А. О. Міненко, Г. І. Жара, Т. Б. Кійко, Л. І. Ващенко // ТМФВ. – 2011. – № 11. – С. 9–12.

7. Примак В. На що насправді людина насправді витрачає своє життя? [Електронний ресурс] // Колона: сайт громадської журналістики. – Режим доступу : <https://www.kolona.net/na-shho-lyudina-vitrachaye-svoezhittya>.

8. Рева О. М. Здоровий спосіб життя як предмет наукового аналізу / О. М. Рева // Актуальні проблеми сучасної психології: реалії та перспективи розвитку : збірник матеріалів конференції, 15 квітня 2008 року / за заг. ред. Н. К. Вічалковської. – Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2008. – С. 154–160.

9. Рева О. М. Оцінка якості життя як показник стану здоров'я студентської молоді / О. М. Рева // Актуальні проблеми психології : психологія навчання. Генетична психологія.

Медицина психологія / за ред. С. Д. Максименка. – Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2008. – Т. X, вип. 7. – С. 436–446.

10. Рева О. М. Резерви використання тренінгу розвитку емоційної стійкості у професійно-психологічній підготовці працівників міліції / О. М. Рева // Психологічні тренінгові технології у правоохоронній діяльності: науково-методичні та організаційно-практичні проблеми впровадження і використання, перспективи розвитку : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, Донецьк, 25–27 травня 2006 року. – Донецьк : ДЮІ ЛДУВС, 2006. – С. 157–163.

11. Сургунд Н. А. Психологічна профілактика психічного здоров'я фахівця соціономічного профілю / Н. А. Сургунд // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки. – 2012. – № 1. – С. 1–10.

12. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

13. Токман А. А. Прикладні аспекти формування здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів / А. А. Токман // Наукові праці МАУП. – 2012. – Вип. 2 (33). – С. 217–221.

14. Шепеленко Т. В. Здоров'я і культура в ієрархії потреб молоді / Т. В. Шепеленко, О. Р. Лучко, А. М. Буц. // Сб. статей X Міжнарод. науч. конф., посвященної 60-літтю БГТУ імени В. Г. Шухова і 210-літтю ХНПУ імени Г. Сковороди, 24–25 апр. 2014, Белгород / Белгород. госунар. технолог. ун-т імени В. Г. Шухова. – Харьков : ООО «Типография Мадрид», 2014. – 251 с.

15. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014 [Electronic resource]. – Access mode : www.euro.who.int/en/health-topics/Lifestages/child-and-adolescent-health/publications/2017/adolescent-obesity-andrelated-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014.

16. Child-Friendly Schools Manual [Electronic resource]. – USA : UNICEF, 2009. – Access mode : <http://ru.scribd.com/doc/28407318227/Child-FriendlySchools-Manual>.
17. Comprehensive School Health [Electronic resource]. – Access mode : <http://uottawa-comprehensive-school-health.ca>.
18. Health promoting schools [Electronic resource]. – Toi Te Ora : Public Health Service, 2010. – 8 p. – Access mode : <http://www.ttophs.govt.nz/vdb/document/754>.
19. Focusing resources on effective school health: a Fresh Start to Enhancing the Quality and Equity of Education [Electronic resource]. – WHO, UNESCO, UNICEF, 2000. – Access mode : <http://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf>
20. Korobeynikov A. Education for balanced development in school / A. Korobeynikov. – Strasbourg : Parliamentary Assembly Council of Europe, 2008. – 96 p.

ДОДАТОК А

Параноїк

Носії цього типу цілеспрямовані люди. У гонитві за метою вони здатні проявляти зневагу до інтересів оточення. Уже з юного віку, визначивши для себе основне завдання в житті, вони готові поступатися власним добробутом, відмовитися від багатьох радощів для виконання задуманого. Зазвичай носії цього психотипу є досить енергійними та незалежними людьми. Контактуючи з оточенням проявляють підвищену категоричність, здатну образити співрозмовника. Вони не відчують співчуття до оточення та схильні до авторитарності.

Епілептоїд

З раннього дитинства такі люди виявляють підвищену акуратність і бережливість до оточуючих речей. Вони надійні й старанні, консервативні та енергійні. Для них запізнитися на зустріч – це жахливо. Здатні активно відстоювати свою позицію. Це справжні друзі. У них практично не буває випадкових знайомств. Водночас вони не здатні прощати зраду. Організують і впорядковують не лише навколишні речі, а й людей. В екстремальних ситуаціях повсякденного життя виражають бурхливі прояви гніву з будь-якого приводу і виявляють нетерпимість до незначних помилок або недоліків.

Гіпертим

Особливості психотипу характеризуються невчирпним оптимізмом, щедрістю, енергійністю і життєрадістю за будь-яких обставин. Такі люди здатні проявляти легковажність та схильність до невиправданого ризику. До того ж неорганізовані та нездатні до одноманітної рутинної роботи. Самотність і неробство призводять їх до пригніченого стану. Можливо, саме тому вони є центром будь-якої компанії, перетворюючи зустрічі друзів на нескінченні веселощі.

Істероїд

Люди, які належать до цієї психологічної групи, бажають завжди бути в центрі уваги. Уроджена тяга до демонстративної поведінки змушує їх домагатися бажаного будь-яким способом. Для таких людей немає значення, якого відтінку буде їх слава. Носії цього типу здатні на інтриги і лицемірство, мають завищену самооцінку, а також якості, якими володіють інші психотипи: наполегливість і активність, ініціативність, комунікабельність та видатні організаторські здібності.

Продовження додатка А

Шизоїд

Мають неабиякий аналітичний розум. Водночас замкнені, ведуть неквапливий і відчужений спосіб життя. Контактують із малим колом людей, зазвичай старшого віку. Ці люди наділені здібностями і талантом. Мають свій погляд на звичайні речі, що відрізняється від загальноприйнятої оцінки. Люблять самотність, але потребують хоча б одну людину, здатну розуміти і приймати їх.

Психостеноїд

Це недовірливі і невпевнені в собі люди. Постійно переживають за своє життя і долю оточення, близьких. Відчують найрізноманітніші фобії. Их лякають відповідальність та прийняття рішень. Вони сумлінні й старанні, надійні і самокритичні. Здатні боятися майбутнього, яке надумують собі самі. Це унікальна особливість, якої позбавлені інші психотипи.

Сензитив

Чутливі і вразливі люди, домосіди. Високе почуття обов'язку перед іншими, дисципліновані і відповідальні. Вони вимогливі й об'єктивні до себе, але до того ж здатні на самознищення. До оточення добрі та уважні. За екстраординарних обставин стають розгубленими. Гарні відносини з оточуючими для них є пріоритетним правилом.

Гіпотим

Відмінна риса цього типу – постійний прояв невдоволення. Ранимі й уразливі, дуже недовірливі. Тому до оточення ставляться з побоюванням, постійно очікуючи від них якоїсь загрози. Воліють замкнутого кола спілкування, домосіди. Люди такого типу люблять постійно скаржитися на складні життєві обставини у власному житті. Тому, незважаючи на постійні претензії до оточення, гостро в них мають потребу.

Продовження додатка А

Конформний тип

Легко потрапляють під вплив та залежність від інших людей. Вони не здатні на критику інших. Через повну неспроможність володарі конформного типу ніколи не конфліктують з оточенням. Доброзичливі та старанні. Легко йдуть на контакт. Кардинальна зміна життєвих підвалин для них є нестерпною.

Нестійкий тип

Конформний і нестійкий психотипи мають багато спільного. Відмінність останнього полягає в непостійності в усьому. Такі люди балакучі і завжди втручаються в усі справи. Швидко втрачають інтерес до всього, з чим стикаються. Ці люди воліють жити сьогоднішнім днем та не здатні думати про майбутнє.

Навчальне видання

Коляда Наталія Вікторівна,
Король Сергій Миколайович,
Король Світлана Анатоліївна

МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Конспект лекцій
для самостійної роботи студентів
спеціальностей *231 «Соціальна робота»*
та *017 «Фізична культура і спорт»*
денної та заочної форм навчання

Відповідальний за випуск Н. Д. Світайло
Редактори: Н. З. Клочко, С. М. Симоненко
Комп'ютерне верстання С. М. Короля

Підписано до друку 15.01.2021, поз. 31.
Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 10,70. Обл.-вид. арк. 11,25. Тираж 5 пр. Зам. № 211.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.