БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ



КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

О.В. Корнієнко

БЕЗПЕКА життєдіяльності та ПІДТРИМАННЯ психосоматичного здоров'я молоді

Монографія

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ 2004

ББК 88.4
УДК 159.9:61
К67

Рецензенти:

д-р психол. наук В.В Клименко
(завідувач лабораторії вікової фізіології та
шкільної гігієни Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України),
д-р психол. наук Л.Ф. Шестопалова
(завідувачка відділу медичної психології
Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України),
д-р психол. наук Ю.М. Швалб
(завідувач кафедри соціальної роботи
факультету соціології та психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка)

Рекомендовано до друку
вченою радою факультету соціології та психології
(протокол № 2 від 30 жовтня 2002 року)

Корнієнко О.В.

К67 **Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: Монографія. – К.: Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет", 2004. – 264 с.**

ISBN 966-594-487-8

У монографії розглянуто проблему безпеки життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді з позиції взаємозв'язку міждисциплінарних підходів, а саме: медико-психологічного, філософсько-психологічного, соціально-педагогічного, медико-демографічного, теоретико-методологічного й емпіричного аналізу. Наведено історичні довідки про відомих лікарів-філософів, психологів та психіатрів різних часів і народів. Подано власну концепцію автора щодо питань попередвики та підтримання психосоматичного здоров'я з урахуванням останніх розробок провідних українських і західних науковців. Проаналізовано психофізичні складові безпеки життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді, а також фактори ризику для здоров'я дітей і молоді, обумовлені способом життя: паління, вживання наркотиків, безладне сексуальне життя, наслідком чого є ВІЛ-інфікування та захворювання на СНІД. Накреслено шляхи підтримання здоров'я українського народу на сучасному етапі, а саме, впровадження ідеології здоров'я як першочергове завдання державної політики.

Для фахівців-психологів, педагогів, науковців і студентів психологічних спеціальностей.

УДК 159.9:61
ББК 88.4

ISBN 966-594-487-8

© Корнієнко О.В., 2004
© Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
ВПЦ "Київський університет", 2004

ЗМІСТ

ВСТУП **5**

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ
Дослідження медико-психологічних основ безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я в культурах народів світу 16

1.1. Медико-психологічні погляди давньогрецьких мислителів щодо безпеки життєдіяльності як основи лікування, профілактики, підтримання психосоматичного здоров'я 16
1.2. Медико-психологічні погляди давньоримських мислителів щодо основ безпеки життєдіяльності 30
1.3. Арабський період розвитку медицини, психології, філософії 35
1.4. Медико-психологічні погляди мислителів інших країн і народів 39
1.5. Медико-психологічні погляди мислителів Європи XV–XVI століть 41
1.6. Медико-психологічні погляди мислителів Європи XVII–XVIII століть 45
1.7. Медико-психологічні погляди мислителів Росії XVIII століття 55
1.8. Медико-психологічні погляди західноєвропейських лікарів XIX–XX століть 56
1.9. Медико-психологічні погляди лікарів-філософів американського континенту XIX–XX століть 69
1.10. Медико-психологічні погляди російських та вітчизняних лікарів-філософів XIX–XX століть 71

РОЗДІЛ ДРУГИЙ
Проблема безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я сучасної людини у працях вітчизняних і зарубіжних фахівців **85**

2.1 Безпека життєдіяльності та основи підтримання здоров'я людини як соціально-педагогічна проблема 85
2.2. Наукове обґрунтування необхідності дослідження проблеми безпеки життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я 91
2.3. Сутність поняття "безпека життєдіяльності", його структура та зміст 112
2.4. Етапи становлення концепції та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності та підтримання здоров'я" 125
2.5. Питання пропедевтики та підтримання психосоматичного здоров'я 136

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ
Емпіричні дослідження проблеми безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я 147

3.1. Безпека життєдіяльності та сексуальне здоров'я молоді 147

3.3. Безпека життєдіяльності та психічне здоров'я за самооцінками молоді . 160
3.4. Проблема паління серед молоді: результати опитувань 171
3.5. Порівняльний аналіз міжнародних досліджень .....
з проблеми паління в різних країнах світу 175
3.6. Дослідження проблеми підліткового та юнацького алкоголізму 178
3.7. Проблема наркоманії. Непродуманий голландський експеримент
з наркотиками 187
3.8. Безпека життєдіяльності та
проблема поширення СНІДу, ВІЛ-інфекції 191

РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ
**Фактори ризику для здоров'я дітей і молоді,
що обумовлені способом життя** 201

4.1. Загальні підходи до дослідження проблеми 201
4.2. Ціннісні орієнтації молоді 205
4.3. Сучасне розуміння здоров'я людини та його основних компонентів 219
4.4. Вплив ровесників та старших товаришів на формування здорового
способу життя молоді 221
4.5. Вплив засобів масової інформації на формування здорового способу
життя молоді 226

РОЗДІЛ П'ЯТИЙ
**Шляхи й методи збереження здоров'я українського народу:
аспекти управління** 229

5.1. Політика Всесвітньої організації охорони здоров'я 229
5.2. Ефективність регіональної стратегії державної політики збереження
здоров'я населення України 232
5.3. Реструктуризація міжгалузевих механізмів державного управління
охороною громадського здоров'я 235
5.4. Активізація ролі людини в підтримці індивідуального здоров'я 239
5.5. Завдання освіти у формуванні здорового способу життя 241
5.6. Запровадження ідеології здоров'я – завдання державної політики 243

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 247

ВСТУП

У XX ст. людство увійшло у складний період історії свого існування – коли воно вже оволоділо величезним науково-технічним потенціалом, але ще не навчилося достатньо обережно та раціонально ним користуватися. Сьогодні на початку вже третього тисячоліття перед людством постала загроза повільного вимирання через безперервне погіршення якості навколишнього середовища, а також вичерпання природних ресурсів. Стало зрозумілим, що для усунення цієї небезпеки необхідні перегляд традиційних принципів природокористування та докорінна перебудова господарської діяльності в більшості країн світу. Швидка урбанізація та індустріалізація, різке зростання населення планети, інтенсивна хімізація сільського господарства, посилення багатьох інших видів антропогенного тиску на природу порушили біологічний кругообіг речовин у природі, її регенераційні механізми, внаслідок чого почалося її прогресуюче руйнування. Це поставило під загрозу здоров'я та життя сучасного та майбутніх поколінь людей, існування всієї людської цивілізації.

Такий стан навколишнього середовища й негативні прогнози щодо *глобальної соціоекологічної ситуації* спонукали до проведення спеціальних досліджень та заходів, які б дозволили вирішити двоєдине завдання – збереження рівноваги у природі та задоволення вимог життя, які весь час зростають. Перші положення, що здобули всесвітнє визнання, викладено у працях так званого Римського клубу. Римський клуб – це неформальна організація вчених – математиків, економістів, екологів, соціологів, фахівців з управління тощо – створена 1968 р. Основна мета досліджень, що проводилися під керівництвом цього клубу, полягала в розробці наукових методів опису світу як складної біосоціальної системи. Результати робіт, виконаних під егідою Римського клубу, показали, що необхідно переглянути систему загальноприйнятих цінностей та цілей і переходити від вузьконаціональних, регіональних до оцінки глобальної світової рівноваги задля безпеки життєдіяльності всього людства.

38-ма сесія Генеральної Асамблеї ООН 1983 р. створила Міжнародну комісію з навколишнього середовища та розвитку, завдання якої – аналізувати стан навколишнього середовища в контексті глобальних перспектив. На основі оцінок авторитетних експертів ця комісія підготувала фундаментальне дослідження "Наше спільне майбутнє" (1987 р.). На сучасному рівні об'єктивних знань у ньому відображено розуміння світо-

вим співтовариством гостроти соціоекологічної проблематики, необхідність глобальної переорієнтації соціально-політичного, економічного, технічного, технологічного та культурного розвитку, здійснення для цього відповідних національних і загальнопланетарних проектів.

1992 р. у Ріо-де-Жанейро відбулася конференція ООН, присвячена концепції безпечного сталого розвитку світового співтовариства. Конференція ухвалила документ "Порядок денний XXI століття" та зробила висновок про необхідність глобального партнерства держав для досягнення стабільного соціального, економічного та екологічного розвитку людства.

Щодо України, то в першу чергу слід зазначити, що економіка її десятиліттями формувалася без урахування об'єктивних потреб та інтересів її народу, без належної оцінки екологічних можливостей окремих регіонів. Сьогоднішня структура економіки України не відповідає потребам населення, не забезпечує нормальних умов його існування. Висока матеріало та енергоємність виробництва призвели до надлишкового видобування корисних копалин, їх переробки та спалювання. Це породило додаткові обсяги відвалів пустої природи, золи та шлаків, шкідливих викидів у воду й атмосферу. Нині об'єм накопичених у межах нашої країни відходів різних галузей промисловості перевищує 17 млрд т.

Усе це, підсилене радіоактивним забрудненням територій у результаті найбільшої на планеті техногенної катастрофи – аварії на Чорнобильській АЕС, призвело до формування не лише в багатьох містах, а й на окремих територіях нашої країни несприятливих умов для проживання людей (Гордієнко, 1996; Кучма, Манібаєв, 1992; Моляко, 1996; Яблоков, 1991).

Статистика свідчить про те, що рівень смертності, травматизму, аварій і катастроф в Україні набагато перевищує аналогічні показники розвинутих країн.

Глобальна кризова ситуація в Україні в різних сферах життя: соціально-політичному, матеріальному, екологічної непередбачуваності за зневажливого та нерозумного ставлення людей до самих себе та навколишнього середовища, жахливого демографічного становища – зумовлює підвищення як індивідуальної, так і суспільної значущості питань розвитку, формування, оптимального підтримання психосоматичного здоров'я дітей, підлітків, студентської молоді України, вчасної профілактики, лікування захворювань на початкових стадіях та корекції можливих відхилень у функціонуванні організму. За даними Г.Бачинський, Н.Беренда, В.Бондаренко (1995), в Україні вже припинилося природне відтворення населення – людей померло на 30 % більше, ніж народило-

ся. Дитяча смертність в Україні є найвищою в Європі, 80% вагітних жінок хворі (10 років тому ця цифра становила 30%), з тисячі новонароджених в Україні вмирає: в містах 13, у селах 14 дітей. 80% українських дітей хворіють. Зростає кількість дітей з порушеною спадковістю. Лише за останнє десятиліття в Україні у п'ять разів збільшилася кількість неповноцінних дітей. До закінчення середньої школи 46% дітей набувають різних хронічних захворювань, 50% – морфофункціональних порушень. З 1986 р. на 5% щорічно зростає кількість народжених дітей-мутантів. Український народ опинився перед реальною загрозою вимирання. Щоправда, в останні роки спостерігається чітке зниження рівня травматизму та загибелі людей на виробництві. Але однією з причин цього є спад виробництва. Крім того, незважаючи на зниження травматизму на виробництві, загальний рівень каліцтва та смертності людей працездатного віку зростає. За темпами смертності населення Україна входить у першу десятку країн світу, а дитяча смертність у ній є найвищою в Європі.

Тому недивною була поява статті під назвою "Українців час записувати до Червоної книги"(1997). Це результат усіх екологічних проблем, які стали характерними для держави. Так, в Україні за останні 30 років із 70 тис. малих річок зникло 20 тис. Тільки в басейні Дніпра щорічно потрапляє 10 млдр $м^3$ стічних вод, небезпечних для здоров'я людини. А п'ють дніпровську воду близько половини населення України. Дуже забрудненим є повітряний басейн, в який щорічно потрапляє більше 20 млн т шкідливих речовин – близько 400 кг на кожну людину, тобто більше 1 кг на людину за добу.

У багатьох містах – Запоріжжі, Маріуполі, Кривому Розі, Макіївці, Лисичанську, Дніпродзержинську, Донецьку, Дніпропетровську концентрація шкідливих речовин перевищують їхні ПДК (промислово допустимий коефіцієнт) в 25–100 разів.

У результаті цього природний приріст в Україні у три рази нижчий, ніж у середньому у світі, тривалість життя на вісім–десять років менша порівняно з розвинутими країнами. Темпи зростання загальної захворюваності за останнє десятиліття збільшилися на 35–40% за рахунок злоякісних новоутворень, серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми, цукрового діабету, алергій.

Території надзвичайного забруднення та екологічного лиха займають 15% площі держави. Територія екологічної катастрофи – це 30-кілометрова зона аварії на Чорнобильській АЕС, екологічного лиха – північна частина Житомирської та Київської областей. До надзвичайно забруднених віднесено промислові регіони Донецької, південь Лу-

ганської, Дніпропетровської областей, а також узбережжя України – прибережні регіони Азовського та Чорного морів. Ще в постанові Верховної Ради СРСР від 27 листопада 1989 р. "Про невідкладні заходи екологічного оздоровлення країни" вказувалось на те, що на межі екологічної кризи перебувають Придніпров'я, Придністров'я, Донбас, басейни Чорного й Азовського морів.

Як відомо, від взаємовідношень організму з біологічним та соціальним середовищем залежить стан здоров'я людини. Питання залежності здоров'я людини, тривалості її життя розкрито в багатьох працях (Belloc, 1973; Бакач, 1980; Экхольм, 1980).

Проблеми захисту природного середовища та людини від забруднення, екологічних катастроф може бути розв'язано тільки шляхом екологічного виховання населення, у тому числі учнів та студентів.

Цю проблему було розкрито в матеріалах наукового семінару "Удосконалення природоохоронної освіти та виховання учнівської та студентської молоді..." (1988); у монографії А.Миронова "Зміст екологічної освіти майбутнього вчителя" (1991); у роботі Н.Назарової "Охорона навколишнього середовища та екологічне виховання студентів" (1989); у матеріалах першої науково-практичної конференції "Здоров'я та освіта" (Львів, 1993);

У такій ситуації зрозумілим є те, що кожна людина, і безперечно, людина з вищою освітою, має усвідомлювати важливість питань безпеки життєдіяльності.

Навчання сучасної молоді закономірно охоплює три важливі вікові групи: дитинство, підлітковий та юнацький вік, коли відбувається формування психофізіологічних якостей, а саме: інтелектуальних, емоційних, фізичних, психологічних тощо. Слід зазначити той факт, що водночас з розвитком пізнавальної діяльності в підростаючого покоління відбувається формування особливостей психосоматичного здоров'я майбутньої особистості. Це, очевидно. забезпечує поєднання всіх аспектів навчально-виховного процесу: загально-гуманітарного, професійно орієнтованої підготовки, відвідування факультативних занять за інтересами чи спецкурсів за вибором. Методика навчання зводиться у класичному її вигляді до тріади: накопичення знань, умінь і практичних навичок (зі спробами їх упровадження в майбутній професійній діяльності). Загальновідомим фактом є орієнтація на перевагу інтелектуалізації навчально-виховного процесу за рахунок завищених, а досить часто і не відповідних віку, психофізичних можливостей, інтересів, мотивів, здібностей учнів, студентів. У результаті цього випускники шкіл, вищих навчальних закладів за станом психосомати-

чного здоров'я не в змозі повноцінно виконувати професійні обов'язки (швидко втомлюються, досить часто перебувають у депресивному, неврозоподібному стані, важко переживають адаптацію до нових колективів, вступають у конфлікт у міжособистісних стосунках тощо).

Одним з пріоритетних напрямків реформування освіти є "забезпечення в кожному навчально-виховному закладі відповідних умов для навчання та виховання фізично та психічно здорової особи" (Актуальные проблеми гигиены..., 1995; Державна національна програма...., 1994) і в першу чергу у вищих навчальних закладах, покликаних формувати валеологічний світогляд, культуру здоров'я, забезпечувати засвоєння основ безпеки життєдіяльності, спонукати молодих людей до постійного пошуку методів підтримання власного психосоматичного здоров'я.

Як нормативна дисципліна "Безпека життєдіяльності" – це інтегрована дисципліна гуманітарно-технічного спрямування, яка узагальнює дані відповідної науково-практичної діяльності, формує понятєвокатегоріальний, теоретичний і методологічний апарат, необхідний для вивчення в подальшому охорони праці, екологічного захисту навколишнього середовища, цивільної оборони та інших дисциплін, які стосуються конкретних небезпек і способів їх запобігання.

Фахова освіта покликана забезпечити майбутнього спеціаліста знаннями, вміннями і навичками безпечної професійної діяльності, зокрема, під час виконання управлінських дій, при проектуванні чи розробці нових процесів, виконанні конкретних виробничих, технологічних операцій тощо. Відомо, що знання, навички, досвід, набуті в одній ситуації, можна з успіхом застосовувати в інших обставинах. Такий перенос зветься позитивним проеціюванням. Безпека життєдіяльності як навчальна дисципліна надає широкі можливості для реалізації цього принципу, тому що вона вирішує двоєдине завдання. З одного боку, вона підвищує гуманітарну складову при підготовці майбутніх спеціалістів технічного напрямку, а з іншого – дає студентам гуманітарних закладів освіти необхідний для подальшої діяльності мінімум технічних знань.

Підготовка студентів із цієї навчальної дисципліни містить теоретичні положення, спрямовані передусім на формування світогляду, вироблення ідеології поведінки, і не лише забезпечує майбутніх спеціалістів важливим інструментом щоденного безпечного контактування з навколишнім світом, а й готує їх до майстерного виконання технологічних процесів різної складності. Завдяки цій дисципліні майбутній фахівець має опанувати філософію безпеки локальних екосистем, уміти будувати логічне дерево екосистем, а також логічне дерево подій, визначати існуючі проблеми безпеки.

Аналіз стану здоров'я випускників шкіл, що вступають до вищих закладів освіти, свідчить про те, що мало хто з них починає студентське життя абсолютно здоровим. Як підкреслює міністр освіти В.Кремінь, "майже 90 % дітей, учнів, студентів мають відхилення у здоров'ї, понад 50% – незадовільну фізичну підготовку" (Освіта України, 2000). Такий рівень здоров'я молоді багато в чому обумовлений відсутністю у студентів інтересу до своєї особистості і, зокрема, до культури здоров'я. Погіршення стану здоров'я молоді відбувається на фоні вкрай напруженої санітарно-епідеміологічної ситуації в нашій країні. Зростає кількість хворих на туберкульоз, СНІД (синдром набутого імунодефіциту), захворювання, що передаються статевим шляхом; незадовільними є швидкість і якість реєстрування осередків особливо небезпечних інфекцій. Такий стан є характерним для всіх регіонів України. Але статистика свідчить, що проблема формування культури здоров'я студентів є особливо актуальною для Донецько-Придніпровського регіону, бо найзначніший об'єм викидів шкідливих речовин (81 % загального по Україні) припадає на міста Дніпропетровськ, Донецьк, Горлівку, Єнакієве, Запоріжжя, Макіївку, Маріуполь та ін.

Культура здоров'я молоді, зокрема студентської, – це складова духовної культури, одна з головних умов активного повноцінного життя не тільки в роки навчання, але й у майбутній професійній діяльності. Можна зауважити, що формування культури здоров'я студентів не розпочинається тільки у вищих навчальних закладах, як, власне, й не закінчується в них. Проте саме в ці роки воно набуває особливого значення. Це пов'язано з тим, що для особистості вік 18–22 років є періодом духовно-культурної сенситивності, найбільш активного розвитку фізичних кондицій, інтелектуальної, моральної та естетичної сфери, становлення й стабілізації волі та характеру, оволодіння молодою людиною повним комплексом соціальних ролей дорослого. У цей період продовжує формуватися та стабілізуватися самосвідомість, яка виражається в задоволеності собою, в самооцінці; усталюється певний "студентський" спосіб життя, що, як відомо, є одним з найважливіших, найвпливовіших чинників щодо здоров'я (Валеологічна освіта..., 1999; Валеологічна освіта та виховання..., 1999; Лисицин, 1995).

Слід урахувати ще й те, що більша частина студентської молоді вже мають певні захворювання, які розвинулися під час навчання у школі. "....Стрімке погіршення здоров'я дітей та учнівської молоді становить реальну загрозу виродження та вимирання народу України (Актуальні проблеми...,1995; Шкільний курс...,1994). Погане володіння навичками самостійної роботи, невміння правильно розподілити власний час для

навчання – усе це збільшує ймовірність прогресування існуючих хвороб і появи нових. На жаль, як вказує В.Кремінь, ми не ведемо ефективної роботи щодо захисту здоров'я дітей.

Яскравим підтвердженням цієї думки може слугувати дослідження, проведене Г.Кривошеєвою (2000). Аналіз захворюваності студентів 15 вищих навчальних закладів такого індустріального міста, як Донецьк, виявив п'ять груп захворювань, які зустрічаються найбільш часто: 1) органів зору; 2) опорно-рухового апарату; 3) нервової системи; 4) органів дихання; 5) шлунково-кишкового тракту. При цьому було встановлено тенденцію до їх збільшення. Так, у студентів Донецька захворюваність шлунково-шишкового тракту в 1997–1999 рр. збільшилась у 2,5 рази порівняно з 1996 р.; нервової системи – у 1,52 рази; на вегетосудинну та нейроциркуляторну дистонію – в 1,5 рази. Усі перелічені вище хвороби головним чином набуті під час навчання у школі, а потім й у вищих навчальних закладах.

Велика увага в науковій літературі приділяється такому важливому критерію культури здоров'я, як медико-валеологічна грамотність, санітарна освіта (Акбашев, 1995; Гасанов, 1989; Тазетдинова и др., 1995; Щепин и др., 1985). У цих публікаціях підкреслюється, що озброєння студента знаннями й уміннями служить валеологічною підтримкою, бо зміцнює віру у свої сили в боротьбі за власне здоров'я. В.Спрянський (1997) вважає, що валеологічна підтримка передбачає формування в особистості гуманістичних позицій у взаєминах з іншими людьми, що сприяє захисту власного здоров'я й здоров'я близьких.

Недотримання гігієни розумової праці, великі психоемоційні навантаження спричинюють порушення діяльності нервової системи, неврози, виникнення соматичних захворювань, які мають неврогенну природу (наприклад, виразкова хвороба шлунка), стомлення, перевтомлення і т.п. Багато хто з учителів про таке захворювання, як фонастенія, дізнаються вже після її розвитку. Проте фонастенія – це професійне захворювання педагогів, яке "...виникає через надмірне навантаження апарату голосоутворення (Энциклопедический словарь, 1984). Це захворювання входить до четвертої групи всіх наявних професійних захворювань.

Економічна і культурна криза призвела до зубожіння більшості населення України, до знецінення загальнолюдських цінностей. Останнє виявилося причиною зростання проституції, наркоманії, алкоголізму – незмінних супутників соціально-зумовлених інфекцій, зокрема венеричних і СНІДу. Рівень захворюваності венеричними хворобами є найбільшим за останні 30 років. І це при тому, що офіційна статистика є далекою від реальності. Так, "...у країні дев'ять з кожних 10 хворих на гонорею не звер-

таються по допомогу у шкірно-венерологічні диспансери", як зазначила головний санітарний лікар України Л.Некрасова (1997). З 1995 р. в Україні спостерігається вибухоподібне поширення ВІЧ-інфекції. Як стверджують спеціалісти Національного комітету з профілактики наркоманії й захворювання на СНІД, країна не має можливості забезпечити профілактичне лікування хворих на СНІД. (Лікування на той час коштувало 1,5–2 тис. доларів США на рік.) Одна тільки ВІЧ-інфекція спричинює світові збитки в розмірі 90 млрд доларів на рік, з яких 10 млрд – це прямі витрати, а 80 – непрямі.

Найважливішим показником медико-валеологічної грамотності студентів є знання ними індивідуальних особливостей власного організму, таких як спадкова схильність до захворювань, функціональні особливості центральної нервової системи, причини захворювань, тип конституції та статури, біоритми тощо. Вивчення індивідуальних особливостей організму (Апанасенко, 1996; Дубров, 1990; Клиорин, Чтецов, 1979; Сонькин и др., 1994) потребує систематичної копіткої роботи над собою, і це сприяє розвитку самоспостереження, оволодінню самоаналізом, методикою самооцінки.

У літературі є дані, які вказують на те, що основним компонентом поведінки, який визначає стійкість організму до всіляких шкідливих впливів, є пошукова активність. Це діяльність, спрямована або на зміну неприйнятної ситуації або на зміну свого ставлення до неї, або на збереження сприятливої ситуації всупереч дії загрозливих факторів і обставин за відсутності певного прогнозу результатів такої активності, але при постійному врахуванні проміжних результатів у процесі самої діяльності (Ротегберг, Бондаренко, 1989; Андреев, 1988).

Відомо, що здатність особистості поводити себе адекватно в умовах реальності, яка хаотично постає перед нею, і бути готовою до її зміни у майбутньому визначає здоров'я – психосоматичну стійкість особистості, унікальне поєднання тілесної й духовної організації (Чесноков, 1998; Kelly et al., 1991).

Знання студентами гуманітарних закладів освіти заходів невідкладної долікарської медичної допомоги за гострих станів, таких як кровотеча, травма, опіки різної етології, обморожування, раптова зупинка дихання й серцевої діяльності, втоплення тощо, є показником рівня медико-валеологічної грамотності. Дуже важливо за необхідності вміти надавати ефективну самодопомогу й собі самому.

Зростання складності програм навчання вимагає від студента не тільки раціональної організації праці й відпочинку, але й уміння використовувати конкретні заходи для відновлення загального стану працездатності, а та-

кож ліквідації локальних відхилень у самопочутті. Із цією метою вивчаються найбільш ефективні нетрадиційні засоби поліпшення загального стану здоров'я: шіацу (японська терапія надавлювання пальцями), йога, китайська цигун-терапія. Студенти знайомляться з комплексними системами оздоровлення організму П.Брега, Г.Малахова та ін. Нетрадиційні системи оздоровлення в більшості своїй розглядають людину інтегрально – як єдине ціле, як частину природи. В усіх нетрадиційних методиках оздоровлення організму підкреслюється головна роль самосвідомості особистості, її активності у ставленні до власного здоров'я.

Знання особливостей санологічного діагнозу, прогнозу, використовуваних методик дозволяє визначити рівень здоров'я людини. Предметом уваги санологічної діагностики є здоров'я як хворої, так і здорової людини. Сучасна медицина не має ще великого досвіду роботи із здоровими людьми. Медицині ще важко відповісти на запитання, що треба робити здоровій людині, щоб залишатися здоровою (Алфимов и др., 1993; Щепин и др. 1985).

Згідно з дослідженнями Г.Кривошеєвої (1999) анкетування 180 вчителів Донецької області (34 % сільських, 66 % міських), ніхто з них не ставив перед собою такої важливої проблеми, як підвищення культури здоров'я учнів у процесі викладання свого предмета. Водночас 92 % з них вважають за необхідне починати виховання валеологічного світогляду з наймолодшого віку і протягом усіх років навчання у школі і вищому навчальному закладі. 97 % учителів було важко дати відповідь на запитання, яким чином можна підвищити культуру здоров'я учнів через викладання їхнього предмета і що у принципі сприяє її формуванню.

Медико-гігієнічна підготовка має стати одним з головних завдань навчання майбутніх педагогів у педагогічних інститутах та університетах (Бондарев, 1996; Програма і методичні вказівки..., 1995). Як вважає американський дослідник Р.Граінгер (1993), фізичне та психічне здоров'я людини становить єдине ціле. Він визначає "психічне здоров'я" (mental health) як адаптивний контроль способу мислення, почування й поведінки. Майбутнім педагогам досить часто не вистачає знань про особливості психофізіологічного розвитку дітей, підлітків, юнаків. Відомий психолог І.Кон (1989) зазначає, що до 19 років образ "Я" в людини стабілізується. Тому дуже важливо, щоб у студентів (учорашніх учнів) до цього часу сформувалася позитивна "Я-концепція" – саме вона пов'язана із значимим переважанням позитивних емоцій.

Дуже важливим компонентом самосвідомості в житті молодої людини є самоповага. Під цим поняттям слід розуміти і задоволеність собою, і прийняття себе, і почуття власної гідності, і позитивне ставлення

до себе, і узгодженість свого наявного та ідеального "Я". І.Кон (1989) зазначав, що людина з високою самоповагою вважає себе не гіршою за інших, вірить у себе і в те, що може подолати свої вади. Низька самоповага, навпаки, передбачає усталене почуття неповноцінності, ущербності, що надто негативно впливає на емоційне самопочуття й соціальну поведінку особистості. Це, в першу чергу, відбивається на психічному здоров'ї людини і створює передумови для розвитку багатьох соматичних і психічних захворювань. Тому підтримання стабільного ставлення до себе, адекватної самооцінки забезпечує можливість вироблення постійної стратегії відносно себе, власного розвитку, що виявляється як у зовнішній соціально-предметній діяльності, так і у внутрішньоособистісній активності (Психология личности, 1995; Кириченко, 1998).

На думку деяких дослідників, причини виникнення стресу характеризуються як зовнішніми ситуаційними умовами, так і станом психоемоційних характеристик людини (Киколов, 1985; Леви, 1988, 1991). У студентів стресовий стан виникає через непідготовленість до навчальної діяльності, невпевненість у власних силах, розумове перевантаження, пов'язане з низькою культурою розумової праці. Його можуть зумовлювати деякі риси характеру, які збільшують імовірність розвитку стресу.

Психофізіологічне напруження зараз є не тільки головним фактором захворювання нервової системи, але й однією з основних причин серцево-судинних хвороб, бронхіальної астми, виразок шлунково-кишкового тракту, порушень гормональної рівноваги і т.п. (Апанасенко, 1998; Воложин и др.,1989; Довженко, 1990; Матюшкин та ін., 1980)

На думку дослідників (Брехман, 1987; Голобородько, 1997), проблема дефіциту рухової активності студентів усе більше загострюється. Починаючи з третього курсу, заняття з фізичної культури не проводяться; студенти неохоче відвідують спортивні секції, гуртки, басейн. Інтенсивне навчання і відсутність чергування розумової праці з фізичною призводять до гіподинамії. Унаслідок цього у студентів знижується увага, погіршуються процеси запам'ятовування і відтворення, швидше відчувається втома, з'являються неврологічні скарги. "...Без певного обсягу постійної рухової активності людина не може бути здоровою й щасливою". "Багато хто з людей... нерозумно довго і вперто випробовують стійкість свого організму неправильним способом життя, алкоголем, нікотином, і нерідко тільки через десятиліття стають очевидними неминучі згубні наслідки. Повільність і довга неочевидність зворотних зв'язків – одна з головних причин негігієнічної поведінки людей, нехтування здоровим способом життя" (Войтенко, 1991).

За останні роки розвиваються нові напрямки *валеології* (Буліч, Муравов, 1995; Зорій, 1997; Колбанов, Зайцев, 1992; Коновалов, 1992; Панкова, Кузнецов, 1996; Торохова, 1999; Царенко, Яцук, 1998; Шкільний курс...,1994), *педагогічної валеології* (Солдатова, 1997; Татарникова, 1995), *педагогіки здоров'я* (Педагогика здоровья, 1990), розробляються *методи активізації пізнавальної діяльності студентів, їх самостійної роботи***,** що формують творчі вміння щодо самооздоровлення у процесі професійного навчання (Гречкина, 1985; Никитина, Романенко, 1992; Психолого-педагогические основы..., 1990) та *нові технології навчання* (Новые технологии..., 1991; Эксперименты по внедрению…, 1991).

Разом з тим, безпека життєдіяльності як навчальна дисципліна не розв'язує спеціальні проблеми безпеки. Це справа інших дисциплін – охорони праці, цивільної оборони, промислової екології, комунальної гігієни тощо. Але вона забезпечує здобуття загальної освіти в цій галузі, що є науково-методичним фундаментом для всіх без винятку спеціальних дисциплін безпеки.

Безпека життєдіяльності – не засіб особистого захисту, а дисципліна, що вивчає основи захисту особистості, суспільства, держави, людства. Спеціаліст, що досконало засвоїв предмет "Безпека життєдіяльності", здатен грамотно діяти в умовах небезпеки, захищаючи таким чином як власне здоров'я, так і життя та здоров'я інших людей.

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСНОВ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я В КУЛЬТУРАХ НАРОДІВ СВІТУ

1.1. Медико-психологічні погляди давньогрецьких мислителів щодо безпеки життєдіяльності як основи лікування, профілактики, підтримання психосоматичного здоров'я

Як свідчать історичні знахідки, філософія зародилася у Давній Греції. Її першими філософами були Фалес, який жив наприкінці VII – у першій половині VI ст. до н.е., Анаксімандр, наукова діяльність якого припадала на першу половину VI ст., Анаксімен (середина VI ст. до н.е.), Піфагор із Самоа (друга половина VI ст. до н.е.), Геракліт (перша половина V ст. до н.е.).

Першими лікарями, відомими історії, і такими, що зробили суттєвий внесок у розвиток філософії, в розуміння навколишнього світу та сутності самої людини, були філософи Алкмеон та Емпедокл.

АЛКМЕОН (приблизно кінець VI – початок V ст. до н.е.), лікар з Кротону, вважається одним з перших лікарів, котрі цікавилися і філософськими проблеми. Точні дати його життя не відомі. На думку істориків, коли Піфагор був уже старою людиною, Алкмеон тільки починав свою діяльність, слухаючи його "лекції". Алкмеон написав книгу, справжня назва якої невідома, тепер її умовно називають "Про природу". Як лікар він вивчав анатомію людини, а також ембріологію, фізіологію, досліджував відчуття, цікавився питаннями психології, багато займався лікарською діяльністю. За свідченням античного письменника Халкидія, Алкмеон був "особою, здібною у природничих науках, першим, хто ризикнув розрізати тіло людини". У результаті лікарських спостережень та хірургічних операцій він прийшов до висновку, що розумову діяльність забезпечує головний мозок. Алкмеон встановив, що з півкуль мозку "йдуть до очних западин дві вузькі доріжки" (Маковельский, 1914). Він також відкрив нерви, які пов'язані з органами чуття. Вважаючи, що відчуття виникають на периферії тіла людини, він встановив, що між органами чуття та мозком існує прямий зв'язок. Алкмеон поклав початок дослідженню здатності людини до пізнання. Свого часу він писав: "Мозок доставляє (нам) відчуття слуху, зору та нюху, з останніх виникають пам'ять та уява (думка), а з

пам'яті та уяви, які досягли міцності, народжуються знання". Таким чином, він відкрив залежність між відчуттям та мозком.

Алкмеон так само, як і піфагорійці, вважав, що на людину впливають протилежні сили і тому завдання лікаря – підтримувати складові елементи тіла в рівновазі. Він зазначав, посилаючись на думку Арістотеля (1976), що більшість властивостей, з якими стикаються люди, формують пари, наприклад: біле–чорне, солодке–гірке, гарне–погане, велике–мале.

Алкмеон вважав, що душа є безсмертною, поділяючи думку Арістотеля про безсмертя, яке притаманне душі тому, що вона перебуває в постійному русі, як і всі небесні тіла – місяць, зірки, увесь космос.

Лікар-філософ висловив думку про те, що головний мозок є місцем виникнення багатьох хвороб, що він, крім функції утворення думок, як залоза несе функцію виділення слизу та в разі зайвого його виділення подразнює розташовані поряд тканини: опускаючись у ніс, викликає нежить, потрапляючи у шлунок, призводить до його запалення, в кишечник – до його розладу. Ці відомості узято з коментарів Гіппократа (Гіппократ, 1936). Крім цього, Алкмеон вважав, що місцем виникнення хвороб є також спинний мозок та кров.

Таким чином було закладено донаукове підґрунтя вчення про причини хвороб (патогенез хвороб).

Лікар Алкмеон, узявши за основу вчення Анаксімена про повітря, переніс його на медицину. Ним було запропоновано пневматичну систему медицини (пневматику), згідно з якою людський організм, як і вся природа, складається з повітря. Повітря виступає в даному разі першоматерією. Оскільки матерії притаманний рух, завдяки якому з неї постійно "формуються" протилежності, людина, за Алкмеоном, також складається із суцільних протилежностей. Отже, за основу він брав живу матерію, наділяючи її діалектичними протилежностями. Думки Анаксімена про повітря, що спираються на здатність останнього згущуватися та розріджуватися, переходячи при цьому з одного стану в інший (наприклад, з повітря виникає туман, далі хмара, дощ, сніг, крига і т.д.), Алкмеон пристосував до людини. Він наділив її можливими протилежностями "вологого та сухого, холодного та теплого, гіркого та солодкого та інших" (Маковельский, 1914). Незважаючи на донаукову форму пояснення даних процесів, підхід до вивчення людини в Алкмеона був діалектичним – організм людини розглядається ним як єдність протилежностей.

Прогресивні погляди Алкмеона відбилися й на його розумінні поняття здоров'я та хвороби. Порівнюючи організм з державою, він писав: "Зберігає здоров'я рівновагу (insonomia) (в тілі) сил вологого, су-

хого, холодного, теплого, гіркого, солодкого та інших компонентів; домінування (monarchia) одного з них є причина хвороби. Оскільки домінування того чи іншого є шкідливим... Напади хвороби виникають через зайву кількість теплоти чи холоду, через перебільшення чи нестачу в харчуванні (порушуючи спинний чи головний мозок...). Здоров'я це є відповідне змішування (symmertra krasis) таких сил" (цит. за Богомолов, 1982).

Він одним з перших висловив думку про те, що в результаті змішання всіх стихій виникла гармонія. Це було вираженням діалектичного розуміння сутності хвороби та здоров'я людини.

За Алкмеоном, здоровою людина може вважатися доти, поки її органи функціонують гармонійно, але якщо один з них починає переважати, то виникає хвороба. У продовження думки Алкмеона – той орган людини, який пригноблює функціонування всіх інших, виводить організм зі стану рівноваги, він примушує працювати понад силу всі інші органи заради тільки своїх інтересів та тим самим спричинює загибель організму. Представники пневматичної медицини вважали, що якщо один чинник зашкоджує організму, то "протилежне є ліками для протилежного" (Гіппократ, 1936).

Через низький рівень наукових знань про природу Алкмеон, так само як і Геракліт, вважав, що знання людини обмежені. Людина може висловлювати деякі "здогадки", але точні дані чи знання є прерогативою богів. На цих позиціях стояв ще Ксенофан.

Алкмеон першим висловив сумнів про безсмертя душі, чи "псюхе". Починаючи з VI ст. до н.е., "псюхе" вважали "демоном" та безсмертною істотою божественного походження. Як представник давньогрецької медицини, він виступав подібно до натурфілософів проти такого твердження. І на відміну від тих філософів, які оцінювали "псюхе" як гармонію тіла, він під гармонією розумів "здоров'я", розглядаючи її як збалансовану рівновагу протилежностей.

Таким чином, ще задовго до "батька медицини" Гіппократа активно працював видатний лікар-філософ Алкмеон.

ЕМПЕДОКЛ (приблизно 490–430 рр. до н.е.) був майже сучасником Гіппократа. Як більшість античних учених, він займався не тільки лікарською діяльністю, але й філософією, політикою, поезією, був гарним оратором. Основними його творами є високохудожні поеми: "Про природу", "Очищення". До нас дійшло 450 віршів. Світогляд Емпедокла є суперечливим. У поемі "Про природу" він висловлював думки про космогонію та космологію. Він намагався знайти початок матеріального світу, продовжуючи розвивати матеріалістичні погляди у грецькій фі-

лософії, збагачуючи її деякими принципами, запозиченими з філософії Парменіда Елейського (друга половина VI – початок V ст. до н.е.), який проголошував тотожність сутнісного та мислимого, доводячи при цьому, що буття єдине та нерухоме, що істинні знання дає тільки розум. Його натурфілософія включала в себе іонійську фізику, елейську метафізику та піфагорійське вчення про пропорції.

Через примітивність тодішніх знань з анатомії та фізіології людини Емпедокл вважав, що субстратом свідомості є кров. Свою теорію про два ворожі начала (любов та ненависть) та чотири стихії, що асоціювалися з міфологічним персонажами: Зевс (вогонь), Айдоній (повітря), Нестида (вода), Гера (земля) – він застосував в анатомії, пояснюючи, що кожна частина людського тіла складається зі стихій, з'єднаних не абияк, а в певному співвідношенні. Наприклад, м'язи тіла та кров людини уявляв собі як поєднання чотирьох стихій у рівних пропорціях. Кістки – це результат змішання двох частин води, двох частин землі та чотирьох частин вогню. Це вже були витоки фізіології.

Незважаючи на обмеженість поглядів Емпедокла в питаннях пізнання навколишнього світу, його теорія значно вплинула на таких значних філософів античності, як Платон. Арістотель, Епікур – представників теорії атомізму. Як лікар Емпедокл був чудотворцем шамансько-знахарського типу, оскільки рівень медицини того часу був дуже низьким. Проте він вважається засновником сицилійської медичної школи. За легендою, він знав чаклунство, інколи намагався показати себе магом, творячи дива на очах у натовпу. Для більшого враження він одягався у вбрання жерця, на голові мав дельфійську корону і в супроводі великої свити виходив до людей. Як і інші лікарі того часу, він багато мандрував по різних містах Еллади (Давньої Греції). Його авторитет був дуже високим. Це пояснювалося тим, що, як правило, він приносив людям одужання та благополуччя. Їм Емпедокл розповідав не тільки про своє вчення, а інколи й "творив дива", полегшуючи страждання хворих. Цілком можливо, він мав навички гіпнотизера, і тимчасове одужання в результаті психологічного впливу на хворого вражало присутніх. Про Емпедокла складено легенди як про повелителя дощів та вітрів. Цьому сприяла його активна діяльність для поліпшення довкілля. За деякими джерелами, він був ініціатором осушення боліт, що позитивно відбивалося на здоров'ї жителів цього регіону.

За свідоцтвом давніх істориків, а саме, Аеція, Емпедокла цікавили питання генетики. Народження людей різної статі він пов'язував з впливом тепла та холоду. Він вважав, що хлопчики народжуються на сході чи півдні, а дівчата – на півночі. На його думку, син народжується в тому випа-

дку, якщо сім'я обох батьків було "однаково гарячим", і тоді схожим він буває на батька. Коли ж сім'я обох батьків "однаково холодне", то в такому разі народжується дівчинка, схожа на матір. Далі йде низка комбінацій: якщо гарячим є сім'я батька і холодним матері, то буде син, схожий на матір; якщо навпаки – гаряче сім'я матері і холодне сім'я батька, то народжується донька, схожа на батька.

Емпедокл пояснював причини появи на світ двійнят, трійнят, калік. Каліцтво він пов'язував з більшою чи меншою кількістю сім'я, виділеного на формування зародка чи неправильним рухом сім'я. Двійня, трійня народжувалися, на його думку, через те, що "сім'я розпадалося на частини". Від давав пояснення, чому в таких випадках народжуються діти чоловічої та жіночої статі. Його докази були дуже простими і якоюсь мірою пов'язувалися з концепцією щодо народження чоловіка чи жінки. "Якщо під час розпаду сім'я обидві його частини займають теплі місця, то народжуються хлопчики, та навпаки, коли розділені частини займають холодні місця, то народжуються дівчата. Через те, що одне місце жаркіше, а інше холодніше, то двійні бувають різної статі" (цит. за Лункевич, 1936).

Фантазія Емпедокла була безмежною. На його думку, схожість немовляти залежить від фантазії жінки, "тому що жінки нерідко закохуються у статуї та портрети і народжують дітей, схожих на них" (цит. за Таннери, 1902).

ГІППОКРАТ (460–377 рр. до н.е.). Жив в епоху розквіту давньогрецької культури. Він був одним з тих, хто започаткував науковий підхід до вивчення багатьох хвороб. Гіппократ систематизував медичні знання минулої епохи та підняв рівень лікування на до того недосяжну давнім грекам висоту. За свій великий внесок у розвиток медицини Гіппократа було названо "батьком медицини".

Народився на острові Кос. Першим учителем у галузі медицини для Гіппократа був його батько. Після смерті батьків він став мандруючим лікарем (періодевтом), побував у багатьох грецьких містах, а також у Малій Азії.

Гіппократ і його учні поверховому підходу до хворого на основі абстрактних висновків протиставляли уважне спостереження за ним, ґрунтовне обстеження та вивчення його результатів з урахуванням раніше накопиченого практичного досвіду. Вони розуміли, що одна й та сама хвороба в різних людей може проходити неоднаково, оскільки кожен організм має свої особливості. Виходячи із цього, вони керувались принципом, що необхідно лікувати не хворобу, а хворого. Отже, у процесі лікування необхідний індивідуальний підхід. Дієта, ліки, до-

зи, режим, тривалість лікування – усе має бути в кожному конкретному випадку особливим, специфічним для даного пацієнта.

У своїх творах Гіппократ писав про визначальну роль гімнастики у справі збереження здоров'я: "Гімнастика, фізичні вправи, ходьба мають увійти в щоденний побут кожного, хто бажає зберегти працездатність, здоров'я, повноцінне та радісне життя". "Як сукнороби, котрі чистять сукно, вибиваючи його від пилу, так гімнастика очищує організм" (цит. за Воронов, 1977). Велике значення він також приділяв трудовій діяльності людини та підкреслював при цьому, що "особи, звиклі до щоденної праці, виконують її, незважаючи на свою слабкість та старість, легше, ніж люди сильні та молоді без відповідних навичок". Давньогрецький філософ критично ставився до неробства, що, на його думку, призводить до нездоров'я, та навпаки – прагнення людини до певної діяльності дає відчуття бадьорості, що забезпечує зміцнення здоров'я та продовження життя. У працях відомих сучасних філософів та психологів (Франкл, 1990; Фрейд, 1989; Ніцше, 1990; Швейцер, 1992) зустрічаються подібні погляди – "парадоксальна інтенція", "мета життя", "сенс життя", "спрямованість на сенс життя". Гіппократ засуджував п'янство, вважаючи, що воно є причиною слабкості та хворобливості. Слід зазначити, це не втратило своєї значущості й на сьогоднішній день.

Лікар-філософ і його послідовники стверджували, що тіло людини складається з твердих та рідких частин. Головну роль у життєдіяльності організму відіграють чотири рідини (кров, слиз, жовта жовч та чорна жовч). Ці рідини, на думку Гіппократа, є животворною силою, яка й визначає здоров'я людини: "з них складається природа тіла, і через них воно і хворіє, і є здоровим" (Гіппократ, 1936). Це примітивні погляди на принципи функціонування організму, але в них вже жевріли початкові знання про фізіологію людини. Організм людини Гіппократ уявляв собі як стан, який постійно змінюється і залежить від певного співвідношення вищезгаданих рідин. Якщо їх співвідношення змінюється й порушується пропорція їх гармонічного сполучення, то настає хвороба. Якщо ж усі рідини в організмі перебувають у стані рівноваги та "підтримується їх пропорційне змішування з урахуванням сили та кількості рідини", то людина є здоровою. Таким чином, Гіппократ встановив залежність типологічних відмінностей між людьми (темпераменту) від гуморальних факторів. Ці положення були реалізовані в науці фізіогноміці – про розпізнавання природних задатків людини за її фізичними якостями. Теорія Гіппократа про залежність тілесного та психічного складу окремих людей та цілих народностей від кліматич-

них умов їх проживання, а також вчення про темперамент мають до неї пряме відношення.

Заслуга Гіппократа полягає в тому, що він вивчав організм людини як складну систему, складові якої певним чином взаємопов'язані та при цьому несуть певні функції. На його думку, серце продукує кров, печінка – жовч, мозок є джерелом слизу, селезінка – чорної жовчі. Усі ці рідини виконують певну роль в організмі. Вони сприяють збереженню міри сухості чи вологості, регулюють температуру тіла, тобто, на думку Гіппократа, викликають різні стани, наприклад жару чи ознобу. При порівнянні сучасної класифікації основних типів вищої нервової діяльності з античними поглядами про наявність "соків" та "темпераментів" доречними є слова І.Павлова: "Тепер можна чітко бачити, як грецький геній Гіппократ зміг об'єднати у великій кількості численних варіантів основні фундаментальні риси людини" (Павлов, 1951).

Цікавим у концепції Гіппократа є те, що живим початком кожного організму він вважав природжену теплоту, яка підтримується особливо тонкою ефірною речовиною – пневмою, що постійно циркулює в судинах організму. Він також намагався встановити залежність поведінки людини від пропорційного вмісту тієї чи іншої рідини в організмі.

На його думку, всі люди за своєю конституцією поділяються на чотири типи. Якщо в організмі переважає кров, то така людина відноситься до сангвініків. Надлишок жовтої жовчі характерний для холериків, а слизу – для флегматиків. Більша концентрація чорної жовчі – це ознака меланхоліків. Звичайно, з погляду сучасної медичної науки така концепція здається наївною. Проте слід зазначити, що Гіппократ на існуючому на той час рівні медицини, психології, філософії зробив важливу спробу пояснити наявність певних типів людей та їхню залежність від внутрішнього середовища. Цікаво зазначити, що його концепцію про походження темпераменту людини було розвинуто у працях інших мислителів Давньої Греції. Так, вчення Галена, як і Гіппократа, базувалося на гуморальній концепції – він вважав, що перемішування основних чотирьох "соків" зумовлює здоров'я чи хворобу тіла людини, а вже на цій основі виникають та формуються різні психічні властивості особистості, на його думку, це 13 темпераментів. Філософ Теофаст у своєму творі "Моральні характери" описав 30 характерологічних типів, що відхиляються від загальноприйнятих норм поведінки людини (Ярошевський, 1976). Учення давньогрецьких мислителів було творчо розвинуто у працях німецького філософа І.Канта (1966), а також двох відомих психологів сучасності: швейцарця К.Юнга (Jung, 1921) та англійця Г.Айзенка (Eysenk, 1967). На рис.1.1 наведено поєднану концепцію вчених Давньої Греції й теперішнього часу.



Рис.1.1. Поєднана концепція давньогрецьких і сучасних учених

Гіппократа цікавила також проблема старіння організму. Він вважав, що в літніх людей кількість природженої теплоти менша порівняно з молодими. Одним з його важливих спостережень було визначення залежності типологічних властивостей людини від зовнішніх умов її існування. У своєму творі "Про повітря, воду та місцевості" він відстоював думку про те, що географічні умови та клімат впливають на організм та риси характеру людини. Він стверджував, що кількісний склад різних рідин в організмі людини залежить від атмосферних та кліматичних умов. Несприятливі умови зовнішнього середовища можуть спричинювати розвиток захворювань.

В іншому трактаті "Про священну хворобу", під якою греки розуміли епілепсію, Гіппократ стверджував, що всі хвороби в людини виникають через природні чинники. Ця думка була значним досягненням матеріалістичної науки того часу. Крім того, він дійшов висновку про необхідність проведення профілактичних заходів для підтримання здоров'я людини через поліпшення умов побуту, раціоналізації режи-

му праці, відпочинку, харчування. Застосування гігієнічних заходів у боротьбі із хворобами стало суттєвим внеском у розвиток медицини.

Гіппократ разом зі своїми учнями розробив рекомендації щодо лікування багатьох хвороб. Особливу увагу він приділяв описанню захворювань, лікування яких потребує хірургічного втручання. Його науковій школі були відомі основні принципи лікування переломів, вивихів. Гіппократ був добре знайомий з натурфілософією своїх сучасників та попередників. Він є автором так званої "Клятви Гіппократа", яка містить положення професійної етики лікаря на всі часи.

Оцінюючи його місце в історії медицини, слід вказати на те, що за рівнем знань він значно піднявся над своїми попередниками. Йому вдалося перебороти містику, релігійність, ідеалістичне сприйняття навколишнього світу, що в цілому сприяло розширенню можливостей відповідного наукового підходу для вивчення стану здоров'я та хвороби людини.

ДІОКЛ (IV ст. до н.е.), давньогрецький лікар з міста Каріста, проживав в основному в Афінах. Відомо, що Діокл написав на "античному" діалекті 16 творів. До сучасників дійшли тільки окремі уривки.

Діокл першим почав вивчати анатомію справжніми науковими методами – через розтин останків тварин. Як і багато лікарів античних часів, він цікавився широким колом медичних питань. Він, наприклад, вивчав процес травлення. Проте через дуже низький рівень розвитку хімії, фізіології та багатьох інших дисциплін Діокл спирався тільки на описання функцій окремих органів і перш за все шлунково-кишкового тракту. Процес травлення, на його думку, відбувається завдяки внутрішньому теплу, яке викликає процес гниття та бродіння їжі. Перетравлена їжа розподіляється по судинах, і таким чином відбувається живлення всіх частин організму.

Діокл вивчав лікувальні властивості рослин і був фундатором цього напрямку. Будучи відомим представником "догматичної школи", він поділяв позицію свого попередника Емпедокла. У практичній діяльності він надавав великого значення "пневмі" (повітрю). На його думку, повітря потрапляло в організм не тільки через рот, а і через пори шкіри. Діокл вважав, що повітря бере участь не тільки в дихальному процесі, але є також і початком "душі", яку він поміщав у серці.

Вивчаючи циркуляцію крові в організмі, Діокл дійшов висновку, що вона рухається в основному по венах. Тобто він ще був далеким від істинного розуміння процесів кровообігу та зв'язку з ним дихальної системи. Причину виникнення хвороб Діокл пояснював як порушення циркуляції соків, перш за все, пневми в організмі,

Вивчаючи стан пропасниці (гострої інфекційної хвороби, можливо, малярії), він першим висловив думку про те, що такий стан є не самою хворобою, а її виявом. Значним внеском Діокла в розвиток тогочасної науки слід вважати розробку принципів дієтетики (правильне харчування), особистої гігієни та гімнастики.

АРІСТОТЕЛЬ СТАГІРАТ (384–322 рр. до н.е.), вчений-енциклопедист, який зробив значний внесок у розвиток усіх галузей знань. Він був сином лікаря і з дитинства знайомився з медициною, потім закінчив медичну школу в Північній Греції. Близько 20 років навчався у школі Платона і тільки після його смерті залишив її. Цікавим є факт, що Арістотель деякий час працював вихователем Олександра Македонського. 335 р. до н.е., коли йому було близько 50 років, він повернувся до Афін та відкрив свою філософську школу, яка в історію науки увійшла як школа "перипатетиків" (за переказом, Арістотель викладав учням філософію під час прогулянок) і проіснувала багато віків. Філософія для нього, незважаючи на його вагання між матеріалізмом та ідеалізмом, була джерелом натхнення і, на його думку, сприяла розвитку всіх наук.

Це був філософ, вчення якого панувало протягом майже 15 століть аж до епохи Середньовіччя, до того часу, коли тодішні наукові відкриття почали вступати у протиріччя з його висновками. Так, його концепція "про стихію" проіснувала до Г. Галілея, а обґрунтування основ механіки примусило сумніватися у правильності поглядів Арістотеля.

На початку наукової діяльності сферою інтересів ученого були логіка, етика та психологія. Важливим є те, що ще тоді він розглядав вплив соматичних (тілесних) явищ і процесів, які відбувалися в організмі людини, на її психічну діяльність.

Поняття здоров'я в Арістотеля відрізняється від платонівської ідеї здоров'я та сутність його визначається лікарським мистецтвом. Він писав, що "лікарське мистецтво – це знання про сприяння здоров'ю, а також про те, якого способу життя слід дотримуватися людині, щоб бути здоровою". Розвиваючи цю думку, він додав: "…Для того, щоб мистецтво лікаря було досить високим, йому необхідно пізнавати як здоров'я, так і жовч, флегму, з якими здоров'я пов'язане".

Арістотеля найбільше цікавили контагіозні (заразні) хвороби, меншою мірою – вагітність та пологи. Починаючи досліджувати проблему, він ставив запитання "Чому?" Так, щодо заразних хвороб: "Чому від деяких хвороб захворюють при доторканні до хворого, а від контакту зі здоровою людиною не одужують. Це відбувається, мабуть, тому, що хвороба є рух, а здоров'я – нерухомість, спокій" (цит. за Чикин, 1990).

Продовжуючи свої роздуми, він ставить запитання: "Чому, коли контактують з людьми, хворими на сухоту, що страждали на офтальмію або коросту, то хвороба передається контактуючому, а від контакту з хворим на водянку чи апоплексію ніхто ніколи не захворює?".

Разом з тим, у цих роздумах Арістотеля не слід вбачати спробу мислителя давнини пояснити причини інфекційних хвороб, а сприймати як виключно геніальні здогадки про їхнє існування.

У книзі "Про душу" Арістотель розглядав процес старіння як результат ослаблення тіла, порівнюючи його з наслідками сп'яніння чи хвороби організму, відхиляючи метафізичне тлумачення старіння як ослаблення душі. Найбільш виразно в цій книзі постає його матеріалістичне розуміння різних психологічних станів організму: радості чи суму, проявів кохання чи ненависті, які він пояснював різним станом тіла людини. Будь-який психічний стан організму людини має своє матеріальне підґрунтя.

Арістотель заперечував думку тих філософів, котрі душу розглядали як деяку гармонію. Він так пояснював: "Говорити про гармонію краще щодо стану здоров'я та загалом щодо гарних тілесних властивостей, ніж щодо душі". Арістотель стверджує, що душа та тіло складають єдину живу цілісність, тобто "душа не відокремлена від тіла". Як лікар-психолог він першим класифікував психічні стани людини.

Звичайно, уявлення про анатомію та фізіологію в Арістотеля були досить примітивними. Він не розумів, наприклад, функцій м'язів людини, називаючи їх просто м'ясом, йому були невідомі й функції нервової системи, тим більше головного мозку. Будучи відомим мислителем, Арістотель не знав, що людина мислить за допомогою мозку, а відводив йому роль органу, що охолоджує "душевну функцію серця". На його думку, розумові здібності людей визначаються відчуттям дотику. У своєму трактаті "Про душу" він писав, що саме завдяки дотику людина є найрозумнішою серед усіх живих істот. Це видно також з того, що серед людей обдарованість чи не обдарованість залежать тільки від цього органу відчуття. Тому Арістотель дійшов висновку, що люди з твердою тілобудовою не обдаровані розумом, і навпаки, люди з м'яким тілом наділені ним. Йому також не були відомі функції системи кровообігу та інших органів.

Задовго до К.Лінея Арістотель класифікував тварин, розподіливши їх на види та роди. Він є основоположником порівняльної анатомії. Арістотель висловив думку про роль відчуттів та роздумів у процесі пізнання: "відчуттям слід довіряти більше, ніж роздумам, а роздумам – тільки в тому разі, якщо вони перебуватимуть у злагоді з явищами" (Аристотель,

1976). Таким чином, ми зустрічаємо в нього відоме положення матеріалістичної філософії про чуттєве споглядання, абстрактне мислення та перевірку здобутих результатів на практиці. Таким чином, наведені погляди античного вченого, хоч і у примітивній формі, але все ж таки характеризують основні рівні пізнання явищ та законів природи. Головним його надбанням є те, що він ясно розумів, що діяльність людини є живою єдністю теорії та практики.

У своїх працях лікар-філософ Арістотель неодноразово підкреслював, що основним призначенням людини є її розумова діяльність. Разом з тим, він підкреслював, що розумом слід вміти правильно користуватися, в іншому разі людина може втратити свою людську сутність: "Природа наділила людину зброєю – інтелектуальною моральною силою, але вона може користуватися цією зброєю у протилежному напрямку, тому людина без моральних норм може виявити себе як найнечестивіша та найдикіша істота, найнизькіша у своїх статевих та харчових інстинктах". "Панує над пристрастями не той, хто утримується від них, а той, хто користується ними розумно, коли йому це потрібно та корисно" (Аристотель, 1976).

Арістотель високо цінив моральність людини, зазначаючи, що навіть успіхи в науці за відсутності або відставання моралі ведуть її не вперед, а назад. Давньогрецького мислителя цікавила також проблема виховання підростаючого покоління. Основною ідеєю виховання було те положення, що людина народжується з обмеженими природними можливостями, які у процесі виховання можуть розвиватися. Він вважав, що організм людини несе в собі три складові, кожна з яких у процесі розвитку вимагає свого підходу та особливостей виховання.

Наприклад, рослинна складова організму людини вимагає фізичного виховання, тваринна, яка асоціюється з вольовою, – морального, розумова – розумового виховання. Ці теоретичні роздуми в подальшому лягли в основу теорії педагогіки XVII–XVIII ст. Він писав, що вихованням слід займатися до 21 року. До семи років діти мають виховуватися у своїй сім'ї, від семи до 14, коли вже починає формуватися статева зрілість, – у державних школах, а не у приватних, як це було в Афінах, оскільки Арістотель вважав, що "турбота про виховання має бути справою державною, а не приватною ініціативою".

Процес виховання, на його думку, повинен включати в себе три компоненти: розумове виховання (вивчення основних наук – граматики та математики, розвиток навичок письма, читання), моральне (формування в людини вольових якостей, здатності до активної діяльності), ес-

тетичне (малювання, музика) та фізичне (гімнастика). Арістотель також рекомендував під час навчання використовувати ігри.

Метою фізичного виховання, на думку вченого, був розвиток сили, кмітливості та краси. Метод виховання Арістотеля відрізнявся від методів Сократа та Платона – споглядання та самозаглиблення у природжені знання.

ГЕРОФІЛ (нар. приблизно 330 рр. до н.е., дата смерті невідома), давньогрецький лікар і філософ, один з основоположників Олександрійської медичної школи. Він першим розпочав проводити розтин останків людей, що допомогло йому зробити багато відкриттів у розумінні організму людини та його зв'язків з довкіллям. Ним було описано анатомічну будову багатьох людських органів.

Герофіл працював разом з Еразістратом. Під час розтину останків злочинців (останки інших людей розтинати заборонялося) в багатьох питаннях їхні погляди досить часто збігалися, але існували й розбіжності щодо визначення функцій окремих органів. І це пояснювалося тим, що вони спиралися на різні філософські вчення. Наприклад, якщо Еразістрат вів боротьбу проти філософських поглядів Платона, то Герофіл був його прибічником. Вивчаючи анатомію, роблячи розтини, він намагався підтвердити правильність поглядів Платона про "три душі", які регулюють усі функції організму. І якщо Платон довільно розміщував їх у головному мозку, серці та печінці, то Герофіл шукав їх саме в цих місцях.

Він звернув увагу на "шлуночки мозку", особливо на четвертий як найбільш значний, намагаючись знайти в них місце розташування душі. Вивчаючи цей шлуночок, на його дні він виявив утворення, якому дав назву "писального пера" (calamus scriptorius). Після цього Герофіл остаточно дійшов висновку, що саме в четвертому шлуночку міститься "мисляча душа". Точні місця розташування двох інших душ він не встановив, проте намагався це зробити. Ним були визначено три стадії роботи серця, пояснено причини пульсації, виявлено кишку, що за довжиною становила 12 пальців, яку й було названо дванадцятипалою.

Герофіл не відкрив нічого нового в етіології та патогенезі хвороб, стоячи на позиціях Платона. Щодо практичної медицини, то він не погоджувався з думкою Платона, Емпедокла та Піфагора про те, що хвороби не лікуються. Більше того, як він вважав, немає такої хвороби, проти якої не можна б було знайти ліки. Для потреб практичної медицини він залучав велику кількість лікарських засобів, частину з яких запозичив із східної медицини. Захопившись цією проблемою, Герофіл пропонував виготовляти порошки з коштовного каміння. Його рецепти були складними, включали багато різних інгредієнтів.

Він написав працю з анатомії, де було детально висвітлено питання будови нервової системи та внутрішніх органів людини. Працюючи в цьому напрямку, він встановив відмінність між нервами та зв'язками, проаналізував зв'язок головного та спинного мозку з нервами, які розміщалися на периферії тіла людини. Герофіл не тільки вивчив будову головного мозку, але і його оболонки – кори. Його здобутком є те, що він встановив відмінність між венами та артеріями.

Ним було написано також роботу "Про очі". Герофіл ретельно вивчав будову ока, встановивши наявність у них склистого тіла, оболонки та сітківки. У наступній праці "Про пульс" він виявив також залежність артеріального пульсу від частоти скорочень серця. Крім цього, він цікавився працями із хірургії, акушерства, проте ні одна з них повністю не збереглася. Існують окремі відомості про праці цього відомого вченого античності тільки з творів тих, хто жив та активно працював вже після нього – Галена, Цельса та ін.

Герофіл дуже високо цінував здоров'я людини, стверджуючи, що воно є основою благополуччя. Секст Емпірик із цього приводу писав у своєму творі "Дієтетик": "...Герофіл говорить, що без здоров'я і мудрість незавидна, і живопис блідий, і сила в'яла, і багатство непотрібне, і слово безсильне" (Емпірик Секст, 1976).

ЕРАЗІСТРАТ (приблизно 304–250 рр. до н.е). Великий інтерес становлять природничі та філософські погляди Еразістрата, котрий на відміну від його попередників більшою мірою спирався на позиції матеріалізму. Про його життя відомо дуже мало, проте висловлені ним думки дійшли до наших днів у перекладах Цельса, Галена та ін.

Отримавши дозвіл на розтин останків злочинців, Еразістрат детально вивчав мозок та його оболонки. Він перший описав м'яку та тверду оболонки головного мозку, звивисту будову його поверхні, зовнішній вигляд мозочка, шлуночків мозку, які називалися щілинами. Головним результатом його дослідження було виявлення декількох нервових стовбурів, що виходили з мозку. Еразістрат встановив, що деякі із цих стовбурів виконують функцію чутливості, інші – руху. Це дозволило йому зробити висновок, що мозок є тим органом, який виробляє імпульси, команди для рухової активності людини, і це суперечило припущенню Платона про те, що причиною рухової активності людини є "тваринна душа, розташована в серці та крові". Таким чином, раз і назавжди було спростовано ідеалістичне твердження Платона, що на той час мало принципове значення.

Досліджуючи шляхи переміщення нервових стовбурів від мозку до м'язів, легенів, серця та шлунка, Еразістрат водночас встановив наяв-

ність у серці перетинок – двостулкової, тристулкової та аортальної, що підвело його до здогадки щодо існування зв'язку між артеріями та венами, а також те, що серце в організмі перебуває не у стані спокою, а в русі. Його м'яз постійно скорочується. Таку саме думку він висловив стосовно функції шлунка, його постійного "скорочення" – перистальтики, що і дозволило зробити висновок про механічне перетирання їжі завдяки їй. При дослідженні внутрішніх органів ним було введено термін "паренхіма" (основна тканина будь-якого органу), який використовується і в сучасній біології.

Заслугою Еразістрата є суттєва корекція вчення Гіппократа про роль вологи в організмі – крові, слизу та жовчі. Якщо в Гіппократа всі ці три компоненти несуть надприродні функції, то в Еразістрата вони ближчі до дійсності. Так, кров переносить в організмі людини поживні речовини, і до циркуляції її спонукають не душа, а серце. Відносно жовчі він висловив скептичну думку, сумніваючись у тому, що вона виконує в організмі якусь роль. На думку Еразістрата, жовч – таке саме виділення, що і сеча, піт. З позиції сучасної фізіології це не відповідає дійсності. Проте слід зазначити, що погляди Еразістрата були більш реалістичними, ніж Гіппократа. Він та працюючий разом з ним лікар Герофіл уперше відкрили нерви, тоді як до них дослідники не відрізняли їх від зв'язок та сухожилля. Працюючи в Олександрійському музеї, ці лікарі в результаті ретельних дослідів прийшли до висновку, що повітря, яке рухається від легенів до серця, формує життєві духи – "вітальні духи", які розносяться артеріями по всьому організму.

Заслуга Еразістрата полягала в тому, що він звернув увагу на те, що в корі головного мозку людини кількість звивин є більшою, ніж у тварин, пов'язавши цю особливість з розумовою перевагою людини над тваринами. Йому належить пріоритет у розрізненні чуттєвих та рухових нервів, чому раніше не приділялося уваги.

Таким чином, Еразістрат, без сумніву, належить до тих лікарів-мислителів, котрі своїми глибокими філософськими узагальненнями сприяли розвитку не тільки медицини, але і психологічної думки в античну епоху.

1.2. Медико-психологічні погляди давньоримських мислителів щодо основ безпеки життєдіяльності

Після давньогрецьких учених значний внесок у розвиток знань про природу, навколишній світ та місце людини в ньому зробили вчені Давнього Риму на межі старої і нової ери.

АВЛ КОРНЕЛІЙ ЦЕЛЬС (I ст. до н.е.)**,** римський лікар і мислитель, був всебічно розвиненою людиною, добре розбирався в різних галузях знань: філософії, медицині, юриспруденції, риториці, військовій справі тощо. Цельса, без сумніву, можна віднести до енциклопедистів, про це свідчить його багатогранна праця "Мистецтва", в якій спеціальний розділ присвячено медицині. Цей розділ він написав у віці майже 50 років.

Авл Корнелій Цельс був рабовласником. Значні зміни, що відбувалися в рабовласницькому суспільстві, призвели до того, що рабів ставало все менше та коштували вони дуже дорого. Цельс створив лікарський посібник для рабовласників, де містилися поради щодо збереження здоров'я рабів та надання їм першої медичної допомоги. Він зміг зробити це завдяки тому, що здобув необхідні медичні знання, навчаючись у грецьких лікарів, які проживали в Римі. Медична школа (Schola medicorum) та валетудинаріум (лікарня для рабів) стали для нього своєрідним університетом медичних знань. Великою заслугою Цельса є те, що він у трактаті "Про медицину" (VI–XIII книги) зібрав накопичені на той час медичні знання, і це на сьогодні є єдиним джерелом достовірної інформації про професійну практику тогочасних лікарів.

У працях Цельса наведено відомості про гігієну та дієтетику, приділено значну увагу індивідуальному підходу до лікування хворих. Він підкреслював значущість праці в житті людини, зазначаючи, що "неробство прискорює старість, праця ж продовжує нашу молодість". Важливим чинником збереження здоров'я Цельс вважав загартовування: "У холодній воді зцілення, попередження захворювань, вона зміцнює тіло та зберігає бадьорість духу" (цит. за Бородулин, 1961).

Для сучасних медиків, психологів та філософів трактат "Про медицину" становить інтерес тим, що в ньому відображено погляди представників різних верств населення на її сутність. Цельс вважав корисним використовувати досвід усіх медичних шкіл: "Немає необхідності ні виключно приймати, ні абсолютно заперечувати якесь бачення, а зберігати середину між протилежними думками" (цит. за Бородулин, 1961).

Він вважав, що хорошому лікарю необхідні, по-перше, відмінні знання, а крім цього, розсудливість: "Якщо б мистецтво розмірковування формувало лікарів, то філософи були б найвидатнішими лікарями".

Слід зазначити, що Цельс дотримувався ідеалістичних поглядів і вважав, що всі хвороби від Бога, а медицина існує сама по собі, а тому ліки не потрібні. Цим він суперечить сам собі. Достатньо широко представивши тогочасну медицину, Цельс разом з тим песимістично дивився на її значимість, мабуть, під впливом "храмової медицини",

яка відстоювала виключно ортодоксальні та релігійні погляди на причини здоров'я чи хвороби людини.

МАРК ТУЛІЙ ЦИЦЕРОН (106–43 рр. до н.е.) за освітою не був лікарем. Це відомий державний діяч, теоретик з риторики та філософії, видатний оратор, трибун у Римській республіці. Відомий навіть такий факт, що 44 р. до н.е., коли було вбито Юлія Цезаря, він фактично очолив республіку.

Цицерон пройшов хорошу наукову школу, його навчали різні учителі, і кожен з них не поступався знаннями іншим. Його світогляд становить значний інтерес для психології, оскільки у своїх творах він висловлював думки про психіку людини та психіатрію. Крім того, його праці містять значні для того часу знання з медицини.

Він був прихильником філософської школи стоїків. У нього не викликало сумнівів, що душа безсмертна. Він не підтримував учення епікурейців про атомізм. Разом з тим він виступав як відвертий критик релігійних забобонів. Таким чином, еклектична філософія Цицерона відображала ідеалістичний напрямок Платона. Незважаючи на відсутність особливої оригінальності, його праці користувались у римлян великою популярністю. Римська аристократія читала їх тому, що в них обговорювалося протистояння ідей матеріалізму та ідеалізму. Проте його заслуга полягає в тому, що він переклав з грецької на латинську мову багато філософських термінів, понять, визначень, які з того часу залишилися загальноприйнятими в європейській науці.

Цицерон зробив внесок також у розвиток етики. На відміну від стоїків він вважав, що людина з'являється на світ із загальними вродженими моральними поняттями та ідеями, і пов'язував це з достовірністю існування релігійно-моральних поглядів, які споконвічно притаманні всім народам.

У таких творах, як: "Про найвище благо та зло", "Про обов'язки", Цицерон трактував етику як здатність людей правильно жити для досягнення повного щастя. Прагнення цього є природним бажанням людини. Воно випливає з уроджених (генетичних) почуттів самозбереження свого виду. Чим більше людина пізнає довкілля, тим більше в неї розвивається розум, тим ближче почуття самозбереження до блаженства.

На думку Цицерона, щоб досягти щасливого життя, слід знати природу людини та її покликання. Погляди Цицерона дещо відрізнялися від поглядів стоїків. Він вважав, що необхідно піклуватися не тільки про душу, але й про тіло людини. Тілесні блага він ставив нижче духовних, але вище благо він вбачав в їх сукупності.

Ним було також написано твори: "Про зневагу до смерті", "Про витривалість та страждання", "Про заспокоєння скорботи", "Про інші розлади душі", "Щасливе життя створюється безкорисливою доброзичливістю", які становлять для медицини особливий інтерес. Цицерон розмірковує про зв'язок душі й тіла, про душевні розлади та їх лікування. Ці роботи підводять підсумок науковим здобуткам багатьох лікарів Давньої Греції та Риму.

Розглядаючи характерні ознаки психічно здорової людини, Цицерон наділяв її мудрістю, помірністю та розсудливістю. Звичайно, хворий втрачав ці властивості.

Крім того, Цицерон висловив думку про характер і темперамент людини. Цікавими є і його вислови про сутність психічних розладів. Психічну хворобу Цицерон розглядає не як захворювання, а як сукупність різних розладів. Природно, це тільки започатковувало класифікації психічних захворювань. Цицерон зазначав, що при лікуванні психічних хвороб велике значення має час. Він висловив думку про те, що організм людини, можливо, має захисні механізми, призначення яких – боротьба з душевними хворобами, та результати лікування можуть проявитися тільки через певний час.

КЛАВДІЙ ГАЛЕН (приблизно 129–199 рр. н.е.). Діяльність римського лікаря та природознавця Клавдія Галена збігається з розквітом Римської імперії. Він народився в сім'ї заможного грецького архітектора, з ранніх років почав вивчати праці відомих філософів. Гален добре знав праці Арістотеля, Платона, а також філософів двох шкіл – стоїків та епікурейців. Про це свідчать його численні коментарі до таких праць, як трактат "Про погляди Гіппократа та Платона", коментарі до платонівського "Тімея".

Він розпочав свою медичну практику з того, що надавав першу медичну допомогу пораненим гладіаторам протягом шести років. У 164 р. вже як досвідчений лікар Гелен переїхав до Риму, де посів місце придворного лікаря при імператорі Марку Аврелії.

У Римі Гален багато займався лікарською практикою та науковими дослідженнями. До кола його наукових інтересів входили анатомія та фізіологія, які, на його думку, мали стати основою наукової медицини. Свої лекції він супроводжував розтинанням останків (трупів) тварин. На відміну від своїх попередників Гален займався вівісекцією. Цей метод сприяв вивченню фізіології окремих органів людини. Його внесок у розвиток медицини був настільки значним, що протягом багатьох століть, майже до середніх віків, у медицині не було відкрито нічого нового.

Гален розглядав "хворобу" як особливий стан, за якого порушується правильне змішування основних елементів та рідин організму, що у свою

чергу спричинює дисбаланс функціонування різних органів. Усі ці відхилення є джерелом певних симптомів, і завдання діагностики полягає у правильному їх розпізнаванні. При лікуванні хвороб Гален широко використовував дієту та лікарські засоби. Застосовуючи останні, він спирався на розроблений ним самим принцип протилежної дії. Він вважав, що сухість можна зменшити вологою, а тепло, чи жар (підвищена температура тіла) – холодом. Детально вивчаючи анатомію та фізіологію, без яких Гален не уявляв прогресу в розвитку медицини, він розробив нові додатки до принципів дослідження людського організму. Цікавим є порівняння думок різних учених з приводу функціонування організму людини. Так, якщо до Галена вважали, що в артеріях організму тече пневма, то він перший стверджував, що в них тече кров. Гален вивчив та описав м'язову, травну та дихальну системи організму. Він завжди намагався зрозуміти відмінність у функціонуванні органів людини та тварини. Кожну частину тіла він не тільки детально описував, але й пояснював її значення. Він дуже скрупульозно описав будову кісток та м'язів на відміну від попередників, передусім Еразістрата, зробивши багато уточнень для їх опису.

Головним у наукових дослідженнях лікаря-мислителя Галена було вивчення взаємозв'язку центральної нервової та периферичної системи, над чим до нього наполегливо працювали Алкмеон, Гіппократ, Еразістрат. Він не тільки перевірив їхні дані, але шляхом експериментів зробив багато до того не відомих медицині уточнень та доповнень. Особливо ретельно він вивчав периферичні нерви, які іннервували м'язи. Дослідження нервів дозволило Галену зробити висновок про те, що вони за своєю функціональною особливістю поділяються на три групи: ті, що йдуть до органів чуття, виконують функцію сприйняття; інші, які йдуть до м'язів, контролюють рух; останні – до внутрішніх органів і охороняють їх від ушкоджень. Звичайно, не всі отримані ним дані він пояснював та розумів правильно, але те, що він спромігся встановити, свідчить про значний прогрес у медицині Давнього Риму.

Безперечним є те, що Гален багато зробив для вивчення психології. Він прийшов до висновку, що мозок є органом мислення та відчуття. Тим самим він підтвердив здогадку, висловлену Алкмеоном та Гіппократом, і покінчив з міфом Арістотеля, який мозку відводив роль охолоджувача теплоти, яка рухається від серця.

Великий внесок Галена в науку, його активна викладацька діяльність багато в чому визначили шляхи розвитку європейської медицини на багато століть уперед. Його вчення панувало майже до епохи Відродження. За весь цей багатовіковий період утвердилося його кредо про тотожність медицини та філософії: "Найкращий лікар – водночас є й філософом".

1.3. Арабський період розвитку медицини, психології, філософії

На початку VII ст. в Аравії з'явилася нова релігія – іслам, що було спричинено глибокими змінами в суспільному житті. Відбувався швидкий розпад первіснообщинного ладу, почали формуватися держави феодального типу. Іслам став тією ідеологією, яка об'єднувала окремі розрізнені арабські племена в більш значні угруповання, на основі яких і створювалися держави. Деяким з них, завдяки успішним завоюванням, було суджено стати значними багатонаціональними конгломератами – халіфатами. Це були теократичні держави, де араби займали привілейоване становище. Панівною державною релігією в таких країнах ставав іслам. І наукова думка в халіфатах уже у VIII–XIII ст. досягала високого рівня. Ученим-арабам були відомі наукові здобутки давньогрецьких учених в усіх галузях знань. Добре обізнані з давньогрецькою філософією, деякі з них були навіть її талановитими коментаторами.

У цей час успішно розвивалась і медицина, а багато з учених-медиків завдяки широті поглядів не тільки на людський організм, але і на тісний його взаємозв'язок з навколишнім світом стали відомими філософами. Це були різні за своїми поглядами лікарі-мислителі, але майже всіх їх об'єднувало філософське розуміння фізики та логіки. У галузі медицини та психології володарем їхніх думок був Гален. Багато з них зробили значний внесок у розвиток медицини та філософії, і до цього часу вдячне людство шанує їхні імена. Досить назвати відомого медика, вченого, поета та філософа Ібн Сіну (Авіценну).

Слід зазначити, що, коли говорять про арабську, чи мусульманську, філософію, медицину, мають на увазі філософські погляди не тільки безпосередньо арабів, але й багатьох інших народів, які населяли халіфати. Серед них були перси, євреї, таджики, узбеки, азербайджанці та ін. Ібн Сіна був, наприклад, таджиком.

Високу оцінку філософії того періоду давав Гегель, зазначаючи, що арабські вчені "...піднялись за рівнем освіти та дуже швидко досягли великих успіхів в інтелектуальній культурі, значно більше, ніж західний світ... араби сприймають та культивують філософію. Тому не можна в історії філософії пройти повз філософію арабів" (Гегель, 1929–1958).

АБУ БАКР бен ЗАКАРІЯ РАЗИ (864–925 рр.) був визначним вченим середньовіччя Сходу, відомим лікарем і свій накопичений досвід роботи в госпіталях Реї та Багдада узагальнив у наукових працях. Він вивчав твори античних вчених з медицини та філософії й для свого часу був вченим-енциклопедистом. Він був добре обізнаний з матеріалістичними тенденціями давньогрецьких філософів Демокрита, Ем-

педокла, Анаксагора. Філософія Рази – це прагнення об'єднати іранський зарванізм з теоріями давніх греків, які спиралися на матеріалістичні тенденції.

Рази написав багато праць з медицини. Але, крім медицини, він приділяв велику увагу іншим природничим наукам, а також філософії. Найбільш відома його праця "Книга всеохоплююча" ("Аль-Хаві"). Цій книзі було призначено стати медичною енциклопедією арабською мовою, оскільки вона включала існуючі на той час праці всіх античних й арабських вчених, а також спостереження та узагальнення самого автора.

Він перший описав віспу, яка викликала жах у людей, а також кір. Праці Рази користувалися значною популярністю – навіть через 350 років після його смерті 1279 р. її було перекладено латинською мовою. 1846 р. під назвою "Liber continentalis" її було видано в Європі.

Діапазон інтересів ученого у природничих науках був достатньо широким. Його цікавили питання не тільки фізики, але й астрономії, хімії (алхімії). У галузі філософії Рази, крім загальних, досліджував питання етики, теології, логіки. Усього ним було написано близько 180 праць. Проте до наших днів дійшла тільки 61 робота.

Рази вважав, що філософії належить значне місце у вивченні відносин душі й тіла. Душа перебуває у полоні матерії, посланої творцем, і прагне до звільнення. І цей складний процес може зрозуміти тільки філософія. Неподільний зв'язок душі та тіла Рази обґрунтовував тим, що тілесні страждання хворого та його душевний стан відбиваються на обличчі і це свідчить про реальний зв'язок між душею та тілом.

АСУ НАСР МУХАМАД ІБН УЕГАЛ аль-ФАРАБІ (870–950 рр.). За великий внесок у медицину і поширення вчення Арістотеля на Ближньому Сході його було названо "другим учителем", оскільки лаври "першого вчителя" належали Арістотелю. Уявлення Фарабі про світобудову ґрунтувалися на фантастичних підходах. Так, Всесвіт над Землею складається з дев'яти сфер-небосхилів, які містяться один в одному та мають душі. Їм, цим душам, відведено важливу роль – вони примушують сфери обертатися навколо Землі. Свою енергію вони отримали від першоджерела. У результаті взаємодії сфер та їхнього руху виникають чотири елементи, які становлять основу всього сущого і які було названо ще давніми греками. Йдеться про землю, воду, повітря та вогонь. Із цих комбінацій елементів утворюються різні тіла.

На думку вченого, буття можна пізнати тільки на основі його наукового вивчення, тому він зробив класифікацію наук. В інтерпретації Фарабі всі науки поділяються на теоретичні та практичні. До теорети-

чних наук він відносив логіку, природничі дисципліни, куди входили медицина та метафізика, до практичних – етику та політику.

Учення Фарабі про душу також безпосередньо пов'язано з теорією пізнання та сенсуалізмом, оскільки душу він наділив здатністю мислити та відчувати. Щодо поглядів про душу він полемізував з Платоном, в якого душа передує тілу та існує вічно. Фарабі заперечував цю ідеалістичну думку та стверджував, що душа з'являється й помирає разом з тілом. Виходячи із цього, він відкидав і платонівську ідею пізнання.

Великий інтерес становлять праці Фарабі в галузі природничих наук та медицини. Для нього людина є вершиною розвитку всієї природи. Появу людини він пов'язував з довгостроковим безперервним та якісно новим розвитком природи. Це були вже початкові спроби розуміння еволюції природи. Фарабі вважав, що людина здобуває знання ззовні й допомагають їй у цьому здатність відчувати навколишній світ, пам'ять та розум.

ІБН СІНА (АВІЦЕННА) (980–1037 рр.). Одним з наймудріших людей середньовіччя на Сході був Абу Алі ал Хусейн ібн Абдалах ібн ал-Хасан ібн Алі Ібн Сіна, який в історію людства увійшов під латинізованим іменем Авіценна. Як учений-енциклопедист, він цікавився багатьма галузями знань, був не тільки лікарем, але й видатним природознавцем, математиком, філософом, поетом, мислителем, представником східного арістотелізму. Залишаючись прихильником ісламу, він багато зробив з поширення філософії та природничих знань серед арабів, які, у свою чергу, принесли їх у багато країн Європи. У його працях, написаних головним чином арабською мовою та частково фарсі, було відображено багате наукове надбання античних учених, перш за все Арістотеля. Його науковий доробок у різних галузях знань становить більше 420 праць.

Головними працями Авіценни є енциклопедична "Книга зцілення", присвячена філософським проблемам, і "Канон лікарської науки" (п'ять книг). Ці праці були широко відомі не тільки на Сході, але й в Європі. Їх повністю або частково перекладено на всі європейські мови. Крім того, ним написано "Книгу знань" мовою фарсі ("Данишме"), ("Книга вказівок і наставлянь"). Учення Авіценни спирається на прогресивні ідеї. На противагу закликам представників ісламської релігії вірити в магічну надприродну силу він закликав людей до вивчення навколишнього реального світу, розмаїття природи. Замість опису релігійних догм він прагнув наукового творчого дослідження думок. Ібн Сіна систематизував знання, що були накопичені в різних галузях науки.

Велике значення має його праця "Канон лікарської науки". Упродовж п'яти віків нею користувалися багато медиків. Уже в XII ст. цю книгу було перекладено Герардом з Кремони латинською мовою. 1473

р. її було видано в Милані, після чого вона багаторазово перевидавалась. За неповними даними, праці Авіценни видавалися більше 30 разів. За тісних зв'язків Київської Русі зі Сходом не дивно, що Ібн Сіну добре знали й тут. Багатотомна праця "Канон лікарської науки" по суті є медичною енциклопедією, окремі розділи присвячено описанню профілактичних заходів, спрямованих на запобігання хвороб, діагностичних заходів та безпосередньо лікуванню багатьох хвороб. У ній містяться дані з анатомії, фізіології, хірургії.

Заслугою Ібн Сіни є те, що він врахував вплив зовнішнього середовища на здоров'я людини. Завдяки своїй спостережливості за багато років до відкриття інфекційних захворювань, він геніально передбачив існування невидимих збудників, які є причиною "лихоманки", інших інфекційних захворювань. На його думку, ці збудники захворювання передаються через воду та повітря.

За значний внесок у філософію його назвали "князем філософії", в медицину – "князем лікарів".

ІБН БАДЖІ АБУ БЕКР МУХАМЕД (XII ст.). Араб за походженням, він народився в Сарагосі (Іспанія), жив у Гренаді (Іспанія) та деяких містах Марокко (м.Фес та ін.). Він був всебічно освіченою людиною. Займався лікарською діяльністю, математикою, природничими науками, астрономією, філософією. Відомий поет і музикант, був також візиром при альмохадських правителях.

Ібн Баджі відомий як коментатор до природничих праць Арістотеля. Проте він написав і свої оригінальні праці. У галузі філософії він займався метафізикою, психологією, логікою та етикою. Свої книги він писав арабською мовою. До нас дійшла частина з них у перекладах на єврейські мови. Основними його творами є: "Керівництво одинокого" ("Спосіб життя одинака"); "Прощальне послання"; "Послання про об'єднання розуму з людиною"; "Книга про душу".

У книзі "Спосіб життя одинака" він виступив проти релігійних догм, згідно з якими людина, яка вірує в Бога, може досягти "одкровення" та "просвітлення". Цим релігійно-містичним вигадкам він протиставляє сюжет, де герой за допомогою наукових знань досягає сходження душі до вищих рівнів пізнання шляхом власного інтелектуального розвитку. Людина вдосконалюється завдяки розуму – такий можна зробити висновок із цієї книги. Поділяючи погляди східного вченого-енциклопедиста Фарабі, Ібн Баджі вважав, що доля філософів – спостерігати за життям, яке є більш виразним за межами "міст неуцтва". Водночас, на його думку, людина і в суспільстві, яке не є досконалим, може досягти щастя, якщо вона зіллється з універсальним розумом.

МОСЕЙ МАЙМОНІД бен МАЙМОН (ІБН МАЙМОНІД) (1135–1204). Народився в Кордові в єврейській сім'ї, отримав освіту в дусі іудаїзму. Займався лікарською практикою. Слава про нього як талановитого лікаря дійшла до палацу Салах-ад-діна (Саладіна), і 1187 р. він став його придворним лікарем.

Ібн Маймонід вважав, мета людини – блаженство, яке полягає в розвитку мислення. Розум веде до пізнання істини, а пізнання істини є пізнанням добра. Умова досягнення цього – перевага розуму над плоттю, моральне вдосконалення. Джерелом доброчесності чи пороку слугують п'ять здібностей нашої душі: живлюща, чуттєва, уявляюча, розсудлива та бажаюча. Саме розсудлива складова душі допомагає їй робити вибір між добром і злом. Удосконалення доброчесності вимагає вправ та розвитку інтелекту, й інтелектуальні чесноти вищі за моральні.

Багато його філософських думок пов'язано з лікарською практикою. У творі "Молитва лікаря" заслуговує на увагу його думка про постійний розвиток знань та прагнення до них. Йому належать слова: "Дай мені силу волі та здібності для розширення цих знань, оскільки немає межі знанням, а завтра стане відомо те, що ще не відомо сьогодні".

1.4. Медико-психологічні погляди мислителів інших країн і народів

ГРИГОР МАГІСТР (990–1058 рр.), вірменський лікар-філософ, відомий учений, перебував на службі у Візантії. У цей час на території Вірменії відкривалися центри, де викладали філософію, логіку, граматику, природознавство, математику. Крім наукової діяльності, він займався перекладами ("Діалоги" Платона та інші філософські твори).

Григор зробив важливий висновок про те, що не можна вивчати натуру людину, не поцікавившись тим, що відбувається поряд з нею у природі. Він розглядає людину у взаємозв'язку з природою, навколишнім світом, зовнішніми умовами, які постійно впливають на неї.

Він пише про ліки, їхній лікувальний вплив на організм людини, про харчові продукти та їхню цінність, дає поради, як позбутися хвороби.

Учений розглядав питання про взаємовплив між здоров'ям та хворобливим станом організму, вказував на важливість профілактичних заходів для збереження та підтримання здоров'я. Він писав: "Замість того, щоб хворіти і розраховувати на допомогу від лікарів за допомогою ліків, краще зберегти своє здоров'я, дотримуватися правильного способу життя" (цит. за Философская энциклопедия, 1960).

МХІТАР ГЕРАЦІ (приблизно 1120–1200), вірменський лікар. Відомо, що він, крім медицини, займався астрономією та натурфілософі-

єю. Його можна вважати основоположником натурфілософії та природничої думки у Вірменії. У ті далекі часи цей прогресивний вчений зазначав, що пізнати навколишній світ чи об'єкт можливо тільки за допомогою спостереження та досвіду, тобто перевіряючи на практиці.

Основну працю Герци "Утішання при лихоманці", написану в одному екземплярі, пізніше в 1218 р. було розмножено його учнями. Через кілька століть 1823 р. її було видано у Венеції італійською мовою, 1908 – у Лейпцигу німецькою, і тільки 1955 р. в Єревані вірменською.

У роботі містяться не тільки думки провідного лікаря того часу щодо хвороб людини, але й філософські судження про вплив навколишнього світу на здоров'я людини. Та головним чином працю присвячено інфекційним захворюванням. Гераци детально розглянув різні форми малярії, яка була досить поширеною хворобою в ті часи.

П'ЄТРО д'АБАНО (1257–1315 рр.) вважається засновником падуанської школи послідовників філософа Ібн Рушда (Аверроеса). Він був різнобічним ученим. У Падуанському університеті йому було присвоєно звання професора медицини, філософії і, можливо, математики. Крім того, він цікавився астрономією.

Філософська праця д'Абано "Примиритель розбіжностей філософів та лікарів" побачила світ приблизно 1310 р. У ній на відміну від Фоми Аквінського та його послідовників він по-іншому тлумачив філософію Арістотеля. Якщо схоласти-томісти розвивали ідеалістичні принципи Арістотеля, то д'Абано звертав увагу на натуралістично-матеріалістичний аспект його вчення. Він був одним з тих, хто в роки суворого середньовіччя торував шлях до наукового розуміння світу.

Ось деякі із 120 питань, наведених у цій праці: "Чи є медицина наукою чи ні?"; "Чи має медицина теорію чи ні?"; "Чи відрізняється природа людини сучасності більшою хворобливістю порівняно з природою давніх людей?"; "При розширенні серця чи розширюються артерії, а при його скороченні чи скорочуються артерії?"; "Чи є благом затримувати природну смерть, чи навпаки, прискорити її?".

ГРИРОРІС (ГРИГОР) (кінець XIII – початок XIV ст.). Написав твір "Дослідження про природу людини, про вплив на людину і про причини хвороб", який досі ще не опубліковано, але який зберігається у сховищах давніх рукописів в Єревані (Вірменія).

На основі власного лікарського досвіду Григоріс дійшов висновку, що всі фізіологічні явища відбуваються у спинному та головному мозку, а не під впливом на людський організм "частини світової душі", чи божественної сили.

Головний мозок він називав "царем усього організму". Крім того, він стверджував, що організму притаманна єдність, а центром регуляції всіх органів і є мозок. Свою ідею він підтверджував прикладом із життя, порівнюючи всі органи тіла з дружними сусідами – взаємопов'язаними та взаємозалежними.

Багато хвороб він пояснював впливом матеріальних умов життя на людину. Але він помітив, що туберкульоз поширюється в сім'ях і багатих, і бідних.

1.5. Медико-психологічні погляди мислителів Європи XV–XVI століть

СІМФОР'ЄН ШАМП'Є (1471–1540 рр.), французький поет-гуманіст і філософ. Учився в Ліоні, лікарською практикою займався в Монпельє.

Він написав більше 100 праць, багато з них перевидавалися. Більшість праць, таких як "Сифіліс", "Діалог про лікування флегмони", присвячено опису окремих захворювань, але є й праці про розвиток медицини впродовж усього історичного процесу. На жаль, його численні праці ще досі не зібрано. Крім тих, які зберігаються в рукописах у Національній бібліотеці Франції, Ліонській та Бостонській бібліотеках, у Британську музеї, частина їх зберігається у приватних та громадських фондах США.

МИКОЛА КОПЕРНІК (1473–1543 рр.), один з видатних діячів епохи Відродження, широко освічений вчений – був не тільки великим польським астрономом, основоположником геліоцентричної системи планет, що входили до Сонячної системи, але й лікарем. "Він багато працював у галузі тригонометрії. Займався гідравлікою та межуванням, будував водопроводи та був лікарем. Відомі праці Коперніка з історичної хронології. Він працював над географічними картами Польщі та був видатним економістом" (Всемирная история, 1958).

Як лікар Копернік почав працювати в 1507 р. після повернення з Італії в м.Вармії. Вивчати медицину йому дозволили завдяки тому, що він мав надавати медичну допомогу служителям культу, серед яких він працював. У Падуанському університеті Копернік вивчав усі види лихоманки, усі хвороби, які на той час були відомі медицині. Але через те, що за священним писанням духовним особам заборонялось оперувати, він не вивчав хірургію.

Після нього залишилися рецепти для лікування певних захворювань та його міркування про деякі хвороби: "...навар з коренів тамариску допомагає від прокази..."; "...сік з дубильних горіхів лікує фістулу

і нариви..."; "...смолу ягідних дерев тричі завари в пиві і пий при їжі – допомагає при подагрі"; "...хвороби, що передаються за спадковістю від батьків, рідко можуть виліковуватися, але наступні покоління будуть легше переносити страждання" (цит. за Губарев, 1973).

ДЖИРОЛАМО ФРАКАСТОРО (1478–1553 рр.), італійський лікар вчений, астроном, поет. Він закінчив Падуанський університет і в ньому ж працював професором. Його діяльність припадає на епоху Відродження. Він був товаришем М.Коперніка і поділяв його передові погляди. Своїм ученням він заклав підґрунтя дослідження проблеми патологічних станів в організмі людини.

Фракасторо розумів, що хвороба людини – це не покарання від Бога, а процес, який має свої причини. Ним було написано твори: "Про сифіліс, чи французьку хворобу" (1530), "Про заразу, заразні хвороби та лікування" (1546). Задовго до відкриття збудників інфекційних захворювань він, набагато випередивши свій час, зрозумів їхню суть.

Фракасторо поставив перед собою запитання "Що таке зараза?" і відповів, що "…це зараження (infectio), яке переходить від одного до іншого". Під зараженням він розумів явище, коли людина захворює на подібну хворобу. Він навіть виділяв три шляхи зараження, зазначивши, що одні (контагіозні) захворювання вражають через дотик; інші – через найближчий осередок; деякі поширюються навіть на відстані.

Таким чином, він дійшов висновку, що на відстані передаються не всі хвороби, але через дотик – усі. Спираючись на позиції атомізму, він пристосував їх для розуміння невидимого живого мікросвіту, який тогочасній науці не був відомий. Безумовно, це була геніальна здогадка про мікроби, які є збудниками контагіозних (інфекційних) захворювань.

ФІЛІП АУРЕОЛ ТЕОФАСТ БОМБАСТ фон ГОГЕНГЕЙМ (1493–1541 рр.) в історію медицини та філософії увійшов як Парацельс. Він був не тільки медиком, але й алхіміком, філософом, активним борцем проти схоластики. Народився він у Швейцарії. Ставши лікарем, побував у багатьох країнах Європи і в кожній з них глибоко вивчав досвід тамтешніх лікарів, лікарські засоби, перш за все трави.

Його велика заслуга в науці полягає в тому, що він поєднав медицину з алхімією. Займаючись медичною практикою та алхімією, він увів декілька хімічних речовин як лікарські засоби, заклав основи ятрохімії.

Парацельс приділяв велике значення філософії. У ній він вбачав джерело більш досконалого пізнання природи, багатогранності породжених нею речей. На його думку, першоматерія є результатом творіння Бога. Навколишній світ, природа у всіх її іпостасях уявлялися йому мікрокосмосом, а людина в ній мікрокосмосом.

За антирелігійні погляди католицьке духовенство назвало його "Лютером в медицині". Він опублікував такі твори: "Велика хірургія" (1536), "Мій захист" (1536). За його життя не побачили світ: "Лабіринти помилок", а також головні його праці "Параграпум" та "Парамірум". Його заслуга полягала в тому, що він звільнив медицину від давніх забобонів. Парацельс переконливо довів, що досвід є основним засобом пізнання.

Для подальшого розвитку медицини визначальними були його судження щодо розуміння процесів, які відбуваються в організмі, як хімічні. Великого значення він надавав хімії, в тому числі й лікам на хімічній основі.

ФРАНСУА РАБЛЕ (1494–1553 рр.) був не тільки великим французьким письменником, вченим-гуманістом (він знав археологію, топографію, античну філософію, юридичні науки), але й лікарем-мислителем. Будучи монахом та священиком, він осуджував фанатизм усіх релігійних течій. Крім того, церква не переконала його у правоті релігійних догматів, і ставлення до них в нього було вкрай скептичним.

Особливого значення Рабле надавав гармонічному розвитку людини. На його думку, фізичні вправи мали розумно сполучатися з відпочинком у вигляді прогулянок.

Крім вивчення природи, екскурсій, він пропонував відвідування різних виробничих майстерень, тобто пропагував необхідність праці, яка становить основу морального виховання. Важливим є те, що свій принцип виховання він поширював не тільки на чоловіків, але й на жінок.

МІГЕЛЬ СЕРВЕТ (1509 або 1511–1553 рр.), іспанець з м. Вілануова (Арагона), закінчив юридичний факультет Тулузького університету у Франції.

Дотримувався передових філософських думок свого часу (раціоналізм і пантеїзм). Вивчаючи раннє християнство, Сервет разом з тим виступав проти християнських догматів.

Його внеском у медицину є те, що він правильно описав шляхи плину крові в організмі людини: від правого шлуночка серця в ліве передсердя по легеневій артерії та з'єднаних з нею тканинах легенів (гілках легеневих вен). Тим самим він відкрив мале коло кровообігу. Сервет висловив думку про існування невидимих кровоносних судин, які ми зараз називаємо капілярами.

АНДРЕАС ВЕЗАЛІЙ (1514–1564 рр.) здобув всебічну освіту, вивчав гуманітарні науки в університеті в м.Лувені (Фландрія), медицину – в університеті в Монпельє, потім у Парижі.

Уточнивши анатомію серця, описану ще давніми анатомами, Везалій сприяв відкриттю малого кола кровообігу, за яким йшло відкриття У.Гарвеєм великого кола кровообігу і всієї системи кровообігу.

Значення доробку Везалія було настільки великим, що навіть через 400 років при виданні перекладу його трактату "Про будову людського тіла" (1543) російський фізіолог І.Павлов у передмові до видання писав: "... Праця А.Везалія – це перша анатомія людини в новітній історії людства, яка неповторювала тільки вказівки та думки давніх авторитетів, а спиралася на роботу вільного дослідницького розумі".

ХУАН САН-ХУАН-де-ПЬЄДЕЛЬ (ПУЄРТО УАРТЕ) (1530–1592 рр.), іспанський лікар, філософ-матеріаліст. Його твір "Дослідження здібностей до наук" (1575), який було перекладено російською мовою тільки 1960 р., набув поширення в багатьох країнах Західної Європи. Цей твір вплинув на розвиток матеріалістичної філософії XVII–XVIII ст. Деякою мірою Уарте був натхненником англійського філософа Ф. Бекона (1561–1626 рр.) і голландського філософа Баруха Спінози (1632–1677 рр.).

Уарте підходив до процесу мислення з натуралістичних позицій. Різні здібності людини він пов'язував з особливостями будови мозку. Успіху окремих людей сприяла певна структура їхнього мозку.

На відміну від Ібн Сіни Уарте намагався скласти класифікацію наук, побудовану на принципі людських здібностей. До них він відносив пам'ять, розум і уяву. Цю класифікацію активно підтримував його послідовник Ф.Бекон. Цю теорію вчені використовували аж до початку XIX ст.

У своїй праці Уарте сформулював тенденції розвитку Іспанії і зростання її могутності, якщо в державі буде вжито заходи щодо оптимального використання природних здібностей людей. Психологи вважають цю роботу першою в історії психології, оскільки в ній поставлено завдання вивчення індивідуальних відмінностей здібностей людей з метою професійного добору. У подальшому цей напрямок було названо диференціальним.

Уарте висловив думку: "... Які властивості має та природа, яка робить людину здібною до однієї науки і нездібною до іншої..., які види обдарованості і особливості,...за якими ознаками можна дізнатися про відповідну обдарованість?" (Очерки истории…, 1955).

Його психофізіологічні висновки були оригінальними. Здібності людини включала в себе уяву, пам'ять та інтелект, які, на його думку, визначалися пропорцією змішаних у мозку головних соків. Уарте розумів, що різні види діяльності, наприклад, наука, живопис, потребують для реалізації своїх завдань людей з особливими спрямуваннями та обдарованістю.

Уарте вирішив вивчати психологічні риси людей різного фаху: полководців, лікарів, юристів тощо. Він дійшов висновку, що природжений талант, чи сучасною мовою – генетичні дані, не є вирішальними у формуванні здібностей людини. Велику роль у цьому відіграє також і праця та процес виховання з урахуванням індивідуальних та вікових особливостей. Він також вважав, що важливою умовою у становленні індивіда є його харчування.

Для того, щоб визначити розумові здібності людини, Уарте пропонував виділити зовнішні ознаки, які б свідчили про силу розуму. Так, за твердістю волосся та особливостями сміху він намагався визначити розумову обдарованість людей. І хоч його спостереження не були науковими, проте висловлена ним думка щодо кореляції внутрішніх і зовнішніх ознак людини пізніше використовувались у диференціальній психології.

Уарте ще в XVI ст. висловив думку про проведення професійного добору в масштабах усієї країни. Свої думки із цього приводу він висловив таким чином: "Для того, щоб ніхто не помилявся у виборі тієї професії, яка найбільше підходить до його природних задатків, царю необхідно було мати уповноважених людей великого розуму і знань, які б відкрили в кожного його дар ще в ніжному віці, тоді б вони примушували вивчати ту галузь, яка йому підходить" (Очерки истории…, 1955).

Велика заслуга Уарте полягає в тому, що він зробив серйозну спробу в науці перейти від життєвої мудрості до наукового осмислення вчення про темпераменти та здібності.

1.6. Медико-психологічні погляди мислителів Європи XVII–XVIII століть

ФРЕНСІС БЕКОН (1561–1626 рр.), засновник матеріалізму та дослідницької науки. Науковий експеримент був ним протиставлений схоластиці. Таке рішуче прагнення до точного знання в галузі природничих наук і філософії стало значним імпульсом для успішного розвитку медицини нового часу. Бекона можна з повним правом назвати філософом-медиком, тому що в його працях багато уваги приділяється проблемам історії медицини.

Вивчаючи проблему людини, він особливу увагу приділяв співвідношенню в ній душі та тіла, їх взаємозв'язку. Під душею він розумів психоемоційні можливості людини, межі її впливу на тіло як на фізичну основу організму. Дослідження цих питань привело його до досить ґрунтовного розгляду різних складових людського тіла.

За його класифікацією, складовими науки є медицина, косметика (вчення про космос), атлетика, наука про насолоду. Медицина ж має три напрямки: підтримання здоров'я; лікування хвороб; продовження життя.

Медицину він називав одним з найшляхетніших мистецтв: "...Якщо сонце є основою та джерелом життя всього, що існує у природі, то лікар, підтримуючи і зберігаючи життя, виявляється другим джерелом життя" (Бекон, 1977).

Бекон критично ставився до поглядів античних вчених, особливо до Цельса, який людину уявляв як мікрокосмос, тобто як зменшений образ усього світу. На противагу цим поглядам Бекон вважав, що серед усіх тіл, сформованих природою, "не можна знайти ні одного, яке б було таким саме складним і багатогранним, як людське тіло".

Він зазначав, що медицина, яка не спирається на філософію, не може бути надійною. Для нас цікавою є його думка і про те, що, мабуть, немає захворювань, які б не можна було запобігати за допомогою відповідних фізичних вправ.

Виключно філософськи звучить висновок Бекона про те, що вчені-медики недостатньо глибоко вивчають взаємозв'язок між окремими органами людини, а також їхні форму й структуру. Дуже важливо те, що вже тоді він розумів, що здоров'я та тривалість життя людини залежать від впливу на людину довкілля. "Процес зношення організму викликається двома факторами впливу на організм: впливом природженого життєвого духу; впливом навколишнього повітря", тобто навколишнього середовища за сучасною термінологією (Бекон, 1977).

ВІЛЬЯМ ГАРВЕЙ (1578–1657 рр.) прославив своє ім'я завдяки одному з найзначніших відкриттів у медицині – відкриттю системи кровообігу в організмі тварин та людини. Оцінюючи важливість його доробку, академік І.Павлов писав: "...Лікар Вільям Гарвей відмітив одну з найважливіших функцій організму – кровообіг та цим закладає фундамент нового напрямку точного пізнання людини – фізіології тварин" (Павлов, 1951).

Експериментальні дослідження Гарвея було присвячено вивченню на тваринах шляху обігу крові від серця до всіх органів, тобто великому колу кровообігу

Крім того, він вивчав ембріональний розвиток окремих тварин. Гарвей уперше сформулював теорію епігенезу. Ще всередині XVII ст. (1651 р.) йому вдалося встановити, як у процесі зародкового розвитку відбувається поступове та послідовне формування органів та окремих частин зародка з безструктурної субстанції заплідненої яйцеклітини. Ці перші поняття було

в подальшому розвинуто, і вони лягли в основу наукової теорії епігенезу на противагу ідеалістичному уявленню попередників Гарвея.

Цей вчений увійшов в історію як основоположник наукової фізіології. Його здобутки в галузі ембріології мають велике значення в медичній практиці. Багато з них було розвинуто його послідовниками, які зробили внесок у подальший розвиток фізіології з позиції матеріалістичного її розуміння.

ТОМАС СІНДЕГАМ (1624–1689 рр.) жив в епоху, коли в науці та навчанні ще панувала схоластика. Він був одним з тих, хто виступав проти схоластичних догм. Серед його учнів був видатний англійський лікар, філософ-матеріаліст Дж. Локк.

Заслуга Сіндегама полягала не тільки в тому, що він зробив спробу звільнити клінічну медицину від містичних нашарувань, що принципово відрізнялося від поглядів багатьох його попередників, але й в осмисленні ним боротьби організму ("природи") із хворобою з матеріалістичних позицій. Він поділяв думку Гіппократа про те, що завдання лікаря – допомагати боротьбі організму із хворобою.

Сіндегам зробив значний внесок в опис окремих хвороб як нозологічних одиниць, що мають свою специфіку. Але не завжди, звичайно, він залишався послідовним, не змігши повністю перебороти тиск релігії. Так, на його думку, гострі захворювання послано Богом, і тільки хронічні хвороби ним пов'язувалися з навколишнім середовищем та життєдіяльністю людини. За фундаментальні медичні праці та глибоке осмислення проблем здоров'я його називали "англійським Гіппократом".

ДЖОН ЛОКК (1632–1704 рр.), англійський філософ, навчався в Оксфордському університеті, вивчаючи водночас філософію, природознавство та медицину. Після успішного закінчення університету його було рекомендовано на викладацьку роботу в цьому самому університеті.

Локк поділяв погляди Ф.Бекона, продовжуючи розвивати його емпіризм, прагнучи обґрунтувати сенсуалістичний напрямок у теорії пізнання. Його "виправлення" Бекона полягали в тому, що, на його думку, досвід формується із чуттєвих даних, тобто з відчуттів (sensus), тоді як за Беконом знання здобуваються з досвіду. Великий російський вчений М.Ломоносов одним з перших визнав сенсуалістичну теорію Дж. Локка.

Локк стояв на матеріалістичних позиціях, хоч і не завжди був послідовним. Його теорія пізнання тісно пов'язана з психологією. Він виходив з того положення, що людський розум отримує інформацію ззовні, від органів чуття, завдяки яким сприймаються подразнення від зовнішнього світу, і в інтелекті не може бути нічого, чого раніше не було у відчуттях.

На його думку, душа – це "чиста дошка", на якій фіксується чуттєвий образ. Щодо абстрактного мислення, то воно, за Локком, є результатом накопичення даних досвіду та їх поєднання в розумі людини. Це свідчить про метафізичне розуміння мислення.

Локк створив теорію рефлексії – "...спостереження, якому розум піддає свою діяльність та способи її прояву..."(Локк, 1960). Рефлексія, на його думку, є другим джерелом мислення, але виникає на основі чуттєвого досвіду.

Позитивним у вченні Локка було те, що він визнавав реально існуючу матерію, яку ми пізнаємо через відчуття та досвід, а людина, її характер є продуктами середовища та виховання. Ним відхилялася концепція вроджених ідей. Він розробив теорію виховання, що відіграла велику роль у подальшому дослідженні цієї проблеми наступними поколіннями філософів-матеріалістів XIX ст.

БЕРНАРДІНО РАМАЦИНІ (1633–1714 рр.), італійський лікар, після закінчення 1659 р. Пармського університету вивчав умови праці в деяких галузях промисловості. Його головна праця "Про хвороби (гончарів)". Він першим встановив вплив виробничих факторів на здоров'я робітників, виявив професійні захворювання, а також довів, що несприятливі умови на виробництві спричинюють очевидну патологію в окремих органах та системах організму.

Такі серйозні висновки щодо стану здоров'я робітників було зроблено ним на основі опитування 52 робітників різних професій – гірників, каменярів, рибалок, друкарів.

Окрім власних спостережень, Рамацині використовував дані інших дослідників. У його книзі відображено фактори впливу умов праці на здоров'я людей не тільки в Італії, але й в інших країнах.

Більше того, у своїх працях він розглядав і вплив навколишнього природного середовища на людину, перш за все географічного та водних джерел. Вивчення цих питань дозволило йому зробити важливий висновок про необхідність широкої профілактики захворювань, тобто він розвивав профілактичний напрямок медицини. "Значно краще попередити хвороби, ніж лікувати їх, подібно до того, як краще заздалегідь попередити бурю та врятуватися від неї, ніж бути раптово захопленим нею" (цит. за Чикин, 1990).

Рамацині не тільки констатував факти руйнівного впливу умов праці на здоров'я людини, але й давав рекомендацій щодо поліпшення цих умов. Його спостереження, методи дослідження започаткували нову науку – гігієну праці.

ВІЛЬЯМ КОВАРД (1656–1725 рр.)**,** англійський лікар і філософ-деїст. Закінчив медичний факультет в Оксфордському університеті (1677 р.) та значну частину життя працював у ньому. На початку своєї діяльності здобув ступінь магістра, а потім і доктора медицини.

Результатом його 25-річної роботи стала філософська праця "Думки про людську душу". Обожнюючи природу, перебуваючи в полоні деїзму, Ковард у своєму творі намагався довести, що самостійної духовної субстанції не існує, а душа є матеріальним субстратом і вмирає разом з організмом. Смерть організму ніби поглинає вогонь душі.

ФРІДРІХ ГОФМАН (1660–1742 рр.), відомий німецький лікар-терапевт. Після закінчення медичного факультету Єнського університету поїхав до Голландії, щоб стажуватися в Лейдені у Г.Бугграве. Після навчання розпочав лікарську діяльність на батьківщині в Німеччині, а 1694 р. обійняв посаду професора клінічної медицини в університеті м.Гале. За успіхи в галузі медицини його було запрошено лейб-медиком при дворі прусського короля.

Гофман дав визначення хворого та здорового організму, в основу яких лягло "динамічне" вчення про рух різних рідинних субстанцій, таких як кров, шлунковий сік тощо. Якщо їхній рух відбувався в організмі регулярно без порушень, то такий організм вважався здоровим, і навпаки, якщо цей рух припинявся через закупорку, то такий стан він називав хворобою. На його думку, рух, чи "тонус", може регулюватися нервовим флюїдом, чи ефіром, місцем розташування якого були мозкові шлуночки. Уся ця механістична теорія була виключно гіпотетичною, де матеріалістичні передумови поєднувалися з ідеалістичними поглядами.

Гофман правильно встановив деякі взаємозв'язки в організмі. Він зазначав, що між деякими органами існує взаємозалежність за принципом "симпатії", наприклад, взаємозв'язок між нервовою та травною системою, між маткою та молочною залозою. Незважаючи на неповноту його теоретичних положень, це було початком пізнання цілісного організму.

ГЕРМАН БУГРАВЕ (1668–1738 рр.), видатний голландський філософ. Його життя та діяльність припали на періодом великих наукових відкриттів. Предметом наукових досліджень Бугграве були медицина, хімія, ботаніка та філософія.

Бугграве розвивав нові підходи в дослідженні патологічних процесів. Ним уперше було застосовано в медичній практиці лупу та термометр, що значною мірою розширило можливості лікарів у діагностиці та лікуванні захворювань.

Як вченому-хіміку йому був відомий терапевтичний ефект при застосуванні глауберової солі, сурми та ртуті. Відмінною рисою його наукових досліджень можна вважати тісний взаємозв'язок теоретичних обґрунтувань з клінікою. Його метод навчання майбутніх лікарів було визнано в багатьох країнах світу.

Філософські погляди Бугграве були досить еклектичними. Усі процеси життєдіяльності організму він пояснював з позицій законів хімії та механіки. Разом з тим він стояв на позиціях віталізму і стверджував, що в організмі є "життєва сила", що керує життєвими явищами. На основі цього, як теоретик у галузі медицини, він уводить нові поняття "життєві показання" та "життєві витоки".

БЕРНАРД де МЕНДЕВІЛЬ (1670–1733 рр.), француз за походженням, проживав в Англії; крім лікарської діяльності, цікавився літературою та економікою. Як письменник належав до демократичного напрямку, виявляючи інтерес до проблем моралі. Його філософські уподобання формувалися під впливом матеріалістичних поглядів англійських філософів Т. Гобса та Дж. Локка.

Мендевіль спеціалізувався на дослідженні нервових та психічних захворювань. Він вважав, що не тільки серце, мозок, нерви, але й органи чуття, а отже, й самі відчуття у вищих тварин є такими самими, як і в людини. Як лікар-психіатр він описав симптоми афектів, вказуючи на те, як один афект пригнічується іншим. Крім того, він детально проаналізував такі афекти, як чеснота, сором, співчуття, жалість тощо.

ЯНОС АДАМ ГЕНЗЕЛ (1677–1720 рр.), лікар з Угорщини, вчився в Болоньї, Флоренції, Римі, Падуї (Італія), пройшов повний курс медичної освіти.

Гензел досліджував епідеміологічний характер деяких захворювань, спираючись на наукові підходи Т.Сіндегама, вивчав епідеміологічну обстановку в Угорщині в першій половині XVIII ст. У своїх дослідженнях він залучав не тільки медичні знання, але й робив філософські узагальнення, пояснюючи зв'язок багатьох до того невідомих обставин і причин розповсюдження заразних хвороб. Він розглядав не окремого хворого, а низку його зв'язків – з іншими людьми, умовами життя, навколишнім середовищем.

Гензел зробив певний внесок у розвиток епідеміології, детально описав віспу, кір, свинку, малярію та умови їх поширення.

ЖЮЛЬЄН ОФРЕ ЛАМЕТРІ (1709–1791 рр.) прожив коротке, але яскраве життя. Розпочавши свою діяльність як лікар, із часом став видатним філософом-матеріалістом. Знання, здобуті на медичному факультеті в Парижі, Ламетрі оцінював не дуже високо. Тому зразу ж пі-

сля закінчення університету він поїхав на два роки на стажування до Лейденського університету до знаменитого професора Г.Буграве. Він читав лекції з багатьох питань теоретичної та клінічної медицини.

Ламетрі механічно тлумачив причини поведінки людей в різних умовах, зміни характеру, пояснюючи їхню динаміку біологічними чинниками. Цю тезу пояснював, залучаючи такий історичний приклад: "Що потрібно було б для перетворення сміливості Гая Юлія, Сенеки чи Петронія на малодушність чи боягузтво? Тільки-но розладу селезінки чи печінки чи засмічення ворітної вени. А чому? Тому що уява засмічується разом з нашими внутрішніми органами, від чого і відбуваються всі ці своєрідні явища істеричних та іпохондричних захворювань" (Ламетри, 1925).

АНДРЕАС ПІКЕР-і-АРУФАТ (1711–1772 рр.) закінчив медичний факультет у Валенсії (Іспанія). З 1732 р. майже 10 років керував кафедрою анатомії. З 1751 р. і до кінця свого життя обіймав посаду лейбмедика. Його було обрано віце-президентом Мадридської медичної академії. Він був автором декількох медичних праць, цікавився історією медицини, переклав іспанською мовою деякі твори Гіппократа. Вивчав фізику.

Пікер-і-Аруфат написав праці з логіки "Новітня логіка чи мистецтво говорити правду та удосконалювати розум" та філософії "Моральна філософія для іспанського юнацтва", де він вказував на необхідність творчого підходу до вивчення навколишнього світу та морального вдосконалення людини. Його праця "Мова про застосування філософії до питань релігії" спрямована проти релігійних догм, які він осуджував з позицій стихійного матеріалізму. Його також цікавили питання етики, в тому числі й лікарської.

Будучи людиною високоосвіченою і борцем проти церкви, Пікер-і-Аруфат стояв на позиціях "медичної астрології". Так, він висловлював думку про те, що Сонце та Місяць впливають на розвиток хвороб. Він вважав, що причиною багатьох захворювань є повітря, можливо, що під цим він розумів поширення заразних хвороб.

ВІЛЬЯМ КУЛЕН (1712–1790 рр.) отримав медичну освіту в Единбурзькому університеті (Шотландія). Він стояв на позиціях солідарної патології, заперечуючи гуморальне вчення. Спираючись на праці Т.Віллізія й А.Галлера, що встановили подразливість м'язів та чутливість нервів, а також Ф.Гофмана про "тонус" та про "атонію", він розробив оригінальну теорію про провідну роль нервової системи, від якої залежить здоров'я та хвороби людини. За його теорією, виникнення хвороби спричинює наявність "флюїду", чи "нервової речовини". За надлишкового руху "флюїду" в організмі відбувається напру-

ження (спазм), і навпаки, за недостатнього руху – розслаблення (атонія) нервової системи. Таким чином, Кулен обґрунтував "нервовий принцип" регуляції всіх життєвих процесів. Але цей принцип однобічно метафізично тлумачився ним при лікуванні людей. Його вчення набуло значного поширення у другій половині XVII ст. не тільки в Англії, але й в Німеччині та Франції (Лозинский, 1905).

ДЖОН БРОУН (1735–1788 рр.), англійський вчений, увійшов в історію своєю системою лікування "броунізм". До початку медичної практики він займався богослов'ям. У віці 40 років став доктором медицини і вже через рік опублікував свою знамениту працю "Elementa medicinae" ("Начало лікарської науки"). Ця робота була широко відома не тільки в Англії, але й у Німеччині, де її було видано німецькою мовою. Пізніше вона побачила світ і російською.

Значення його теорії полягає в запереченні гуморальної патології. Прояви хвороби він пов'язував зі змінами у твердих частинах тіла. Він вважав, що всі тверді частини тіла на відміну від рідких (кров, слиз) володіють збудливістю, яка виникла в результаті зовнішнього подразнення чи із самого організму і впливає на стан здоров'я. Хвороби, на його думку, залежать від міри подразнення та зворотної збудливості.

Підвищена збудливість призводить до стенічних хвороб, знижена – до астенічних. Якщо ж збудливість перебуває на середньому рівні, то такий стан відповідає стану здоров'я, чи нормальному стану організму. Для вираження рівня збудливості ним було створено спеціальну градуйовану шкалу, найвищий показник відповідав 80 градусів. Показники на шкалі у проміжку від 30 до 50 градусів відповідали здоров'ю, а все, що було вище чи нижче цього діапазону, розцінювалось як хвороба. Виходячи зі своїх помилкових поглядів щодо визначення хвороб, він запропонував надуману систему їх лікування. Вона зводилася до регулювання (підвищення чи зниження) рівня збудливості за допомогою медичних препаратів (Броун, 1807).

ФЕЛІКС ВІК-д'АЗІР (1748–1794 рр.) був не тільки французьким лікарем, але й видатним вченим, членом Французької національної академії наук. Він захоплювався анатомією ще зі студентських років.

Вік-д'Азір одним з перших почав вивчати питання кореляції внутрішніх органів. На той час панівним був метафізичний метод, і кожне явище розглядалося окремо незалежно від інших, тоді як він закликав до діалектичного методу дослідження. Усі органи й системи організму він намагався пов'язати в одне взаємозалежне утворення.

Не менш важливою його заслугою є вивчення порівняльної анатомії риб, птахів, мавп та ін. Це були перші кроки в накопиченні необхідного матеріалу на шляху до еволюційної теорії Ч. Дарвіна.

Вивчаючи анатомію та особливо мозок, він зробив описання II та III пар черепних нервів. Його науковий авторитет був наскільки високим, що 1775 р. він обійняв посаду лейб-медика при французькому дворі.

П'ЄР ЖАН ЖОРЖ КАБАНІС (1757–1808 рр.) народився в невеликому французькому містечку Конак. Був лікарем, філософом і політичним діячем. Його вчителем був французький просвітитель, католицький священик Е.Боно де Кондільяк (1715–1780 рр.), який, як не дивно, своїми ідеями руйнував церковні (релігійні) догми.

Основна філософська праця Кабаніса – лекції, які він читав у Національному інституті в 1796–1797 рр. У Росії вони побачили світ 1856 р. під назвою "Відношення між фізичною і моральною природою людини". Кабаніс дотримувався позицій визнання об'єктивного існування матеріального світу, відстоював первинність "фізичної природи" людини, тоді як свідомість, чи "моральну природу" людини вважав другорядною, похідною. В основі всієї моральної природи, на його думку, лежить відчуття, чи "чуттєвість".

Спираючись на досягнення тогочасної передової фізіології та медицини, Кабаніс дав визначення поняття "свідомість". За допомогою свідомості людина може пізнавати навколишній світ, здобувати знання про природу і про себе саму.

Поряд із чуттєвим аспектом пізнання зовнішнього світу Кабаніс визнавав і внутрішню чуттєвість. Питання про відношення свідомості до буття він зводив до фізіологічних досліджень людини. При цьому його цікавили проблеми залежності моралі від статі, темпераменту, клімату й умов життя.

Він високо цінив медицину як науку, особливо фізіологію, вважаючи, що глибокі медичні знання про людину можуть змінити і її мораль, яка, на його думку, є головним засобом удосконалення всього людства, тобто, впливаючи на тіло, змінити душу людини.

Закони біології та природознавства Кабаніс механічно переносив на суспільні науки. Рушійною силою суспільного розвитку він вважав природничі науки, фізіологію та медицину. Він вважав, якщо якомога глибше вивчити діяльність людського організму, то це дозволить зрозуміти і суспільні явища та процеси.

ФРАНЦ ЙОСИФ ГАЛЬ (1758–1828 рр.), австрійський лікар, провідний вчений у галузі анатомії та френології, відомий як дослідник анатомії мозку. Він є автором теорії локалізації мозкових центрів

Галь встановив зв'язок мозкових центрів з довгастим мозком. Це було нове слово в науці. Крім того, він правильно визначив ядра I–VIII пар черепних нервів, а також відкрив перехрестя пірамідних шляхів. Тоді як із часів італійського лікаря М.Мальпигі (1628–1694 рр.) вважалося, що кора головного мозку виконує функції секреторної залози.

Наукові погляди Галя мали велике значення не тільки для прогресу в медицині, але і для філософського розуміння сутності людського мислення. Праця "Філософсько-медичні дослідження про природу та мистецтво у хворому та здоровому стані людини", опублікована 1791 р., принесла йому досить широку відомість.

ІОГАНН КРІСТОФ ФРІДРІХ ШІЛЛЕР (1759–1805 рр.), видатний німецький поет, історик та філософ. Він ще був лікарем, закінчив Штутгартську "академію". Можна говорити про його енциклопедичну підготовку.

Практикуючи як лікар, він активно виступав за використання праці в лікуванні хвороб, відносячи фізичну працю до важливих і ефективних засобів лікування. Йому належить авторство наукового терміна "трудотерапія".

КРІСТОФЕР ГУФЕЛАНД (1762–1836 рр.) медичну освіту отримав у знаменитому Гетінгенському університеті (Німеччина). У 21 рік став доктором медицини. Він розпочав медичну практику у м. Веймарі. Через деякий час Гуфеланд перейшов на викладацьку роботу в Єнський університет у званні професора. Через сім років розпочав медичну практику на посаді головного лікаря в одній з лікарень Берліна, а також брав участь у відкритті Берлінського університету, де із часом став завідувачем кафедри терапії.

Гуфеланд написав близько 400 праць. Серед багатьох його робіт особливе місце посідає книга "Майстерність (здатність) продовжити людське життя, чи макробіотика". Її популярність була настільки великою, що всі європейські країни переклали і видали цю книгу. У деяких країнах вона перевидавалася декілька разів, так, у Росії з 1805 по 1856 р. – п'ять разів.

Рекомендації щодо довголіття Гуфеланд пов'язував з дотриманням правил особистої гігієни, певного режиму праці та відпочинку, правильним харчуванням і здоровим стилем життя.

На його думку, здоров'я – це гармонійна єдність внутрішніх і зовнішніх умов. Під внутрішніми він розумів будову організму. Співвідношення його твердих частин і вологи, різні фізико-хімічні процеси, які відбуваються в організмі, життєву силу, яка асоціювалась у Гуфеланда зі збудливістю. Це ще не було глибоким розумінням усіх внутрішніх умов, оскільки існував поділ організму на тверді та вологі частини, а не на ор-

гани і системи, взаємозалежні між собою і регулюючі роботу окремих органів, так і організму в цілому. До зовнішніх умов він правильно відносив навколишнє середовище, яке впливає на організм.

Якщо існує гармонія між цими умовами, то людина, на його думку, вважається здоровою, і навпаки, хвороба виявляється у двох формах – підвищеної чи зниженої життєдіяльності, тобто у формі гіперстенії чи астенії. Звичайно, це було дуже спрощене розуміння хвороби, оскільки існує багато причин її виникнення.

Виходячи зі своєї класифікації походження хвороб, він пропонував і відповідне, на його думку, лікування. Він враховував індивідуальні особливості кожного хворого і призначав відповідне лікування. Мета лікування – відновлення нормальної діяльності організму шляхом послаблюючого, стимулюючого і зміцнюючого лікування.

1.7. Медико-психологічні погляди мислителів Росії XVIII століття

СЕМЕН ГЕРАСИМОВИЧ ЗИБЕЛІН (1735–1802 рр.) освіту розпочав у Слов'яно-греко-латинській академії в Москві й продовжив її з 1755 р. на філософському факультеті Московського університету. Він був одним з учнів видатного російського вченого М.Ломоносова. Схильність до природничих наук він реалізував закордоном, навчаючись у Кенігсберзькому (Німеччина) та Лейденському (Голландія) університетах, де вивчав медицину.

Досліджуючи проблеми охорони здоров'я, поширення епідемій, дитячої смертності, він завжди пов'язував їх вирішення із соціальними умовами, навколишнім середовищем. На його думку, соціальними чинниками, які впливають на виникнення деяких захворювань і високий рівень смертності, є голод, непосильні податки, важке економічне становище певних верств населення, яке ним визначалося як "гноблення".

Зибелін цікавився різним питаннями, наприклад, він виступав з коментарями афоризмів Гіппократа: "Про вплив повітря на людину і про шляхи, якими воно до нього потрапляє"; "Про причини внутрішнього союзу частин між собою"; "Про корисність щепленої віспи" та ін.

Він приділяв серйозну увагу психічному та фізичному розвитку людини і намагався встановити взаємозв'язок між емоційно-психічним станом людини та її здоров'ям. За основу він брав гіппократівський принцип поділу на чотири основні типи, разом з тим він зазначав, що кожна людина має індивідуальні будову тіла і темперамент. Звідси випливав висновок про індивідуальний підхід до кожної окремої лю-

дини навіть при аналогічних захворюваннях, що в подальшому було розвинуто відомим російським терапевтом М.Мудровим.

Вивчаючи проблеми народонаселення в Росії, як і в інших країнах, Зибелін дійшов висновку, що причиною "повільного зростання населення" є важкі соціальні умови, які призводять до високої дитячої смертності. Його можна вважати основоположником вітчизняної педіатрії. Він заклав основи профілактики хвороб, а також гігієни побуту, фізичного загартування організму, активного використання різних природних факторів для зміцнення здоров'я та лікування хвороб.

КОНРАД ФРІДРІХ КАРЛ (ФРІДРІХ КАРЛОВИЧ) УДЕН (1754–1823 рр.) народився та навчався в Німеччині. У 23 роки він переїхав до Росії, прийнявши її громадянство. Займався лікарською та філософською діяльністю. 1803 р. Уден став професором Петербурзької медико-хірургічної академії, де читав курс лекцій, зокрема, з історико-теоретичних основ медицини, в яких наводив відомості про філософські погляди представників різних філософських шкіл.

Прогресивність його поглядів полягала в тому, що, стоячи на позиціях деїстичного напрямку російської освіти, він критикував ідеалістичні вчення таких значних філософів Заходу, як У.Берклі, К.Юм, І.Кант, Ф.Шелінг. Як лікар-філософ Уден за своїми поглядами наближався до механіко-матеріалістичних традицій Г. Буграве, Ж.О.Ламетрі, за якими людський організм порівнювався з машиною, поєднаною з душею.

У результаті теоретичних міркувань, оскільки в експерименті встановити це було б неможливо, він дійшов висновку, що людське тіло з'єднується з душею "за допомогою рідкого й тонкого життєвих начал..."(Уден, 1818).

Уден приділяв багато уваги визначенню поняття душі. Душу він уявляв як сполучення хімічних елементів, щось матеріальне. На його думку, душа тісно пов'язана з організмом через чуттєвість, та існує вона не сама по собі, не автономно, а залежить від "впливу самого організму".

1.8. Медико-психологічні погляди західноєвропейських лікарів XIX–XX століть

ДЖОН САЙМОН (1816–1904 рр.), англійський лікар, написав кілька праць, в яких показав усю жорстокість експлуатації робітників капіталістами. На важливість його праць не раз вказував К.Маркс у "Капіталі" (Маркс, Енгельс, твори). Аналізуючи, як капіталізм розкрадає здоров'я трудящих, Саймон писав: "...Я показав, що практично неможливо для робітників відстояти своє право – право на здоров'я.

…Вони не можуть домогтися дійсної допомоги з боку платних чиновників санітарної поліції... Життя десятків тисяч працівників на теперішній час безглуздо калічиться та скорочується безкінечними фізичними стражданнями, які породжуються тим простим фактом, що вони працюють" (Public Health.., 1864).

Саймон відмічав високу смертність серед багатьох професійних груп, яка в півтора рази перевищувала смертність серед сільського населення. Однією з причин цього було погане харчування робітників, що споживали недостатню кількість жирів та вуглеводів.

Говорячи про забезпечення працюючого населення житлом, Саймон зазначав, що він розглядає це питання не тільки з позиції лікаря. Відсутність належного житла призводить до фізичної та моральної деградації людини: "Доведена до високого рівня скупченість майже неминуче зумовлює таку відсутність усякої пристойності, таке брудне змішання тіл та фізичних відправлень, таку наготу статей, що усе це нагадує скоріше звірів, ніж людей. Наражатися таким впливам – це приниження, яке тим глибше, чим довше воно продовжується. Для дітей, що народилися під цим прокляттям, воно служить хрещенням до ганьби... Та надбезнадійним було б бажання, щоб люди, поставлені в такі умови, в інших відношеннях прагнули до тієї атмосфери цивілізації, сутність якої полягає в фізичній та моральній чистоті" (Маркс, Енгельс, твори).

ЕМІЛЬ ДЮБУА-РЕЙМОН (1818–1896 рр.), німецький фізіолог та філософ, один з фундаторів електрофізіології. Він вважав, що в м'язах, шкірі, залозах та інших тканинах живих істот є електрика, яку Дюбуа називав "тваринною". Своїми експериментами він довів, що навпіл розрізаний нерв є електрично від'ємним по відношенню до неураженої його поверхні. Він також встановив, що від'ємне коливання струму відбиває стан тканини.

Він був одним з перших, хто розпізнав механізми розвитку біоелектричних потенціалів і запропонував відповідну теорію. Усі це має велике значення для розуміння зародження живих істот та еволюційного розвитку.

Філософський світогляд Дюбуа мав механістичне спрямування. Незважаючи на власні успіхи в пізнанні багатьох явищ фізіології, він стояв на позиціях агностицизму. Свою категоричність щодо цього він сформулював у крилатій фразі: "ignoremus et ignorabimus" ("не знаємо і ніколи не дізнаємось"), яка на десятиліття стала формулою агностичного напрямку у філософії та науці.

РУДОЛЬФ ВИХРОВ (1821–1902 рр.) був не тільки видатним німецьким вченим-медиком, але й активним політичним діячем.

Основним напрямком його наукової діяльності було вивчення клітинної патології. Суть його целюлярної теорії полягала в тому, що організм – це держава клітин, де кожна клітина має самостійність. На його думку, життєдіяльність організму є результатом суми життєдіяльності окремих клітин. Складний взаємозв'язок та взаємодія окремих органів і систем він підміняв арифметичним складанням функцій окремих клітин. Це був механістичний та метафізичний підхід до вивчення життєдіяльності живих організмів. Звівши діяльність клітини до рангу "істинної діяльності", яка є "діяльною, доки виступає для нас самостійним та цільним елементом", Віхров, по суті, стає на позиції віталізму та об'єктивного ідеалізму.

Незважаючи на свої помилкові загальнотеоретичні погляди, він зробив певний внесок у вивчення запальних процесів. Він досліджував процеси запалення, різні його стадії в багатьох органах і системах. Вихров виступав проти антинаукових поглядів віденського вченого К.Рокитанського щодо розвитку патологічного процесу, причиною якого той вважав ненормальне змішання соків організму.

ФРЕНСІС ГАЛЬТОН (1822–1911 рр.), двоюрідний брат Ч.Дарвіна, відомий як один з оригінальних вчених Англії другої половини XIX – початку XX ст. Закінчив медичний факультет Кембріджського університету та отримав науковий ступінь.

Дослідження законів еволюції та в першу чергу проблеми спадковості становили головну сферу його інтересів, що було узагальнено в його спеціальній монографії. В останні роки свого життя він широко пропагував закони спадковості та їх застосування для потреб суспільства. Цю галузь дослідження ним було названо "євгенікою". Її призначення він визначав як "вивчення факторів, що перебувають під соціальним контролем та здатні вдосконалювати чи погіршувати властивості раси, як фізичні, так і моральні" (Энциклопедический словарь … Гранат).

Гальтон, розробляючи цю теорію, мав гуманні цілі, прагнучи сприяти поліпшенню спадкових властивостей – здоров'я, розумових здібностей, обдарованості. Він вважав, що необхідно домагатися того, щоб на Землі жили найбільш досконалі раси, але якщо природа цього досягає всліпу, поступово та безжалісно, то людство може здійснити це свідомо, швидко та з любов'ю. Він був далекий від застосування будь-якого насильства.

Удосконалення своєї "природи", як він стверджував, є однією з найвищих цілей, яку може поставити перед собою людство. Він писав: "Нам невідома його кінцева доля; одне тільки не підлягає сумніву, що поліпшення самого себе є найбільш достойним його, а погіршення –

найбільш ганебним". Гальтон був переконаний у тому, що людина може не тільки фізично поліпшити умови свого існування, але за більш глибоких біологічних знань змінити на краще самого себе. Його ідеї передбачали можливість удосконалення людини. Разом з тим Гальтон ігнорував соціальну сутність людини. Загалом він вважається фундатором вчення про індивідуально-психологічні відмінності між людьми, чи, інакше кажучи, диференціальної психології.

ВІЛЬГЕЛЬМ ВУНДТ (1832–1920 рр.), німецький фізіолог, психолог, багато уваги приділяв експериментальній психології, філософським проблемам, цікавився мовознавством, збирав фольклорні матеріали. Він закінчив медичний факультет у Гейдельберзькому університеті. Відмовившись від кар'єри практичного лікаря, після нетривалого стажування в Берліні 1856 р. захистив докторську дисертацію та почав викладати фізіологію в університеті.

Його філософські погляди носили ідеалістичний характер. Він намагався об'єднати погляди Г.В.Лейбніца і І.Канта. Процес пізнання він поділяв на три ступені. Перший – безпосереднє сприйняття, за яким йде розсудливе пізнання, що є предметом вивчення спеціальних наук, та розумне пізнання, що відноситься до сфери інтересів філософії.

Вундт увійшов в історію науки як видатний психолог, але спочатку він цікавився фізіологією. Його психологічна теорія ґрунтується на експериментальному дослідженні фізіології людини та перш за все таких явищ, які пов'язані з відчуттям, уявою, увагою, тривалістю різних фізіологічних реакцій. Проте, використовуючи матеріалістичні підходи у вивченні психологічних реакцій, Вундт не зміг подолати ідеалістичні концепції при теоретичних узагальненнях результатів своїх дослідів. Матеріальний світ підмінявся ним психічними поняттями. Тому початкові матеріалістичні підходи при вивченні фізіологічного досвіду трансформувалися в нього у звичайний ідеалізм.

Цікавим у теорії Вундта є його розуміння психічних процесів як "психології народу", об'єктом вивчення якої є передусім культури, у зв'язку із чим він зібрав значний матеріал з історії мови, звичаїв та міфи.

У другій половини XIX ст. набуло значного поширення вчення про те, що безсвідома воля є основною субстанцією природи, життя та людської поведінки – волюнтаризм. У психологію волюнтаризм привніс саме Вундт. Він вважав, що у сфері свідомості діє особлива "психічна причинність", яку він назвав апперцепцією. Слабким місцем у його теорії була відірваність психіки від матеріального світу. Для нього світ – це доцільний розвиток божественної світової волі.

Вундт заперечував істинне походження психічного з матеріального світу за загальними його законами. Він поділяв психологію на метафізичну та емпіричну. З його погляду, наукове пізнання психології починається з метафізичної установки на виведення окремих фактів із загальних уявлень про душу.

Психічну причинність Вундт сприйняв від Г.Лейбніца, Х.Вольфа та І.Гербарта. Йдеться про апперцепцію та комплікацію. Гербарт під апперцепцією розумів будь-яке нове сприйняття, усвідомлене, розтлумачуване на основі попереднього досвіду з урахуванням існуючих інтересів та спрямованості уваги. У розумінні Вундта апперцепція – це чітке усвідомлення сприйняття, діяльність уваги, що синтезує функціонування мислення та самосвідомості. Сукупність цього й регулює поведінку.

Вундт був першим серед психологів, хто використовував у своїх дослідженнях метод самоспостереження, чи інтроспекцію. До кінця XIX ст. набула певних форм інтроспективна психологія. Цей метод дослідження протиставлявся "внутрішньому сприйняттю", що відбувається у природних умовах. Це була абстрактна будова внутрішнього психічного життя. Він же був і піонером експериментальної психології.

У своїх працях вчений висловив думку щодо походження міфів, пояснюючи це впливом афективних станів, асоціативних ланцюгів та сновидінь (Вундт, 1913). Ця ідея набула розвитку у працях З.Фрейда.

Вундт зробив значний внесок у вивчення сприйняття. Велику увагу він приділяв значущості ігор у житті людини. На відміну від багатьох вчених, які вивчали взаємозалежність ігор і праці й відстоювали думку, що ігри передували праці, він вважав, що вони породжені працею: "Ігри є дитям праці". Немає жодної форми гри, як б не мала б свого зразка в тому чи іншому серйозному знанні…" (Вундт, 1887).

ЧЕЗАРЕ ЛОМБРОЗО (1835–1909 рр.), італійський лікар, крім питань психіатрії, займався антропологією та криміналістикою, став родоначальником антропологічного кримінального права, яке широко застосовувалось в кінці XIX – на початку XX ст. В основі його теоретичних висновків лежить антинаукова концепція, яка полягає в тому, що начебто в сучасному суспільстві існують люди з природженою схильністю до вчинення злочинів. Отже, особливий тип "людини-злочинця", за теорією Ломброзо, скоює злочини не із соціальних причин, а внаслідок власних вроджених схильностей, а деяким людям це визначено генетично. При цьому Ломброзо повністю ігнорує умови життя. Це були не тільки попередні умовиводи, засновані на знанні психічних процесів людини, але і спроба пояснити їх з позиції фізіології та анатомії.

На основі антропологічних досліджень він розробив спеціальні таблиці характерних ознак природжених злодіїв, наприклад, різке окреслення обличчя, приплющений ніс, низький лоб, високі щелепи, рідке волосся на підборідді. Риси злочинців він відносив до атавістичних рис особистості.

Ломброзо рекомендував з метою запобігання злочинів виявляти людей з означеними анатомічними особливостями черепа та вживати щодо них превентивних заходів, кидаючи у в'язниці, відправляючи на безлюдні острови навічно та т.п. На жаль, він не досліджував людей, які вже вчинили злочини, а в них зустрічалися найрізноманітніші анатомічні особливості черепа.

ЗИҐМУНД ФРЕЙД (1856–1939 рр.), австрійський лікар-невропатолог, психіатр, а також психолог. Увійшов в історію психології як фундатор психоаналізу.

На початку своєї діяльності Фрейд детально вивчав фізіологію та анатомію мозку. Він перебував під значним впливом французької школи невропатологів, особливо Ж.Шарко та Г.Бернгейма. У цей період Фрейд займався проблемами неврозів. 1895 р. він опублікував працю "Про істерію", де повідомлялося про практику лікування одного нервового хворого за допомогою катарсису. Йшлося про те, що під час гіпнозу у хворого було виявлено приховані афективні травми. Ця стаття стала відправним пунктом у його теорії. Після неї він опублікував ще кілька праць. У них він виклав своє трактування патопсихологічних та психологічних явищ.

1905 р. побачили світ "Три нариси до введення в теорію сексуальності". Фрейд одним з перших почав вивчати питання сексуальності з психологічних позицій. У нього поступово складається загальнопсихологічна теорія побудови психічного апарату як енергетичної системи. В основі її динаміки лежить конфлікт між свідомими та безсвідомими явищами. Фрейд наражався на гостру критику за відхід від матеріалістичного розуміння патологічних процесів у психіці, її відрив від матеріальних умов та причин їх породжуючих. Психіка в його працях набувала самостійного існування паралельно з матеріальними процесами. У праці "Психоаналіз" (1910) та деяких інших роботах Фрейд намагається довести, що психіка людини підвладна особливим, неусвідомлюваним, вічним психічним силам, які перебувають за межами свідомості (Фрейд, 1922). На людську душу справляють вплив психічні конфлікти за безсвідомого прагнення до задоволення, в першу чергу статевого.

У працях більш пізнього періоду "По той бік принципу задоволення" (1920), "Психологія мас та аналіз людського Я" (1921), "Я та Во-

но" (1923), "Страх" (1926) та інших Фрейд поступово починає відходити від психоневрологічної проблематики. Він усе більше захоплюється психоаналізом, намагаючись оцінити всі психічні стани і розповсюдити його на ці стани та суспільні явища. За його інтерпретацією, всі історичні акти є нічим іншим як проявами безсвідомих, у першу чергу сексуальних, потягів. Інакше кажучи, біологічні процеси Фрейд переніс на історію розвитку людського суспільства, підпорядкувавши соціальне біологічному.

Психоаналіз, на його думку, лежить в основі культури, міфології, фольклору, художньої творчості. Навіть релігію він пояснював за допомогою психоаналізу як колективний невроз особливої форми ("Майбутнє однієї ілюзії", 1927). Таким чином, ідеальне, тобто психічне, а головне, безсвідоме, що Фрейд називає "Воно", стає, як він вважав, рушійною силою історії людства, моралі, права, держави, живопису, науки, релігії та інших важливих сфер людської діяльності. Принципи Фрейда є універсальними, і психологізації підлягає не тільки людина, але й суспільство.

1900 р. Фрейд уводить у психологію термін "сублімація", під яким він розуміє психічний процес перетворення та переключення енергії афективних потягів на цілі соціальної діяльності та культурної творчості. У розробленій ним концепції психоаналізу сублімація розглядається як один з видів трансформації потягів, що є протилежністю витісненню. Сублімація є головним поняттям психологічного тлумачення культури. У праці "Незадоволеність у культурі" (1930) Фрейд розглядає сублімацію як результат неминучого компромісу, з одного боку, між стихійними потягами, з іншого – вимогами реальності.

Фрейд створив теорію, згідно з якою психіка людини складається з двох систем – свідомого та безсвідомого. На цій основі він будує свої теоретичні конструкції психіки людини, як здорової, так і хворої. Перші його праці "Тлумачення сновидінь" (1890), "Уведення у психоаналіз" і "Про психоаналіз" (1910) містили саме медичний аналіз проблеми, й тільки через десятиліття вони набули соціологічного та філософського характеру. Головним у його вченні було позбавити особистість свідомої діяльності. За його теорією психоаналізу в людини завжди залишається "напруження", джерелом якого є сексуальний потяг.

П'ЄР ЖАНЕ (1859–1947 рр.), французький лікар-психіатр та психолог. До 1902 р. працював в одній з психіатричних лікарень у Парижі, а потім керував кафедрою психології в Колеж де Франс. З 1904 р. разом з іншим психологом Г.Дюма Жане видавав "Журнал нормальної

та патологічної психології", в якому публікувались його філософські статті, написані з позицій позитивізму.

Для розуміння психіки ним було розроблено ієрархічну систему форм поведінки, що починалася з рефлекторних актів та завершувалася на рівні вищих інтелектуальних дій – з простих відчуттів через сприйняття, емоції, пам'ять та дискусійне мислення до синтезу психічного опанування реальності.

Вивчаючи феномен пам'яті, Жане, як представник французької соціологічної школи, звертав увагу на історичну природу та соціальну обумовленість пам'яті людини. Він вважав, що пам'ять людини є особливою дією, що притаманна тільки людині. Вона відрізняється від звичайної репродукції. Пам'ять відтворює минуле в теперішньому за допомогою символічної реконструкції. Соціальний світ людини при цьому упорядковує його спогади.

У працях Жане висвітлено велике коло питань. Він вивчав структуру особистості, співвідношення свідомого та безсвідомого, мотивів та переконань. Його цікавили питання індивідуальних відмінностей, він досліджував проблему впливу соціального та біологічного на детермінацію поведінки, широко залучав психологічні матеріали.

УОЛТЕР КЕННОН (1871–1945 рр.), американський фізіолог, закінчив Гарвардський університет та пізніше працював у ньому професором. За великий внесок у розвиток медичної науки його було обрано членом національної академії США, почесним членом АН СРСР.

Кенон вивчав функції організму на основі нейрогуморальної регуляції, а також емоції, їхнє походження та залежність від центральної нервової системи, гормонів. Він встановив, що емоційні стани людини, викликані болем, люттю, страхом тощо під дією певних зовнішніх подразників, знаходять своє пояснення у фізіологічних процесах. Залежно від характеру подразника організм може відповідати рефлекторним збудженням черепних нервів, більш інтенсивним виділенням у кров адреналіну надниркових залозами, а також деякими іншими адаптаційними реакціями. У людини за певних впливів можуть розширюватися зіниці, підвищуватися артеріальний тиск, зміст цукру у крові (гіперглікемія), підсилюватися процеси обміну, зростати працездатність скелетних м'язів та багато інших реакцій захисного характеру на зовнішні подразники. Таке широке тлумачення емоційних станів поглибило наше уявлення щодо адаптаційних реакцій тваринних організмів, що потрапили в екстремальні умови у процесі тривалого еволюційного розвитку.

Він також розробив теорію про гомеостаз, тобто про "саморегуляцію фізіологічних процесів". Під цим терміном він розумів власти-

вість організму підтримувати свій сталий стан, певну функціональну здатність окремих органів та систем, що забезпечується стійкістю внутрішнього середовища людини до впливу на організм зовнішнього середовища. Уперше термін "гомеостаз" він ввів 1929 р. у межах своєї концепції "мудрості тіла" (Cannon, 1929).

ГІЙОМ ЛЕОНСЕ ДЮПРА (1872–1956 рр.) народився у Франції, після досить тривалої праці на батьківщині переїхав до Швейцарії. Він був не тільки лікарем, але й педагогом, психологом, соціологом та філософом. Дюпра обрали головою Женевського соціологічного товариства. Цю посаду він обіймав до 1940 р., виконуючи водночас обов'язки генерального секретаря Міжнародного інституту соціології. Він був видавцем "Архіву соціології".

Як філософ він був типовим еклектиком. Еклектичними є і його праці з психології та соціології. Його погляди змінювалися то в бік суб'єктивного ідеалізму з позитивістським відтінком, то в бік неокантіанства.

Велику увагу він приділяв соціологічним проблемам. На думку Дюпра, соціологія вивчає два взаємопов'язані аспекти соціальної дійсності – суб'єктивний та об'єктивний. Він саме віддавав пріоритет суб'єктивному аспекту, до якого, по суті, включав перелік об'єктивних факторів, незалежних від суб'єктивізму, що відбивало не тільки його еклектизм, але й ідеалістичні переконання. Через це головним завданням соціальної психології він вважав вивчення суб'єктивного аспекту.

КАРЛ ГУСТАВ ЮНГ (1875–1961 рр.), швейцарський психолог та психіатр. На початку XX ст. він працював у Цюріху, був автором техніки вільних асоціацій. Вона використовувалась ним як один з найважливіших методів психіатричного лікування. Протягом п'яти років (1907–1912 рр.) він співпрацював із З.Фрейдом як учень та послідовник. Проте Юнг повністю не сприйняв теорію Фрейда про провідну роль сексуальних потягів у психічному житті людини. Він переглянув його концепцію про провідну роль лібідо як психічної енергії загалом, сексуальну етіологію неврозів, обмеження розуміння психіки як замкнутої системи та деякі інші положення. В Юнга лібідо за своєю суттю носить не тільки сексуальний характер, але виражає й психічну енергію. Це було новим у психоаналізі. На відміну Фрейда він запропонував теорію, в основі якої лежать інші безсвідомі потяги. Будучи одним з організаторів школи психоаналізу, він розробив спеціальну методику – асоціативного експерименту, яка набула значного поширення.

У роботі "Метаморфози і символи лібідо" (1912) він досліджує спонтанну появу снів, в яких з'являються фольклорні та міфологічні образи. За Юнгом, усе ґрунтується на загальнолюдській символіці та виявляється у

снах, міфах, релігійних віруваннях, а також у творах літератури та живопису. Психіка людини розглядалася ним як автономна система. В основі компенсації лежить принцип психічної саморегуляції. При компенсації відбувається врівноваження свідомих та безсвідомих тенденцій. На думку Юнга, однобічність свідомої установки обов'язково призводить до підсилення протилежних дій, тобто до зростання безсвідомих потягів. Він зробив висновок, що існує більш глибокий прошарок, котрий відображає колективне безсвідоме і може виявлятися у снах, зміст яких відбиває досвід попередніх поколінь, що відклався в мозку.

Структура мозку немовби концентрує в собі загальнолюдські первообрази, які Юнг називає архетипами. До архетипів він відносить такі образи, як мати-земля, герой, мудрий старець тощо. Ці образи лежать в основі міфів, художньої творчості, сновидінь. Вигадавши неіснуючі типи, Юнг проповідував, що вони не є доступними для безпосереднього сприйняття, але можуть усвідомлюватися через їхні проекції на зовнішні об'єкти. Головним серед архетипів він вважав архетип "самості" (Das Selbst), відводячи йому роль потенційного центру особистості на відміну від Его (Я), під яким мається на увазі центр свідомості.

Процес становлення особистості Юнг вбачав у інтеграції змісту колективного безсвідомого. Відновити зруйновані зв'язки між різними рівнями психіки, на його думку, можливо за допомогою психотерапії. Міфи, обряди, ритуали є засобами активізації архетипів. Вони забезпечують динамічну рівновагу традиційних культур. Його ідеалістичне вчення лягло в основу уявлення про символічні властивості культури. При цьому він відштовхувався від власної догми, що людство володіє психологічною єдністю.

При визначенні природи архетипів та колективного безсвідомого він змішує позитивістські ідей з метафізичними уявленнями про психіку як безособистісну субстанцію. Це вже межує з окультизмом, тобто визнанням надприродних сил, недоступних науковому пізнанню.

Юнг розробив свою класифікацію психологічних типів, яка базується на виділенні домінуючої психічної функції – мислення, почуття, інтуїція, відчуття. При цьому він враховував її переважну спрямованість на зовнішній чи внутрішній світ, тобто він виділяв екстравертовані та інтровертовані типи характерів (Юнг, 1921). Учений був одним з авторів так званої "глибинної психології", предметом вивчення якої є сила особистості, її потяги та можливі тенденції.

Він також займався розробкою теорії "індивідуації", згідно з якою дві схожі, але не тотожні, особи, мають власні індивідуальні особливості. У них завжди знайдуться ознаки, що їх відрізняють. Аналітична психологія

Юнга базується на тому, що індивідуація – це процес становлення особистості. Коли у свідомості відбувається асиміляція особистого та колективного безсвідомого, то людина немов дозріває. Завдання аналітичної психології полягає в тому, щоб встановити, чого потребує безсвідоме від свідомого впливу людини.

АЛЬБЕРТ ШВЕЙЦЕР (1875–1965 рр.), німецько-французький філософ, лікар, теолог. До 30 років захистив дисертацію на тему "Філософія релігії Канта", мав дипломи доктора теології (1900) та філософії, а крім того, славу обдарованого органіста. Швейцер був талановитою людиною і високо ерудованою людиною в багатьох галузях знань. Девіз його життя – "тільки професія лікаря надає справжню допомогу людям". Саме тому він залишив кар'єру музиканта, тимчасово залишив філософію і з 1906 р. почав вивчати медицину. Отримавши медичну освіту, Швейцер вирішив присвятити своє життя місіонерській діяльності. 1913 р., отримавши ступінь доктора медицини, він поїхав до Габону, де в містечку Ламбарене на власний кошт побудував госпіталь, причому сам безпосередньо брав у цьому участь. Тут пройшла значна частина його життя. Він не тільки лікував хворих на проказу, але й займався науковою діяльністю. І все це він робив, керуючись своєю внутрішньою потребою. За більш ніж 50-річну діяльність в Екваторіальній Африці, не звертаючи уваги ні на які труднощі, він у ці роки досконало оволодів таким медичними спеціальностями, як хірургія, терапія, офтальмологія та гінекологія.

Етичні концепції Швейцера спиралися на погляди близьких йому просвітителів. Серед них були Кант, Гете, англійські раціоналісти XVIII ст. Сприйнявши від них гуманістичну ідею свободи людини, він сповідував філософію культури і дійшов висновку, що "зовнішній прогрес" у період "технічної ери" не звільнив особистості.

Первинним принципом гуманістичного світогляду Швейцера було саме життя: "Ehrfurcht vor dem Leben" (преклоніння перед життям). Навіть себе він ототожнював із життям: "Я життя, яке бажає жити серед життя..." Він ніби перекреслює картезіанське поняття "думаю, отже, існую". Швейцер стає активним борцем за мир та свою практичну діяльність на благо людей обґрунтовує теоретичною основою – людство має прагнути до збереження та розвитку будь-якого життя. У цьому він вбачав можливість для етичного оновлення людства, подолання таких негативних явищ, як скептицизм та антигуманізм. За його видатні заслуги перед людством у 1932 р. йому було присуджено Франк-

фуртську премію імені В.Гете, а в 1952 р. – Нобелівську премію миру за активну антивоєнну діяльність.

КУРТ ГОЛЬДШТЕЙН (1878–1965 рр.), німецький лікар, перші роки своєї лікарської діяльності присвятив психіатрії та неврології. З 1908 по 1922 р. працював приват-доцентом у Кенігсберзькому університеті, потім до 1929 р. ординарним професором та директором інституту неврології у Франкфурті-на-Майні. 1929 р. Гольдштейн переїхав до Берліну, де очолив відділ неврології Моабітського шпиталю, водночас обіймаючи посаду почесного професора Берлінського університету. 1934 р. він емігрував до США. Тут він займався науково-дослідницькою діяльністю з неврології, нейрофізіології, фізіології та психології, працюючи в різних містах США.

До сфери його наукових інтересів належали такі напрямки, як неврологія, психіатрія, нормальна та патологічна анатомія, психологія та біологія. Стоячи на ідеалістичних позиціях, усі психічні та фізіологічні процеси, що відбувалися в організмі, він вважав рівнозначними і тому ігнорував фізіологічну основу психіки.

Гольдштейн був одним з перших, хто підтримував один з провідних напрямків західної психології – гештальтпсихологію.

КАРЛ ЯСПЕРС (1883–1969 рр.), німецький філософ, лікар-психіатр. Розпочав професійну діяльність 1908 р. асистентом психіатричної клініки в Гейдельберзі, потім обіймав посаду професора психології. З 1921 р. викладав філософію в Гейдельберзькому університеті. Він був прибічником екзистенціалізму (від лат. exsistentia – існування), тобто філософії існування – відносно нового напрямку у філософії. Екзистенціалісти вважають, що тільки їхня філософія є "філософією людини". На думку Ясперса, філософія у всі часи була екзистенціальною, тому що центральним предметом філософської науки завжди була людина з її проблемами, взаємовідносинами з природою та суспільством.

У своїх працях Ясперс виступив, по суті, проти філософії як світоглядної науки, пояснюючи це тим, що в наші дні вона вже не має тієї духовної могутності, як за Платона, Спінози, Гегеля, яким вдавалося виводити чіткі філософські системи з первісних істин, чи, як говорив Ясперс, "із джерел". Сучасні філософи вимушені користуватися фрагментарними прозріннями. Але людина може освоїти сучасну суперечливу та кризову епоху, на думку екзистенціоналістів, шляхом переживання самої себе, через самосвідомість, через набуття "екзистенціального досвіду" окремою людиною, за їхнім визначенням – "філософствуючим" індивідом.

На основі цієї тези Ясперс робив висновок, що кожна людина, що філософськи мислить, має власну філософію. Отже, філософія становить лише тільки певну сукупність відомостей, які здобуваються тільки за допомогою власного розуму і тому позбавлені об'єктивного існування. На його думку, філософія відірвана від суспільної практики та зведена тільки до описання своїх суб'єктивних уявлень. Це позиція суб'єктивного ідеалізму.

ВІЛЬГЕЛЬМ РАЙХ (1897–1957 рр.), лікар і психолог. Народився, жив та працював в Австрії. Перед приєднанням Австрії до фашистської Німеччини 1937 р. переїхав до США. Він боявся переслідувань з боку фашистів за свою наукову працю "Масова психологія фашизму", написану ще 1933 р.

Райх був послідовником вчення З.Фрейда, його ліворадикального напрямку. На початку своєї наукової діяльності в кінці 20-х років, коли на одній шостій території планети володарювали марксистсько-ленінські ідеї, Райх спробував об'єднати фрейдизм з марксизмом та створити політичний гібрид – фрейдомарксизм. Водночас він проповідував сексуальну революцію як невід'ємну частину суспільних реформ, виступав за відміну всіх форм "репресивної" моралі, ратував за ліквідацію моногамної сім'ї.

Він вважав, що в авторитарній державі, тобто в антидемократичній системі, характерній для найбільш реакційних капіталістичних країн того часу (таких як Німеччина, Італія, Іспанія в період панування фашизму), характерною рисою соціального устрою є сексуальне пригнічення. Воно призводить до масових захворювань неврозами. Його праця "Масова психологія фашизму" підтверджувала цю ідею.

Райх мав рацію в тому, що стверджував, нібито психічна установка людини залежить від пануючої соціальної системи. Це означає, що в капіталістичному суспільстві, наприклад, люди можуть сприймати тільки капіталістичну ідеологію.

Крім того, він вивчав характер людини та його визначальну роль у житті кожного індивіда. На його думку, характер – свого роду захисний засіб, його "панцир" як від зовнішнього впливу на нього, так і у плані управління своїми внутрішніми потягами, бажаннями та прагненнями. При цьому Райх природний потяг розглядав як первинну здорову основу та заперечував обов'язковість існування агресивних і деструктивних потягів. Характер ним тлумачився як своєрідний спосіб розв'язання виникаючих конфліктних ситуацій. Ці погляди були

докорінно протилежними поглядам З.Фрейда. Він звільняв культуру від пригнічення та витіснення інстинктів.

1934 р. Райх відмежувався від ортодоксального фрейдизму й розірвав зв'язок з міжнародною психоаналітичною асоціацією. Він став на позиції "неомарксизму" в його "анархо-радикальному дусі", де "поєднувалася" соціально-політична революція з тотальною "сексуально-культурною революцією".

1.9. Медико-психологічні погляди лікарів-філософів американського континенту XIX–XX століть

ЯКОБ (ДЖЕКОБ) МОРЕНО (1892–1974 рр.), соціальний психолог, психіатр. Народився в Бухаресті**,** закінчив Віденський університет. Здобув медичну та філософську освіту. Його спеціальністю була психіатрія. Спочатку він працював у психіатричній лікарні в Австрії, а 1927 р. переїхав до США, де практикував у психіатричних клініках, інститутах. 1936 р. він організував перший терапевтичний театр, а потім клініку в містечку Бікон-Хілл, яку й очолив. Тепер це "Санаторій Морено". Водночас він почав займатися соціальною психологією, створивши новий напрямок – соціометрію – й заснувавши журнал "Соціометрія". 1940 р. за його участі було відкрито Інститут соціометрії та психодрами, який зараз носить назву Інститут Морено. З 1951 р. він обіймав посаду професора Нью-Йоркського університету.

За визначенням Морено, "математичне вивчення психологічних властивостей населення, експериментальна техніка й результати, отримані при застосуванні кількісного та якісного методу, називається соціометрією" (Морено, 1958).

Предметом його дослідження були психологічні взаємини людей у невеликих групах, що певною мірою продовжувало і розвивало положення психоаналізу та гештальтпсихології. "Мікросоціологічна" школа, ідейним вождем якої був Морено, теорію "малих груп" поширює на всі соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві. Сам Морено із цього приводу писав, що потрібно мати термін для "створення повної картини взаємодії всіх факторів, що діють на психосоціальному рівні, подібно до терміна "організм", який застосовується для загальної картини всіх факторів, що діють на біологічному рівні" (Морено, 1958).

Морено під поняттями "соціальний атом", чи "цілісність першого порядку", розглядав окремо взятого індивіда, що перебуває в емоційному зв'язку з іншими людьми. Цей зв'язок між людьми, на його думку, відбувається начебто через згустки емоційної енергії, які йдуть від

людини до людини і сприймаються ними. Такі уявні згустки енергії він називав "теле".

Морено вважав, що людина великою мірою наділена здатністю до спонтанних рухів, поривів, прагнень, тому стверджував, що головною властивістю людей є їхня "спонтанність", що асоціюється із "життєвим поривом" А.Берсона.

Таким чином, у "мікросоціологічній" школі панувала фетишизація психічного фактора. Загалом, як і визнавав сам Морено, багато принципів його теорії було запозичено з гештальтпсихології. Він писав із цього приводу: "Психоаналіз та гештальттеорія природно зливаються в соціометрії, оскільки остання є синтезом обох". Його теорія відрізнялася тільки тим, що поняття "гештальт" було замінено в нього поняттям "соціальний атом", яке, по суті, зберегло основний зміст гештальта, передусім, його цілісність та неподільність.

Морено вважав, що людське суспільство у своєму розвитку досягло такої стадії, коли йому загрожує "небезпечна хвороба", але від смертельного фіналу його може застерегти тільки "соціальна психологія". "Оскільки людське суспільство хворе, – писав він, – ми можемо очікувати, що поступово виникає та розповсюджується по всій земній кулі психіатричний стан. Соціальні вчені, психіатри та соціометрично орієнтовані фахівці посядуть перше місце. Мине ще одне століття, та ментором у Білому Домі, майбутнім президентом Сполучених Штатів, має стати психіатр. Чи не стане весь космос усе більше й більше схожим на великий божевільний дім з богом – головним лікарем?" (Морено, 1958).

ГАНС СЕЛЬЄ (1907–1982 рр.), відомий канадський учений у галузі патофізіології та ендокринології. Проте його наукові праці мають безпосереднє відношення й до філософії. З 1924 по 1929 р. він навчався на медичних факультетах університетах Праги, Парижу та Риму, був асистентом у відділенні експериментальної патології в Німецькому університеті Праги. 1931 р. він емігрував до США, де працював спочатку у Балтиморському університеті, а потім викладав гістологію та біохімію в університеті Макгілла. Після Другої світової війни він переїхав до Канади, де очолив у місті Монреалі Інститут експериментальної медицини й хірургії. Ним опубліковано більше 900 праць, що свідчить про його продуктивну наукову роботу. Особливо широкої популярності в багатьох країнах світу набула запропоновані ним концепція адаптаційного синдрому та теорія стрес-реакції.

Головна ідея концепції Сельє про "стрес", чи про "загальний адаптаційний синдром", полягає в розшифруванні загальних гормональних закономірностей реагування організму на впливи різних подразників. Великого

значення для життєдіяльності кожної людини він надавав нервовій системі: "І світова література, й експерименти, наведені в цій книжці, містять численні свідоцтва надзвичайно важливої ролі, яку відіграють психологічні та нервові фактори в реакції організму на стрес" (Селье, 1960).

Разом з тим, у його теорії загальної патології цій проблемі не приділено достатньої уваги.

Як особливу групу хвороб Сельє виділяв так звані "хвороби адаптації". До них він відносив гіпертонічну хворобу, виразку шлунку, усі серцево-судинні захворювання, онкологічні, шизофренію та багато інших.

1.10. Медико-психологічні погляди російських і вітчизняних лікарів-філософів XIX–XX століть

Для Росії середини XIX ст. характерним було панування революційної громадської думки та провідних філософських теорій.

ІВАН МИХАЙЛОВИЧ СЄЧЕНОВ (1829–1905), видатний лікар, вчений-матеріаліст, основоположник російської фізіологічної школи. Цікавився проблемами філософії. Його наукова діяльність розпочалася у 60-х роках XIX ст. під впливом тогочасних демократичних ідей. Уже в одній з перших праць "Дві заключні лекції про значення так званих рослинних актів у тваринному житті" (1961) він висловив сміливу на той час думку про єдність організмів та умов їхнього життя, зазначивши, що визначення "організму без зовнішнього середовища, яке підтримує його існування, не можливе, тому що до наукового визначення організму має входити і середовище, яке впливає на нього…Суперечки щодо того, що є важливішим – середовище чи саме тіло, не мають ніякого значення" (Сеченов, 1953).

Учення Сєченова про психічні акти було глибоко матеріалістичним. Аналізуючи психічні акти, він дійшов висновку про те, що всі свідомі рухи, що слідують із цих актів, рухи, які зазвичай звуться довільними, "у строгому значенні є відображеними" (Сеченов, 1953). Таким чином, Сєченов пояснив функції мозку як органу, що пов'язує людину з навколишнім середовищем.

Цінними є думки Сєченова, які він висловив у статті "Кому та як розробляти психологію?": "Людина є певна одиниця в потоці явищ, що становить нашу планету, та все її душевне життя, наскільки воно може бути предметом наукового дослідження, є явище земне. У думках ми можемо відділяти своє тіло та своє духовне життя від навколишнього середовища, подібно до того, як відділяємо думкою колір, форму чи величину від цілого предмета, але чи відповідає цьому відділенню справ-

жня відокремленість. Очевидно, що ні, тому що це означало б відірвати людину від умов його земного існування… Світ дійсно існує поза людиною та живе самобутнім життям, але пізнання його людиною крім як через органи чуття неможливо, тому що продукти діяльності органів суть джерела всього психічного життя" (Сеченов, 1947).

ПЕТРО ФРАНЦЕВИЧ ЛЕЗГАФТ (1837–1909 рр.) закінчив Медико-хірургічну академію в Петербурзі 1861 р. Спочатку захоплювався хімією, а потім повністю присвятив себе вивченню анатомії. 1865 р. побачила світ його докторська дисертація, присвячена вивченню м'язових волокон прямої кишки.

Перебуваючи закордоном, Лезгафт детально вивчав досвід фізичного виховання. Повернувшись додому, він став енергійно пропагувати фізичне виховання: готував тренерів, викладачів гімнастики. Головними його працями стали "Керівництво з фізичного виховання дітей шкільного віку", "Відношення анатомії до фізичного виховання" та декілька інших, які для багатьох поколінь, що займалися фізичним вихованням, стали настільними книгами.

Теорія фізичного виховання Лезгафта ґрунтувалася на ідеях Ж.Ламарка про те, що орган змінюється під впливом вправ, у результаті активної діяльності. Форма ж органу, на думку Лезгафта, визначалась та залежала від його функції. За його теорією фізичного виховання, людина мала набути здатність контролювати свої дії, вміти володіти власним тілом.

Організувавши на пожертвування відомого багатія біологічну лабораторію, він намагався експериментально дослідити деякі явища, пов'язані із фізичним розвитком людини, але постійне переслідування за вільнодумство й виселення з Петербурга не дозволили реалізувати ці плани. Намагання Лезгафта організувати курси чи вищу школу з проблем фізичного виховання теж закінчилися невдачею. Не знайшовши підтримки в Росії, він поїхав до Італії, потім до Єгипту і 1909 р. закінчив життя у м.Гелуані.

На думку Лезгафта, характер людини не є природженою властивістю. Спадковість виявляється тільки в темпераменті, тобто в силі та швидкості психофізіологічних реакцій, чому у процесі фізичного виховання не надавалося великого значення. Моральні якості людини та рівень її фізичного розвитку визначаються перш за все впливом середовища та її власною волею. Він наводив конкретні приклади природного чи безпосереднього зв'язку між особистістю, що розвивається, та середовищем. Лезгафт дав класифікацію характерів дітей, хоч і зазначав, що вона не є науковою, а має тільки практичне значення у процесі виховання.

ФЕДІР ФЕДОРОВИЧ ЕРІСМАН (1842–1915 рр.), один з основоположників наукової соціальної гігієни та суспільної медицини. Швейцарець за походженням, з 1869 р. жив у Росії, був доктором медицини. У своїх працях велику увагу приділяв санітарно-гігієнічним проблемам, пов'язаним із соціальними умовами. Він обстежив значний контингент школярів Петербурга, мешканців підвалів та нічліжок, умови життя та праці робітників Московської губернії. За шість років разом з двома відомими лікарями Пожеговим і Дементьєвим він обстежив 114 тисяч робітників.

ІЛЛЯ ІЛЛІЧ МЕЧНИКОВ (1845–1916 р.) закінчив природниче відділення фізико-математичного факультету Харківського університету, присвятив свою наукову діяльність зоології та порівняльній анатомії. Вивчаючи ембріологію, твердо став на еволюційній позиції. Ним було розроблено теорію розвитку багатоклітинних організмів, а також теорію фагоцитозу. Багато часу він приділяв проблемі імунітету, вивчаючи при цьому збудників особливо небезпечних інфекцій – чуми, холери, правця (стовбняка).

Через переслідування царського уряду Мечников був вимушений емігрувати до Парижу, де і працював до кінця свого життя в Інституті Л.Пастера. Його лабораторія стала на той час центром світової медичної науки. Тут він поглибив еволюційне вчення на основі ембріології.

ІВАН РОМАНОВИЧ ТАРХАНОВ (ТАРХНІШВІЛІ) (1846–1908 рр.) був одним з послідовників І.Сєченова. У 1869 р. він закінчив Медико-хірургічну академію і присвятив свою діяльність вивченню фізіології та психології. Через вісім років він став професором цієї академії та пропрацював на цій посаді 18 років. Потім він читав лекції в Петербурзькому університеті.

Досліджуючи функції центральної нервової системи, проблеми психічних процесів, він в основному стояв на матеріалістичних позиціях. У цілому наукові праці Тарханова відіграли важливу роль у розвитку матеріалістичного розуміння свідомості.

Основним напрямком його наукових праць була електрофізіологія. Його цікавили також явища сну та гіпнозу. Він був одним з тих фізіологів, які надавали великого значення зовнішнім факторам, що впливають на організм людини, від яких залежать не тільки їхнє здоров'я, але й різні фізіологічні реакції. За умов наукового співробітництва з Т.Фере йому вдалося відкрити психогальванічний рефлекс. Деякі роботи Тарханова присвячено вивченню подразливості. Його цікавили питання біологічної дії рентгенівських промінів, які на той час вже було відкрито. Ним було детально описано шкірно-гальванічну реакцію, яка й досі називається його іменем.

У своїх наукових дослідах він ураховував вік людей, розуміючи, що в різному віці фізіологічні реакції на одні й ті самі подразники не можуть бути однаковими. Його праці з вікової фізіології мали велике наукове та практичне значення.

ІВАН ПЕТРОВИЧ ПАВЛОВ (1849–1936 рр.), видатний вчений-фізіолог**.** 1875 р. закінчив Петербурзький університет, а 1879 – Медико-хірургічну академію. Почавши з досліджень фізіології серцево-судинної системи, він поступово заглибився у вивчення центральної нервової системи. Його основна наукова діяльність припадає на кінець XIX та два перші десятиліття XX ст.

Значний внесок Павлова в експериментальну науку полягає в тому, що свої наукові досліди він проводив у "чистому вигляді", вивчаючи фізіологію того чи іншого органу в умовах нормального функціонування організму. Ним було розроблено методики – знамениті фістули, які не калічили організму тварин і надавали можливість вилучати слину та шлунковий сік у натуральному вигляді під час акту харчування: "...Оцінити значення кожного органу з його істинного та життєвого боку, вказати його місце та відповідну міру" (Павлов, 1951). Ці досліди водночас дозволили йому зрозуміти сутність так званого душевного життя, в основі якого лежить феномен психічної секреції. І все це було пов'язано з новим словом у науці про умовні рефлекси. Їх формування Павлов пов'язував з впливом на організм зовнішнього середовища: "Після настирливого обдумування предмета, після нелегкої розумової боротьби я вирішив, нарешті, і перед так званим психічним збудженням залишитися в ролі чистого фізіолога, тобто об'єктивного зовнішнього спостерігача та експериментатора, що мав справу виключно із зовнішніми явищами та їх відношеннями" (Павлов, 1951).

Павлов дав теоретичне обґрунтування рефлексів: "Теорія рефлексу, тепер, як і з самого початку її появи, безмежно збільшує кількість явищ в організмі, пов'язаних з визначаючими їх умовами, тобто таких, які все більше детермінують цілісну діяльність організму". Він закликав до того, щоб у всіх фізіологічних явищах обов'язково відшукувати причину будь-якого патологічного процесу: "Наше об'єктивне пояснення є істинно науковим, тобто завжди звернене до причини, завжди шукає причину" (Павлов, 1951).

Учення Павлова підтвердило зв'язок відчуттів людини й матеріального світу. Свідомість, мислення є продуктами діяльності живої матерії, яка у своєму еволюційному розвитку досягла найвищого рівня досконалості. Павлова можна вважати засновником матеріалістичної психології.

СЕРГІЙ АНДРІЙОВИЧ ПОДОЛИНСЬКИЙ (1850–1891 рр.), син відомого українського поета А.Подолинського, прожив коротке,

але яскраве життя. Закінчивши фізико-математичний факультет, 1871 р. поїхав до Швейцарії, де вирішив здобути медичну освіту. 1879 р. він успішно захистив дисертацію, присвячену вивченню ролі білків у процесі травлення.

1879 р. у Женеві побачила світ його брошура "Життя та здоров'я людей на Україні", в якій знайшли своє відображення всі соціальні чинники, що впливають на здоров'я населення: тяжкі умови праці, незадовільне харчування, погані життєві умови на роботі та вдома тощо. Особливу увагу він приділяв тяжкій долі жінок, серед яких рівень захворюваності був найзначнішим і які передчасно старіли. "Не шукайте на Україні здорових жінок 30–35 років, – писав він. – Можливо те, що на десять не знайдеш одну". Вихід з такого становища Подолинський вбачав тільки в соціальній перебудові суспільства, "коли вже не буде у світі робітників та хазяїв, а всі господарства відійдуть у суспільну власність" (Подолинський, 1880).

ЄВСТАФІЙ МИХАЙЛОВИЧ ДЕМЕНТЬЄВ (1850–1918 рр.), відомий громадський діяч дореволюційної Росії, доктор медицини, висококваліфікований спеціаліст у галузі санітарної статистики та гігієни. 1876 р. закінчив медичний факультет Київського університету св. Володимира.

Після закінчення університету, працюючи в Петербурзі, брав участь у санітарному обстеженні деяких підприємств, узагальнюючи досвід для подальших більш глибоких досліджень соціально-гігієнічного характеру. З 1882 р. він обіймав посаду санітарного лікаря Московського губернського земства, де пропрацював 12 років. За це час він здійснив санітарне обстеження стану фабрик і заводів Московської губернії. Ці дослідження проводилися, як зазначалося вище, під керівництвом відомого вченого Ерісмана та спільно із санітарним лікарем Погожевим, а в чотирьох промислових повітах (Броницькому, Коломенському, Подільському та Серпухівському) – самостійно. По суті це було глибоке наукове комплексне соціально-гігієнічне вивчення умов праці та побуту працівників промислових підприємств. Розроблена ним програма передбачала обстеження багатьох факторів життя та праці робітників на тлі їхнього економічного становища. Результати дослідження свідчили про тяжкі умови праці, нещадну експлуатацію робітників з боку підприємців, що спричинювало повне виснаження та руйнування їхнього здоров'я, а також членів їхніх сімей.

Результати Дементьєв узагальнив в офіційних звітах, а також використав при написанні книги "Фабрика, що вона дає населенню і що вона в нього відбирає" (1893). Ця праця мала політичне забарвлення, оскільки була спрямована проти жорстокої експлуатації робочих, і тому широко

залучалася соціал-демократичними організаціями у пропагандистській та агітаційній роботі.

ВАСИЛЬ ЯКОВИЧ ДАНИЛЕВСЬКИЙ (1852–1939 рр.), професор Харківського університету, зробив багато для поширення науково-матеріалістичного світогляду, вів боротьбу проти ідеалізму.

Своїми експериментами над тваринами він підтвердив закон збереження енергії та тим самим довів можливість його застосування до фізіологічних процесів. У серії дослідів з енергетики м'язового скорочення йому вдалося встановити залежність теплоутворення в м'язі від сили його скорочення. Він послідовно виступав проти віталістів та стверджував, що прогрес науки очищує її від ідеалістичних нашарувань: "Відмовляючись від вчення віталістів, від різних "життєвих духів", від походження м'язової (і нервової) сили з абстрактних начал, …ми твердо стаємо на основу точних наукових методів та положень, у твердій упевненості, що явища органічного життя цілком підпорядковуються загальним космічним законам" (Данилевский, 1880).

Як і І.Сєченов, він стверджував матеріалістичне розуміння фізіологічних процесів. Про це свідчить одна з його ранніх праць "Дослідження над впливом головного мозку на дихання та кровообіг" (1875).

Данилевський заперечував ідеалістичні погляди на психічну діяльність людини та погоджувався з висновками Сєченова, що вони становлять сутність фізіологічних процесів у вищих відділах нервової системи. Механізмом їх прояву є рефлекси. Рух у духовному житті ним пояснювався, як і будь-який інший, законом причинності (Данилевский, 1897). На його думку, психічна реакція чи психічний рух самі по собі, без будь-якої причини, виникнути не можуть, і тому при вивченні психічних явищ слід "...відмовлятися від суб'єктивного критерію та спиратися на об'єктивне спостереження".

При вивченні всіх функцій людського організму як цілісної структури вчений звертав увагу на те, що головна роль належить нервовій системі. Він писав: "Не тільки в онтогенезі, але й у філогенезі ми повинні визнавати за центральною нервовою системою надзвичайно важливе значення одного з факторів прогресивного розвитку" (Данилевский, 1895).

Данилевський не тільки відстоював матеріалістичні положення І.Сєченова, але й продовжував розвивати його вчення, доводячи, що свідомість не можна відділити від матерії, передусім від людського мозку, а джерелом психічної діяльності людини та тварини є об'єктивно існуючий матеріальний світ. Проте він припускався й помилкових тлумачень деяких явищ. Так, під впливом Г.Гельмгольца він вважав, що відчуття "...є умовне позначення, символ певного нервового процесу", що не відпові-

дало його загалом матеріалістичному уявленню про природу та її вплив на свідомість людини (История философии, 1961).

СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ КОРСАКОВ (1854–1900 рр.), незважаючи на досить коротке життя, зробив помітний внесок як у психіатрію, так і у філософію. Він був не тільки відомим психіатром, але й громадським діячем, що спонукало його на серйозні соціальні узагальнення. Пройшовши шлях від пересічного лікаря-психіатра зразу ж після закінчення медичного факультету (1875 р.) до професора та директора психіатричної клініки, Корсаков зробив багато для розвитку психіатрії. Його наукові праці мають гуманістичне спрямування. З матеріалістичних позицій він намагався пояснити всі явища у психіатрії вченням І.Сєченова (праці якого оцінював дуже висок) про рефлекси головного мозку,

1891 р. організував Московське товариство невропатологів і психіатрів, а також був одним із засновників "Журналу невропатології та психіатрії", який став видаватися з 1901 р. і дотепер носити його ім'я.

Корсаков визнавав матеріальність світу та всі явища у природі пов'язував з впливом різних модифікацій, як він їх називав, світової сили, чи енергії. Його трактування інколи мають ідеалістичні відтінки. За його визначенням, свідомість – це особливе відчуття, для якого характерна постійна зміна психічних станів. Він слушно вказував, що свідомість є не ізольованим від зовнішнього світу процесом, а взаємопов'язаним та взаємообумовленим. Ця детермінація визначалася функціонуванням периферичної нервової системи, що отримувала сигнали від зовнішнього світу. За Корсаковим, невід'ємними атрибутами процесу свідомості є також довільна увага, чи воля, та "...вища спрямовуюча функція розуму" (Корсаков, 1954). На його думку, вища спрямовуюча функція розуму є основою єдності логічної структури мислення, а також проявів психічної діяльності людей усіх історичних епох і країн.

Будучи психіатром і водночас філософом, він розцінював психічні акти як "дуже складні рефлекси". Їх пояснення він знаходив у функціонуванні нервової системи, відводячи при цьому головну роль великим півкулям головного мозку. Вивчаючи психози, Корсаков шукав їхні причини у фізіологічних процесах і вважав, що їхня сутність полягає у специфічності цих процесів. Він описав і дав визначення деяким психічним захворюванням, які до нього не розпізнавались. Ці захворювання, наприклад синдром Корсакова, і сьогодні пов'язуються з його іменем.

ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ БЕХТЕРЕВ (1857–1927 рр.) після закінчення Медико-хірургічної академії 1878 р. залишився працювати на кафедрі нервових і психічних захворювань. Маючи неабиякі здібності, він швидко став один з найвідоміших вчених Росії другої половини XIX ст. У 28 років він став професором медичного факультету Казанського універ-

ситету. Пізніше працював у Петербурзі у Військово-медичній академії, Жіночому медичному інституті, а з 1908 по 1918 р. очолював створений за його ініціативою Інститут психоневрології.

Бехтерев був талановитим дослідником у багатьох галузях і залишив великий науковий спадок у галузі невропатології, психіатрії, психології, морфології та фізіології нервової системи.

Його доробок становить інтерес і для філософії. Ще 1893 р. він узагальнив свої морфологічні дослідження у фундаментальній праці "Провідні шляхи спинного та головного мозку", яка в подальшому неодноразово перевидавалась. Він наводить результати вивчення будови всіх відділів центральної нервової системи, описує архітектоніку спинного, довгастого, проміжного мозку та великих півкуль головного мозку. І це не тільки підсумок напрацювань його попередників – його наукові праці відрізнялися новизною щодо провідних шляхів і будови нервових центрів.

Бехтерев, вивчаючи центральну нервову систему, встановив, що кожна із систем організму має свої центри в корі головного мозку. Крім того, якщо якийсь із центрів мозку зазнає подразнення, то водночас в антагоністичному центрі починається гальмування, тобто між антагоністичними центрами існує тісна взаємозалежність.

Результати дослідження Бехтеревим центральної нервової системи, викладені у книзі "Основи вчення про функції мозку", дозволили по-новому поглянути на багато важливих нервових процесів.

Бехтерев запропонував ефективні методи лікування психічно хворих, матеріалістично обґрунтовуючи, що психічні розлади прямо залежать від порушень в організмі. Його висновки в галузі психології ґрунтуються на дослідженнях рухових зон кори. Своїми експериментами він підтвердив матеріальну основу психологічних реакцій, спростовуючи панівні на той час теорії, які спиралися на суб'єктивну психологію, замість якої він висував об'єктивну психологію, котру він називав "наукою про поведінку". Це був суттєвий крок уперед у боротьбі з ідеалізмом у психології, оскільки його висновки ґрунтувалися на даних експериментів.

Досить цікавим є те, що він виступив проти психології як такої, пропонуючи замінити її новим науковим напрямком – рефлексологією. Головну роль у рефлексології він відводив ученню про сполучні рефлекси, які набуваються твариною чи людиною у процесі їхнього індивідуального життя (І.Павлова називав їх умовними рефлексами). На думку Бехтерева, вони мають поєднуватися чи збігатися з вродженими реакціями організму. Крім того, індивідуальні реакції окремих особистостей вчений переносив на цілі колективи. Свої погляди щодо цього він виклав у праці "Колективна рефлексологія" (1921).

ГРИГОРІЙ ІВАНОВИЧ РОЗСОЛІМО (1860–1928 рр.), відомий невропатолог. 1884 р. закінчив медичний факультет Московського університету, залишився працювати у клініці, що належала університету.

Розсолімо багато займався проблемами невропатології, першим застосував хірургічні методи лікування при деяких захворюваннях нервової системи, винайшов кілька приладів для дослідження хворих даного профілю. Багато часу приділяв вивченню дитячої психології та дефектології. Основним методом його досліджень психологічних проблем був принцип механіцизму. Побудова "психологічного профілю" як частина досліджень свідчить про те, що метод об'єктивного психологічного дослідження особистості був хибним, що фактично не відображав об'єктивної істини.

ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ ВЕРНАДСЬКИЙ (1863–1945 рр.), вчений, мислитель, засновник вчення про ноосферу, перший президент Академії наук України.

В основі вчення Вернадського лежить поняття "живої речовини", до якої входять усі живі організми, що мешкають на планеті. Незважаючи на малий обсяг – 0,25% маси всієї біосфери – завдяки геохімічній активності та здатності до розмноження, жива речовина, використовуючи і перетворюючи світлову енергію, виділяє величезну вільну енергію, через що функції її виявляються у планетарному масштабі. До складу живої речовини Вернадський включив також і людину, розглядаючи природу і людське суспільство як одне ціле. Учений обґрунтував положення про те, що обрис сучасної Землі сформовано людиною, і показав, що її діяльність спричинює кругообіг основних хімічних елементів у масштабах, які порівнюються з природними циклами руху цих елементів. За визначенням Вернадського, людина стала наймогутнішою геологічною силою на планеті, людська діяльність почала перевищувати масштаби найпотужніших стихійних явищ.

ЗІНОВІЙ ПЕТРОВИЧ СОЛОВЙОВ (1876–1928 рр.) був не тільки лікарем, одним з перших організаторів вітчизняної служби охорони здоров'я, але й теоретиком з питань соціальної гігієни та соціологічних проблем, що мають важливе значення для практичної життєдіяльності населення. Він пройшов увесь шлях від лікаря загону Червоного Хреста під час російсько-японської війни до заступника Наркому охорони здоров'я Російської федерації.

За 24 роки лікарської діяльності Соловйов зробив багатий внесок у наукову теорію охорони здоров'я, а саме, в дореволюційний період ним було написано праці про залежність стану здоров'я населення, перш за все робітників і селян, та його збереження від економіки, соціальної політики й особливостей державного устрою в різних країнах світу.

Розглядаючи стан охорони здоров'я трудящих Росії, він підкреслював убогість народу, що зазнавав нещадної експлуатації. Такі праці мали соціологічне спрямування, служили матеріалом для революційної пропаганди серед трудящих.

Одним із шляхів поліпшення здоров'я населення Соловйов вважав контроль за станом довкілля, постійні заходи для його поліпшення. Саме цьому було присвячено його роботи "П'ятдесятиліття земської медицини", "Як не треба боротися з холерою", "Шляхи та роздоріжжя сучасної медицини".

ІПОЛИТ ВАСИЛЬОВИЧ ДАВИДОВСЬКИЙ (1887–1968 рр.), відомий вітчизняний патологоанатом, академік. Багато років був віцепрезидентом Академії медичних наук. Перш ніж розпочати наукову діяльність, працював лікарем у різних губерніях дореволюційної Росії. З 1912 р. Давидовський викладав паталогічну анатомію в Московському університеті. З 1930 р. і до кінця свого життя він завідував кафедрою паталогічної анатомії у II Московському медичному інституті ім. Н.І.Пирогова.

Значну увагу вчений приділяв світоглядним проблемам. Про це свідчить його монографія "Проблема причинності в медицині (етіологія)" та робота "Філософські основи патології". Дослідження здорової чи хворої людини має проводитися з урахуванням впливу середовища. При цьому він розглядав організм як ціле, де відбуваються процеси саморегуляції, саморозвитку залежно від біологічної доцільності.

У своїй книзі він зробив спробу "означити шляхи виходу етіологічних уявлень на широку дорогу детермінізму та каузальності в їхньому діалектичному розумінні" (Давыдовский, 1962). Він вказував на "необхідність розгляду питань етіології з позиції діалектичного методу".

Розглядаючи організм людини та патологічні процеси, що відбуваються в ньому, з біологічних позицій, Давидовський сконцентровував увагу на процесі пристосування організму, що, на його думку, є "найуніверсальнішим та найважливішим законом життя". Будучи відданим власній концепції, він намагався "збудити в дослідників інтерес до біологічного аспекту нозологічних форм" та рекомендував їм "вивчати біологічну сутність патологічних явищ, закони їхнього становлення, тобто справжні причинно-наслідкові відношення речей".

Давидовський розглядав усі хвороби як результат адаптації до навколишнього середовища. Він писав: "Фактично хвороби людини (та тварини) – це хвороби адаптації, вони пов'язані з всезагальним законом пристосування, та якщо ми хочемо уникнути прикрих розчарувань у медичній практиці, то всю нашу увагу слід приділити цьому закону у всіх окремих випадках".

Таким чином, хворобу та всі зміни, що відбуваються в організмі, він пояснює пристосувальними реакціями: "Реальне значення пристосувальної мінливості, добору та виживання найбільш пристосованих має на увазі реальне існування хворобливих форм пристосування, а також пристосування через хворобу" (Давыдовский, 1962).

ПЕТРО КУЗЬМИЧ АНОХІН (1898–1974 рр.), відомий вітчизняний вчений, академік, послідовник В.Бехтерева та І.Павлова, праці якого високо цінуються прогресивними вченими багатьох країн.

Основну наукову діяльність присвятив подальшому вивченню будови та функцій мозку. Ще за життя Павлова розробив теорію функціональних систем організму із замкненим циклом, відповідно до якої інформація надходить не тільки від центру, але й існує зворотний зв'язок, за яким інформація про дії, що відбуваються у всіх відділах функціональної системи, йде до центру. Спираючись на цю теорію, Анохін досліджував багато різних фізіологічних процесів, перш за все саморегуляції організму, компенсації порушених функцій, а також механізми пристосування та опору в екстремальних умовах. 1971 р. побачила світ його монографія "Принципові питання загальної теорії функціональних систем".

Академіка Анохіна цікавили й загальнобіологічні проблеми. Він намагався осягнути джерела життя на Землі та вслід за академіком В.Вернадським та російським вченим О.Чижевським висловив думку, що воно зародилося під впливом космосу, з якого Земля отримувала цілюще тепло, невичерпну життєву енергію. "Перед біологами та фізіологами постає нова й цікава проблема, яку можна було б охарактеризувати як проблему "вписуваності" живого у фундаментальні закони неорганічного світу. Можна виділити досить велику кількість процесів та явищ неорганічного світу, до яких живі організми прилаштувались у ході еволюції за принципом volens nolens" (Анохин, 1973).

Анохін стверджував, що здоров'я людини перш за все підтримується захисними механізмами організму. У постійному взаємозв'язку захисних механізмів та механізмів відхилення переважають перші. Але це є справедливим для здорового організму. У здоровому стані, на його думку, "...захист завжди сильніше факторів, що відхиляються. Це, по суті, і є основним правилом нормального стану організму, коли механізми відхилення переважають механізми захисту" (Анохин, 1962).

ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ КЕБРИКОВ (1907–1965 рр.), відомий вітчизняний психіатр, академік. Приділяв увагу актуальним проблемам медицини, вивчав шизофренію, психопатію та інші психічні розлади. Його також цікавили проблеми зовнішнього та внутрішнього в етіології та патогенезі захворювань.

Великого значення він надавав теоретичним проблемам здоров'я та хвороби, виступав проти релятивістських понять про те, що здоров'я – це безперервна зміна кількісних станів: "Діалектичний матеріалізм визнає багатоманітність форм переходу від одного кількісного стану до іншого. Існують такі кількісні зрушення, за яких не втрачається можливість повернення до попереднього кількісного стану. Бувають кількісні зміни, що відбуваються раптово, не як "вибухи", а повільно шляхом поступового накопичення елементів нової якості" (Кебриков, 1965). Розглядаючи можливість зворотних процесів в організмі, він стверджував, що вони залежить від темпу кількісних перетворень, а також від їхньої специфіки, і у зв'язку із цим висловлював думку про те, що "...перехідний стан, характерний для поступового розвитку хвороби, для ступеневого чи стадійного становлення нової якості може мати більші потенції повної зворотності, може включати в себе можливості тільки часткової зворотності і може бути повністю позбавлений цих можливостей. Усе залежить від природи тих процесів, які розгортаються шляхом кількісних зрушень." (Кебриков, 1965).

Учений чітко розумів, що фізіологічні процеси, що відбуваються в організмі людини, не є однозначними. Якщо для здорового організму найбільш характерні механізми захисту, то для хворого найбільш важливими є механізми ушкодження, й організм має витрачати більшу частку своєї функціональної діяльності на зворотність кількісних змін у ньому. Із цього приводу він писав, що розуміння здоров'я та хвороби як протилежних напрямків функціональних систем, як взаємодії ушкодження та захисту дозволяє повніше зрозуміти зворотність кількісного зрушення та можливість парціальних кількісних зрушень. Подолання механізмами захисту факторів, що відхиляються, забезпечує повернення до вихідного кількісного стану.

Виступаючи як лікар-психіатр, Кебриков зробив значний внесок у розв'язання теоретичних проблем медицини, що потребують філософського обґрунтування.

АНДРІЙ ДМИТРОВИЧ АДО (1909–1997 рр.), академік, заслужений діяч науки, лауреат державної премії, зробив значний внесок у розвиток філософських проблем медицини. Упродовж тривалої науково-педагогічної діяльності приділяв багато уваги методологічним питанням загального вчення про хвороби.

Він першим порушив, а в подальшому розробляв питання про кількісні особливості та прояви хвороби в людей. У роботі "Проблема якості патології" (1962) дано детальний опис хвороб на прикладі героїв творів видатних російських письменників Л.Толстого, І.Тургенєва, Ф.Достоєвського, О.Горького та ін.

Він спеціально вивчав питання взаємовідносин та взаємозв'язків якісних та кількісних змін у здоровому та хворому організмі. У кількох його працях розкрито глибинні проблеми зумовленості біологічного соціальним у житті здорової та хворої людини. Адо критикував біологізаторство, тобто теорію, відповідно до якої соціальна природа людини начебто повністю визначається його життєвою організацією, біологічними та фізіологічними особливостями.

Адо розглядав процеси пристосування та механізми розвитку хвороб, питання причинності в медицині, системного підходу в патології. Він справедливо критикував уявлення деяких зарубіжних патологів (Г.Сельє, Я.Офенберга та ін.), які розуміють сутність хвороби виключно як процес пристосування. Він довів, що кожна хвороба починається обов'язково з якогось ушкодження і саме воно є провідним процесом у патогенезі будь-якої хвороби. Реактивні процеси завжди є вторинними і далеко не завжди відбивають процеси пристосування.

ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ СИМОНОВ (нар. 1926 р.), видатний вчений, директор Інституту вищої нервової діяльності та нейрофізіології. Його наукові праці присвячено проблемі свідомості людини.

В очолюваній ним лабораторії проводилися експериментальні дослідження нейрофізіологічних механізмів мотивації та емоцій, а також їхньої ролі у вищій нервовій діяльності тварин і психофізіології емоцій людини. За тривалий час ним розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально підтверджено "потребнісно-інформаційну теорію емоцій" (Симонов, 1970). За його теорією, емоції людини та вищих тварин є не що інше, як відображення якоїсь актуальної потреби індивідуума та вірогідності її задоволення, що мимоволі оцінюється суб'єктом на основі вродженого та онтогенетичного досвіду. Встановлення залежності емоцій від потреб дозволило уточнити класифікацію всіх потреб людини (Симонов, 1973). При цьому як самостійну було виділено потребу подолання труднощів на шляху до досягнення мети, що звичайно зветься волею.

Особливий інтерес для Симонова становили емоційні стани у процесі творчої діяльності людини. У сфері неусвідомлюваного психічного він виділив дві суттєво різні групи явищ, що відносяться автором до категорій підсвідомості та "надсвідомості" (термін К.Станіславського) – творчої інтуїції (Симонов, 1962). Автор дійшов висновку, що через неповне усвідомлення людиною потреб виникає суб'єктивне уявлення про свободу вибору, соціальна цінність якого полягає в почутті особистої відповідальності, що спонукає суб'єкта зіставляти можливі наслідки своїх вчинків з існуючою в нього ієрархією потреб, із системою його ціннісних орієнтацій.

Праці Симонова мають не тільки науково-теоретичне значення, оскільки містять новий методологічний підхід до вивчення діяльності вищої нервової системи, але й практичне. Вони стали підґрунтям для розробки методів об'єктивного контролю за допомогою приладів емоційного напруження, яке виникає за необхідності оперативного прийняття рішень певними групами фахівців (космонавт, льотчик, авіадиспетчер, оператор пульта управління та ін.). Глибоке знання лікарями, психологами, соціальними працівниками процесів, що відбуваються в центральній нервовій системі таких працівників, дозволяє вживати заходів для запобігання та профілактики неврозів.

АЛЬФРЕД ФРІЦЕВИЧ ПОЛІС (нар. 1932 р.) 1956 р. закінчив лікувальний факультет Ризького медичного інституту. Після навчання в аспірантурі з філософії при Латвійському державному університеті ім. П. Стучки захистив дисертацію "Соціальне та біологічне здоров'я та хвороби", присвячену світоглядним проблемам соціальної гігієни та соціальні аспекти охорони здоров'я людини. Першою його публікацією була монографія "Соціальні проблеми медицини" (1968), написана у співавторстві з Г.Царегородцевим.

1984 р. захистив докторську дисертацію "Взаємодія соціального, психологічного та біологічного в гармонічному розвитку особистості".

У його роботах останніх років розглянуто такі важливі проблеми, як єдність соціального та біологічного в гармонійному розвитку особистості, співвідношення соціопсихічної та біопсихічної детермінації поведінки людини, норма поведінки людини.

Теоретичні дослідження вченого пов'язані із соціальними та філософськими проблемами медицини, з розробкою методологічних засад міждисциплінарного вивчення особистості, з комплексним розглядом норм свідомості та поведінки, вивченням соціальних проблем душевного здоров'я.

РОЗДІЛ ДРУГИЙ

ПРОБЛЕМА БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ У ПРАЦЯХ ВІТЧИЗНЯНИХ І ЗАРУБІЖНИХ ФАХІВЦІВ

2.1. Безпека життєдіяльності та основи підтримання здоров'я людини як соціально-педагогічна проблема

Більшість сучасних людей, на жаль, не вважають власне здоров'я найсуттєвішою життєвою цінністю. Важливо, щоб і дорослі, і діти оволоділи знаннями щодо способів зміцнення здоров'я, набули постійної звички активно діяти в напрямку збереження свого здоров'я і здоров'я оточуючих. Отже, необхідним є формування соціальної потреби саме у здоровому способі життя.

Історія вітчизняної та зарубіжної освіти свідчить, що проблема здоров'я підростаючого покоління набула актуальності з перших кроків становлення людського суспільства. Завдання збереження здоров'я на різних етапах розвитку людської цивілізації визначалися умовами життя. Так, у первіснообщинному суспільстві при вихованні молоді головним було підготовити її до життя, навчити переносити негоду, біль, бути хоробрим і витривалим. Це наочно демонструє обряд "посвячення", коли юнаки у змаганнях виявляли свої фізичні здібності.

На думку Г.Жураковського (1982), у рабовласницькій Давній Греції існували спартанська й афінська системи виховання: В умовах суворого майже військового життя земельної аристократії виховання у Спарті носило яскраво виражений військово-фізичний характер. Ідеалом був витривалий і мужній воїн. Яскраву картину спартанського виховання намалював Плутарх у біографії спартанського законодавця Лікурга. Виховання ж в Афінах передбачало інтелектуальний розвиток і розвиток культури тіла. Сократ і Арістотель у своїх працях вказують на необхідність формування фізичної культури тіла.

Ідеал людини періоду середньовічного християнства (Кун, 1982) можна порівняти з ідеалом тіла розп'ятого Христа, замученого стражданнями в ім'я "спасіння людського роду", тобто ідеалом став образ людини-аскета, яка втілювала в собі презирство до фізичної сили, особистого щастя і віру тільки у потойбічне царство Боже. Теологічне вчення християнської церкви про переважання сили духу над фізичною силою було визначальним у педагогічній теорії та практиці того часу. І через це в усіх навчальних закладах, які функціонували під опі-

кою церкви, було скасовано заняття фізичною культурою, спортом, гігієною, навіть дитячими іграми, які необхідні для здоров'я і нормального фізичного розвитку дитини.

Середньовічний учений-педагог Я.-А.Коменський (Коменский, 1982) рекомендував розпочинати піклування про здоров'я дитини ще до її народження, ще в утробі матері: "Жінки мають піклуватися про себе, щоб якось не зашкодити своїй дитині. Тому вони повинні бути стриманими і поміркованими, щоб об'їданням і сп'янінням або несвоєчасним постом, очищенням кровопусканням, простудами тощо не виснажувати себе і не підривати своїх сил або щоб не губити і не ослаблювати своєї дитини. Отже, жінкам треба уникати будь-яких надмірностей, поки вони вагітні… Найперше піклування батьків про свою дитину – це "оберігати здоров'я".

Філософи-педагоги епохи Відродження Т.Кампанелла, Ф.Рабле, Т.Мор, М.Монтень та інші аналогічно до античного ідеалу людини виявляли турботу про здоров'я дітей, розробляли методики фізичного виховання.

У педагогічній теорії XVII ст. керівним принципом виховання вважався принцип корисності. Педагоги того часу приділяли велику увагу турботі про зміцнення здоров'я дітей. Дж.Локк у своїй головній праці "Думки про виховання" пропонує ретельно розроблену систему фізичного виховання джентльмена, проголошуючи його основне правило: "Здоровий дух у здоровому тілі – ось короткий, але повний опис щасливого стану в цьому світі…" Локк детально описує прийоми загартування, обґрунтовує значення суворого режиму в житті дитини, дає поради щодо її одягу, їжі, режиму, занять спортом.

Уперше в історії російської педагогічної думки освітянин Єпіфаній Славінецький (XVII ст.) у творі "Громадянство звичаїв дитячих" спробував дати зведення правил, якими мають керуватися діти у своїй поведінці, а саме, як ставитися до власної зовнішності, одягу, як дотримуватися правил гігієни.

Французькі просвітники XVIII ст. Ж.-Ж.Руссо і К.А.Гельвецій в очікуванні нової ери, царства розуму на Землі розглядали у своїх працях питання виховання нової людини. Руссо у праці "Еміль, або про виховання" біологізує процес виховання. Він детально зупиняється на прийомах загартування свого героя, зміцнення його фізичних сил. Відмічаючи важливу роль природних факторів, вказує: "Внутрішній розвиток наших здібностей і наших органів є вихованням від природи" (Хрестоматия по истории…, 1981). Гельвецій у книзі "Про людину, її розумові здібності та виховання" вбачає завдання фізичного ви-

хування в тому, "…щоб зробити людину більш сильною, більш міцною, більш здоровою, отже, більш щасливою, що часто приносить користь своїй вітчизні…"

Руссо в "Роздумах про науки та мистецтва" стверджував, що держава, уряди і закони мають оберігати суспільну безпеку й безпеку та благополуччя всіх громадян. Кожна людина, на його думку, має й сама турбуватися про власне життя, адже основним законом людської природи є турбота про самозбереження, і цим законом має керуватися кожна людина, яка досягає "розумного" віку і сама стає "господарем" вибору тих засобів, які придатні для самозбереження.

У період французької буржуазної революції виникли проекти реорганізації народної освіти. Л.М.Лепелетьє пропонував виховувати нову людину в "будинках національного виховання" (інтернатах) за державний кошт. Ідеї фізичного розвитку дитини через працю, вправи, військові ігри, походи висували швейцарець І.Г.Песталоцці та німець А.Дістерверг.

У Росії над реформуванням виховання працювали прогресивні громадські діячі та педагоги: І.Бецкой, Н.Новиков, Ф.Янович. У роботі "Про виховання і повчання дітей" зазначається, що "…першою головною частиною виховання є піклування про тіло" (цит. за Егоров, 1974). О.Радищев поділяв погляди Дж.Локка щодо основних шляхів та факторів фізичного виховання, вважаючи, що воно має розпочинатися із самого раннього віку і здійснюватися за допомогою різноманітних фізичних вправ і загартування. Розвиток і зміцнення фізичних сил, на його думку, є дуже важливими і для зміцнення сил духовних.

Російський педагог-демократ В.Бєлінський завданнями фізичного виховання визначав охорону здоров'я дітей, розвиток їхніх фізичних сил шляхом встановлення правильного способу життя, організації гри, гімнастичних вправ, дотримання правил особистої та суспільної гігієни. Він вважав, що фізичне виховання має здійснюватися в тісному зв'язку з етичним вихованням. Інші відомі мислителі-педагоги Н.Чернишевський, Н.Добролюбов, К.Ушинський як складові успішного виховання розглядали здоровий організм, здорові органи чуття, нервову систему і мозок, що є носієм психічних функцій духовного розвитку дитини. Вони також пропонували використовувати різноманітні фактори фізичного розвитку, що відповідають віку та фізичним можливостям учнів, чергувати фізичні та розумові вправи, працю та відпочинок, забезпечувати дитину нормальним харчуванням та дотримуватися режиму сну (Смирнов, 1963).

На межі XIX й XX ст. у Росії зростає суспільне значення народної освіти. У цей час працює П.Лезгафт – великий вчений, автор ідеї фізичного виховання у школах та дитячих установах. У своїй праці "Керівництво до фізичного виховання дітей шкільного віку" Лезгафт пропонує оригінальну систему фізичного виховання на основі закону поступовості й послідовності розвитку та закону гармонії.

На початку нового XX ст. провідними вченими було науково обґрунтовано роль школи у створенні умов для формування здорового способу життя дитини і як результат – бадьорості її духу. В.Фамаковський у книзі "Шкільна дієтетика" підкреслює, що саме школа повинна мати приємний, естетичний вигляд, нагадувати "біблійний едем", щоб впливати на добру вдачу та смаки дітей. У цей час зростає інтерес до екзистенціальних проблем гармонії людини із собою і навколишнім світом (Костантинов, 1982).

У процесі розвитку вітчизняної педагогіки (Моносзон, 1987) основна увага приділялася трудовому вихованню підростаючого покоління в органічному зв'язку з розумовим, фізичним і естетичним вихованням. Здоров'я дитини розглядалося через її участь у системі фізичної праці. Було створено широку мережу дитячих установ нового типу, обладнано оздоровчі майданчики, проводилися заняття на відкритому повітрі – лісові, степові, приморські, санаторні школи. У школах існував стабільний розпорядок дня.

У 20-ті роки XX ст. зріс інтерес до вивчення адаптаційних механізмів людського організму у зв'язку зі змінами біосфери (В.Екорд, П. Саркізов-Серазіні, П.Мезерницький). Розроблялися та впроваджувалися у практику питання сімейного виховання та його впливу на формування потреби у здоровому способі життя.

У цей самий період з'явилися роботи (І.Назаров, Е.Андріанова та ін.), в яких розглядалася залежність формування здорового способу життя школярів від рівня розвитку їхньої свідомості, вольових факторів і вольової домінанти. І.Назаров у праці "Культура волі, система виховання здорової особистості" особливу роль у вихованні волі дитини відводить учителю, що, на думку автора, є умовою формування позитивних цільових установок особистості у сфері здорового образу життя, а також для вдосконалення адаптаційних можливостей організму.

У 1981–1983 рр. І.Березін і Ю.Дергачов створили "Школу наукових основ здоров'я", де випробували цілісну систему індивідуальної профілактики, спрямовану на мобілізацію внутрішніх резервів організму людини і боротьбу із чинниками ризику.

З'являються й абсолютно нові напрями в науці – діанетика (Р.Хабард), інформаційно-енергетична медицина (К.Макаров, Д.Дубровін, Д.Момот та ін.).

1982 р. І.Брехман запропонував термін "валеологія", який визначив напрям у науці, пов'язаний з вивченням проблем здоров'я, розробкою методів активного впливу на нього з метою його збереження та підтримання.

На стику наук про людину розвивається й новий напрям у педагогічній науці – "педагогічна валеологія" як наука про включення людини у процес формування власного здоров'я (Г.Зайцев, В.Колбанов, Л.Татарникова та ін.). Цікавою є концепція Л.Татарникової (1995) щодо нового шкільного предмета "валеологія", завданням якого є забезпечення не тільки фізичного та психічного здоров'я школярів, але й здобуття ними філософської, гуманістичної освіти, покликаної допомогти кожній людині осмислити її життя в загальній системі світобудови.

У книзі В.Дубровського (1999) розглянуто основні питання валеології: причини виникнення хвороб, патологічних симптомів та методи профілактики немедикаментозними засобами (харчування, різні види фізкультури і спорту, масаж, загартування, водні процедури, фізіо- та гідропроцедури тощо). Особливу увагу приділено факторам ризику, що призводять до тих чи інших патологічних відхилень у стані здоров'я. Основна ідея даного видання – здоров'я людини, її гарне самопочуття та висока працездатність – у її власних руках. Описано нетрадиційні методи профілактики багатьох хвороб, що розроблені та впроваджені у практику автором.

К.Сергєєвим (2000) у роботі "Валеологія – здоров'я, довголіття", на відміну від попередньої роботи, сформульовано основні тези з акцентом на вислів: "Життя та здоров'я – головні цінності людини", оскільки тільки за цих умов стає можливим усе інше. У людини є друга спадковість, що змінює першу – її власний досвід, поведінка, спосіб життя, психічна регуляція та рівень духовності. Найбільшою мірою життя та здоров'я обумовлені духом людині. Тому справедливою є формула "Здоровий дух – здорове тіло". Нова наука про здоров'я – валеологія – ґрунтується на природних механізмах здоров'я та довголіття, їх удосконаленні, вихованні, стимуляції.

Автор методичних рекомендацій Н.Куінжи (2001) спирається на статистичні дані про те, що здорові школярі становлять не більше 10% від загальної кількості школярі в Російській Федерації, й у зв'язку із цим зазначає актуальність уведення посади педагога-валеолога та організації відповідних умов для навчання у всіх загальноосвітніх школах.

Він наводить інструкції та тести, що дозволяють визначити готовність дітей до школи, методи оцінки навчальної діяльності, рекомендації щодо планування рухової активності, профілактики "шкільних" хвороб і шкідливих звичок та багато інших цінних матеріалів.

У навчальному посібнику "Валеологія" Б.Чумакова (1999) розглянуто численні теоретичні та практичні нетрадиційні фактори, що впливають на стан здоров'я людини, детально проаналізовано дані із соціальних аспектів медицини, а також фізіології рухової активності, харчування, психогігієни. Висвітлено питання інтимних стосунків, культури спілкування в побуті, навчанні та праці.

Автор наголошує на тому, що азбука здоров'я й довголіття має засвоюватися за допомогою інтелекту та науково обґрунтованої інформації. Тому посібник у першу чергу розраховано на викладачів та студентів педагогічних та гуманітарних вищих навчальних закладів, учнів педагогічних коледжів, медичних училищ, а також на широкий загал фахівців, що займаються вихованням, профілактикою, лікуванням і психофізіологічною реабілітацією підростаючого покоління.

В.Манжосов (2001) наводить дані про діагностичні експрес-тести для населення з метою визначення стану здоров'я в домашніх умовах. Автор пропонує для ознайомлення загальні відомості про принцип роботи експрес-тестів, про первинну симптоматику деяких захворювань, на виявлення яких орієнтовані тести, а також рекомендації щодо подальших дій у разі, якщо тести підтверджують зміни у стані організму.

У колективній монографії "Валеологія: Діагностика, засоби і практика забезпечення здоровья" (1993) та збірнику наукових праць з такою самою назвою (2000) було узагальнено результати практичного перетворення теорії валеології у напрямку діагностики, застосування практичних засобів щодо забезпечення здоров'я і запропоновано комплекс заходів, спрямованих на підвищення ефективності профілактики захворювань у дітей і дорослих.

А.Мягченко, О.Гречишина (1999) у монографії "Екологія та валеологія" розглядають актуальні питання залежності стану здоров'я людини від багатьох факторів, у тому числі від позитивного впливу здорового способу життя та від взаємодії людини з довкіллям (біологічним і соціальним). Розкриваючи різні аспекти здорового способу життя, автори звертають увагу на фізіологічні механізми гіподинамії, режим дня, стресові та дистресові стани, на боротьбу із шкідливими звичками, використання засобів традиційної та нетрадиційної медицини.

У книзі зроблено критичний аналіз літератури з проблеми екології та здоров'я людини, а також наведено результати досліджень впливу забруд-

нення довкілля в умовах м.Бердянська Запорізької області на стан здоров'я учнівської та студентської молоді. Велику увагу приділено питанням співробітництва медиків і працівників освіти у сфері зміцненні здоров'я молоді та питанням лікувальної профілактики.

Тому одним з аспектів сучасної освіти є валеогізація навчально-виховного процесу. У зв'язку із цим розробляються концептуальні засади та моделі шкіл здоров'я, напрямки діяльності валеологічних служб і центрів, аналізується потенціал змісту навчальних предметів щодо формування культури здоров'я підростаючого покоління.

На перший план виступає завдання виховання в дітей і підлітків потреби у здоров'ї як життєво важливій цінності, свідомого прагнення до здорового способу життя, до "самоствердження" та створення навколо себе здорового середовища мешкання – формування валеологічної культури особистості як частини загальної.

2.2. Наукове обґрунтування необхідності дослідження проблеми безпеки життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я

У минулому основний негативний вплив науково-технічного прогресу на психічне й фізичне здоров'я людини вбачали в подрібненні, розчленуванні трудових операцій на найпростіші дії, що, з одного боку сприяло механізації виробництва, а з іншого – призводило до одноманітності, монотонності праці, з якої вилучався соціокультурний елемент. Така деструктивна дія технологічного відчуження, як зазначають І. Гавриленко, Л.Лобас (1997), зумовлює формування однобоко розвиненої людини – "професійного ідіота", багатогранність задатків і здібностей якого зведено лише до фахового виміру. У наш час таке відчуження людини від цілісного технологічного процесу призводить до катастроф, що супроводжуються велетенськими руйнаціями і масовими людським жертвами, що, у свою чергу, потребує формування "…в населення, особливо в підростаючого покоління, навичок поведінки в екстремальних ситуаціях, передусім пов'язаних з технологічними катастрофами, з урахуванням відомої аварії на Чорнобильській станції".

Представник прогресивного напрямку в педагогіці кінця XIX – початку XX ст. М. Басов (1931) обґрунтував положення про те, що негативне соціальне середовище, зубожіння життя спричинюють зростання злочинності та погіршення фізичного й духовного життя людини. Такої самої думки дотримується сучасний дослідник В.Ірхін (1996), який вважає, що спосіб життя людини, який у першу чергу зумовлений соціально-економічними

чинниками, більш як на 50–55% порівняно з іншими факторами впливає на фізичне та духовне життя людини, особливо дитини. Цікавими є також результати порівняльного аналізу одного з негативних явищ, яке є характерним для XX ст. – зростання дитячої злочинності. Басов, використовуючи дослідження В.Бєльського, В.Куфаєва, П.Люблінського та інших, наводить такі дані: в 1911 р. 80% тих, хто вчинив злочин і був направлений у виправні дитячі установи, були дітьми робітників, які через скорочення робочих місць або закриття підприємств поповнювали лави безробітних, у той час як у 1907 р. таких було 45 %, тобто менше майже у два рази. Зростання правопорушень серед дітей автор безпосередньо пов'язує з погіршенням матеріального становища, з матеріальною незабезпеченістю. Крім матеріального, другим, на думку вченого, фактором були соціальні катаклізми (революційні події, війни тощо), що підтверджують дані за 1913–1916 рр., коли кількість злочинців дитячого віку, засуджених до тюремного ув'язнення, в Москві зросла з 1514 до 3694 осіб; у Петербурзі – з 164 до 3217; в Києві – з 1132 до 1703 осіб.

Сучасними дослідниками (Брюховецька, 1996) отримано подібні результати. Так, спеціальні експерти стверджують, що лише 10% бездомних дітей є сиротами, решта – ті, хто має батьків, але тікає з дому через постійні побої, знущання, або ті, кого батьки-маргінали продали професіональним жебракам. Такої самої думки дотримується Н.Юзікова (1998): "…Зростає кількість випадків батьківської жорстокості, заподіяння дітям тілесних ушкоджень, зґвалтувань, вбивств, загибелі дітей через недбалість батьків. Понад 65% постраждалих – діти до 14 років". За офіційними даними (Профілактика правопорушень…, 1997), в Україні за 1996 р. у вчиненні злочинів брали участь 12,4 тис. учнів шкіл та ПТУ, що становить 0,2% усієї кількості учнів; на 4,9% порівняно з попередніми роками збільшилася кількість вихованців профтехосвітніх закладів, що вчинили злочини; зросла кількість тяжких злочинів: у цьому ж 1996 р. 96 неповнолітніх було притягнуто до відповідальності за вбивства. Крім того, спостерігається "омолоджування" злочинності – майже 60% серед злочинців – це діти віком від 11 до 14 років. Такі приклади знаходимо також і в дослідженнях М.Стурової, В.Четвертак та багатьох інших. Так, Н.Осипчук (1998) стверджує, що в Україні кожен п'ятий злочин вчиняють особи у віці до 14 років. Проведені загальнодержавні заходи "Профілактичні операції", "Канікули", "Вокзал", "Діти вулиці" лише за півроку виявили 2,8 тис. неповнолітніх бродяжок і майже 800 жебраків.

Таким чином, наведені дані забезпечують логічний перехід до обговорення актуальних проблем стану безпеки життєдіяльності та підт-

римання психосоматичного здоров'я учнівської та студентської молоді в Росії й Україні.

Сучасна школа перебуває в пошуках нових методів навчання, нових моделей освітніх закладів. Ускладнення програми навчання та інтенсифікація навчального процесу, унаслідок чого зменшується рухова активність та скорочуються періоди відпочинку призводять, як правило, до небажаних змін у стані здоров'я учнів, які з віком можуть прогресувати. Школи в основному не є орієнтованими на активне збереження здоров'я дітей. Наявність у школі великої кількості учнів з різними відхиленнями у стані здоров'я висувають на перше місце проблему формування мотивації до діяльності, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я школярів різних вікових груп.

Доречно згадати результати оцінки реальної ситуації в одній із шкіл Москви, отримані співробітниками Державного науково-дослідного центру профілактичної медицини Мінздраву Росії Т.Банчуковою та Л.Тупіциною (2001), за такими показниками:

- визначити ставлення школярів середніх і старших класів до власного здоров'я;
- дослідити мотивацію учнів до збереження здоров'я;
- встановити, що роблять учні для зміцнення власного здоров'я;
- з'ясувати побажання учнів щодо того, хто та як має формувати медичну культуру у школі.

Дослідження за оригінальними опитувальниками проводилося серед школярів 5–6- і 9–11-х класів. У 5–6-х класах було опитано 25 хлопчиків і 40 дівчаток, у 9-11-х – 56 хлопчиків і 86 дівчаток, тобто серед опитаних було 38% хлопчиків і 62% дівчат.

На запитання "*Як ви оцінюєте стан власного здоров'я*?" відповіді розподілилися таким чином. У старших класах у п'ять разів менше хлопчиків і у три рази менше дівчаток порівняно із середніми класами оцінюють стан власного здоров'я як дуже добрий, на 10% зростає кількість дітей, що оцінюють своє здоров'я як задовільне. При цьому більше 60% дітей усіх вікових груп хотіли б поліпшити стан здоров'я. Разом з тим, 100% школярів 5–6-х і 90% 9–11-х класів підкреслили, що для них важливо бути здоровими.

На запитання "*Яким є, на вашу думку, найкращий час, щоб почати турбуватися про своє здоров'я?*" 68% хлопчиків і 73% дівчат 5–6-х класів відповіли, що в дитинстві; ще 25% – у підлітковому віці. Серед старшокласників 33% хлопчиків і 53% дівчат вважають, що турбуватися про власне здоров'я слід починати ще в дитинстві, а 55% хлопчиків і 38% дівчат – у підлітковому віці.

На запитання "*Хто більше за всіх має турбуватися про ваше здоров'я*?" в 5–6-х класах "я сам (а)" відповіли 68% хлопчиків і 80% дівчат; 24% хлопчиків і 12% дівчат – батьки. Серед старшокласників відповідальність на батьків за своє здоров'я переклали по 10% хлопчиків і дівчат; 76% хлопчиків і 88% дівчат вважають самих себе відповідальними за власне здоров'я. У 5–6-х класах 70% дівчат і 44% хлопчиків вважають, що їхні друзі турбуються про своє здоров'я. Серед старшокласників тільки 18% і 28% дівчат позитивно відповіли на це запитання. 56% і 54% з них відповідно не знають, чи турбуються їхні друзі про власне здоров'я.

84% хлопчиків і 92% дівчат 5–6-х класів відповіли "так" на запитання "*Чи займаєтесь ви зміцненням власного здоров'я?"*. Позитивних відповідей на це запитання серед учнів 9–11-х класів було на 20% менше, ніж серед учнів середніх класів – 64% хлопчиків і 70% дівчат. 50% школярів середніх класів написали, що для цього вони бігають, 60% дівчат і 40% хлопчиків ходять у спортивні секції, 32% хлопчиків і 40% дівчат роблять зарядку, 24% хлопчиків займаються на тренажерах чи з гантелями і 25% дівчат – аеробікою. Серед старшокласників усі показники вищезгаданих активностей відповідно нижчі: 29% хлопчиків і 21% дівчат займаються у спортивній секції, 27% хлопчиків і 18% дівчат "вживають здорову їжу", 25% хлопчиків і 22% дівчат бігають, 25% хлопчиків займаються на тренажерах чи з гантелями й 24% роблять зарядку.

При відповіді на запитання "*Чи приваблюють вас люди, котрі ведуть здоровий спосіб життя*?" думки як учнів 5–6-х класів, так і старшокласників збіглися: позитивно відповіли 60% хлопчиків і 75% дівчат середніх класів та 67 і 76% старшокласників відповідно.

Відповідаючи на запитання "*Чому важливо бути здоровим*?", діти виділили такі пріоритети:

1) щоб у майбутньому мати здорових дітей;
2) щоб довго жити;
3) щоб бути гарним (ою);
4) якщо здоровий, жити цікаво;
5) щоб бути сильним (ою);
6) щоб радувати батьків;
7) щоб добре вчитися.

Як видно з відповідей, діти не пов'язують стан власного здоров'я з успіхами у школі.

При цьому понад 90% учнів середніх класів і понад 70% старшокласників хотіли б більше дізнатися про те, як зберегти здоров'я.

На запитання "*Від кого ви головним чином дізнаєтеся про здоров'я*?" 72% хлопчиків середніх класів відповіли, що від батьків, і тільки 8%

хлопчиків і 2,5% дівчат, що від учителів та з підручників. Серед старшокласників назвали батьків основним джерелом інформації про здоров'я 44% і 63% дівчат, учителів та підручники – тільки 7% хлопчиків і 3% дівчат. Більше 70% дітей 5–6-х класів зазначили, що батьки розмовляють з ними про здоров'я майже кожен день чи кілька разів на тиждень. 50% хлопчиків і 60% дівчат старших класів відмітили, що батьки обговорюють з ними ці питання так само часто. І в першому, і у другому випадку із хлопчиками батьки часто ведуть розмови про фізичну активність, чистоту тіла і зубів, інколи говорять про паління та алкоголь, а із старшокласниками – про секс. З дівчатами батьки часто обговорюють питання гігієни тіла та зубів; інколи в 5–6-х класах – питання фізичної активності, паління, алкоголю, а із старшокласниками – сексу, паління, алкоголю. Учні 5–6-х класів зазначають, що батьки ніколи не говорять з ними про секс (80% хлопчиків і 72% дівчат), наркотики (48% хлопчиків і 57% дівчат). 27% дівчат відповіли, що батьки ніколи не розмовляють з ними про фізичну активність, алкоголь. Із старшокласниками батьки не обговорюють питання наркотиків (47% хлопчиків і 53% дівчат), сексу (38% хлопчиків і 31% дівчат), алкоголю (34% хлопчиків і 39% дівчат), паління (по 29% хлопчиків і дівчат).

Третина школярів 5–6-х класів і 50% старшокласників вважають, що ні на уроках, ні в позакласний час питання охорони та зміцнення здоров'я не обговорюються. Друга третина вважають, що такі питання лише раз на рік розглядаються на уроках біології, фізкультури чи на позакласних заняттях. Основні теми – негативний вплив паління, алкоголю, фізична активність.

При цьому понад 40% хлопчиків і понад 52% дівчат хотіли б інколи обговорювати питання паління та алкоголю з учителями та однокласниками і значно частіше – питання фізичної активності. Серед старшокласників від 45% до 85% не бажають торкатися жодної з тем, пов'язаних із здоров'ям, ні з учителями, ні з однокласниками. Тільки 34% хлопчиків та дівчат відповіли, що хотіли б часто чи інколи обговорювати питання фізичної активності.

Якщо у школі буде вестися подібне обговорення, 45% хлопчиків та 58% дівчат хотіли б, щоб у них брали участь лікарі-фахівці.

На запитання "*Чи потрібна програма здорового способу життя у школі та відповідні заняття?*" позитивно відповіли 76% хлопчиків та 85% дівчаток середніх класів та 51 та 67% старшокласників відповідно.

У відповідях на запитання "*Кого слід залучати до цієї програми*?" половина дівчат усіх вікових груп зазначили: діти, батьки, вчителі та увесь шкільний персонал. Серед хлопчиків третина поділяє цю думку, інші вважають, що тільки діти, чи діти й учителі, чи діти і батьки

(близько 10% опитаних на кожне запитання відповідно) мають залучатися до цієї програми.

На запитання "*Хто має брати участь у створенні цієї програми*?" діти відповіли, що це повинні бути, по-перше, фахівці із здорового способу життя, по-друге, лікарі, а по-третє, вчителі й самі діти.

За умови існування цієї програми у школі 80% дівчат середніх класів та 60% старшокласниць хотіли б узяти в ній участь. Серед хлопчиків кількість бажаючих значно нижча – 44% учнів середніх класів та 33% старшокласників.

При відповіді на запитання "*Яким чином слід поширювати інформацію про здоров'я*?" думки розділилися: хлопчики вважають, що тільки на уроках, а дівчата – на уроках, позакласних заняттях та шляхом створення у школі умов, що сприятимуть збереженню здоров'я.

Потім хлопчики зазначили, що питанням зміцнення здоров'я слід відводити час на уроках біології та фізкультури, а дівчата не менш важливим вважають виділення спеціального заняття про здоровий спосіб життя.

На запитання "*Чи хотілося б вам отримати більше інформації про те, як зберегти та зміцнити здоров'я?*" відповіли позитивно 90% учнів середніх класів та трохи більше 50% старшокласників. Разом з тим 36% хлопчиків та 22% дівчат старших класів вважають, що така інформація їм не потрібна, оскільки вони вже достатньо поінформовані.

Серед тем про здоров'я, які найбільше цікавлять хлопчиків середніх класів, перше місце посідає фізична активність, друге – харчування, третє – паління. Інші питання (секс, алкоголь, наркотики, вага тіла) становлять для них найменший інтерес. Хлопчики-старшокласники на перше місце ставлять фізичну активність і секс, на друге – харчування, значно менше зацікавлення викликають алкоголь і паління, і практично не цікавим є інші теми.

Дівчат середніх класів приваблює дуже багато тем, але на першому місці – харчування, далі фізична активність, потім паління, потім наркотики, алкоголь тощо. Дівчат-старшокласниці першк місце відводять харчуванню, друге – фізичній активності, третє – зайвій вазі, четверте – сексу. Інші питання становлять незначний інтерес.

На запитання "*Де, на вашу думку, слід розповідати про здоров'я*?" учні середніх класів, а також старшокласниці відповіли, що це треба робити, по-перше, вдома, по-друге, у спеціальних книгах чи підручниках, по-третє, по телебаченню, по-четверте, на уроках у школі. Хлопчики-старшокласники на перше місце поставили телебачення, на друге – книги та уроки, на третє –батьків.

Таким чином, дослідження продемонструвало, що школярі усвідомлюють важливість здоров'я та його зміцнення, хоч і не пов'язують це з успіхами у школі. Діти також усвідомлюють власну відповідальність за власне здоров'я й бажають більше дізнатися про те, як його зберегти.

Батьки служать основним джерелом інформації про здоровий спосіб життя, обговорюючи з дітьми в основному питання особистої гігієни та харчування.

Діти не виявили великої зацікавленості в обговоренні питань здорового способу життя з учителями чи однокласниками, що, можливо, свідчить про відсутність у них власного позитивного досвіду.

Серед старшокласників знижується зацікавленість в активних діях щодо зміцнення здоров'я порівняно з учнями середніх класів. Серед дівчат усіх вікових груп цей інтерес є вищим, ніж серед хлопчиків. Учні середніх класів виявили більшу зацікавленість у розвитку програми зміцнення здоров'я у школі, ніж старшокласники.

Встановлені статево-вікові відмінності в поглядах та зацікавленості дітей в окремих питаннях зміцнення здоров'я підтверджують необхідність розробки диференційованих підходів у навчанні дітей здоровому способу життя, що має починатися з першого класу та продовжуватися протягом усього періоду навчання дитини у школі.

Таким чином, учні різних класів зробили особистий вибір – бути здоровим, а щоб зробити цей вибір, необхідна потреба. Її формування є психолого-педагогічною проблемою, розв'язанню якої може сприяти пошук механізмів, які в кожної дитини чи підлітка викликали б активне бажання бути здоровим. Виходячи з результатів дослідження, слід зазначити, що підлітки не пов'язують стан здоров'я з подальшою соціальною активністю, професійною діяльністю. Отже, якщо в молодших класах необхідно формувати мотивацію щодо діяльності із збереження здоров'я – організація раціонального режиму дня, загартування, помірність у харчуванні, гуманне ставлення до інших, до навколишнього середовища, то в середніх та старших класах слід звернути увагу на особистісні мотиви з орієнтацією на соціальну активність та успішність.

В.Марков (1999) у статті "Педагогічні проблеми формування здорового способу життя у вищій школі" наводить аргументи, які можна поширити й на нашу дійсність. Так, вища школа Росії переживає важкі часи. Відбувається перегляд і поновлення усієї системи освіти, її організації, структури та змісту. Останнім часом виявляється тенденція до гуманізації та гуманітаризації на всіх рівнях – від дитячого садочка до вищої школи. На думку автора статті, гуманізація означає, що об'єктом педагогічного впливу є людина у всій своїй багатоманітності. Від

формалізованої форми спілкування сучасна педагогіка стала особистісною, тобто орієнтованою на конкретного учня. В освітянських програмах усіх рівнів значно більше уваги приділяється гуманітарним дисциплінам. Вони становлять близько 50% загального обсягу освітянського простору. У них людина розкриває свою біологічну та соціальна сутність в єдності та суперечливості із середовищем мешкання.

Широка гуманізація та гуманітаризація освітянської сфери, безумовно, стали позитивним моментом у розв'язанні проблеми формування здорового способу життя підростаючого покоління. У всіх сферах діяльності зі створення духовних чи матеріальних цінностей людський фактор відіграє надзвичайно важливу роль. Неможливо перебільшити його значення.

Одним з найважливіших напрямків у формуванні здорового способу життя є освіта та виховання дітей, підлітків і молоді. Основою цього є розуміння необхідності формування знань, умінь щодо збереження та зміцнення здоров'я, більше того, системи поглядів на ставлення людини до самої себе, її переконань. Цим визначається світогляд людини, а отже, і її культура. І це єдино можливий напрямок. Загальна культура людини розпочинається з культури тіла, культури здоров'я. Досить сумнівно, щоб у брудному тілі народилися чисті думки.

У цьому плані показовим є досвід Росії, де вперше за всю історії становлення та розвитку вищої школи як навчальну та наукову дисципліну було введено курс "Основи здорового способу життя та профілактика хвороб". Предметом вивчення цієї дисципліни є здоровий спосіб життя як біологічна та соціальна проблема, а також його соціально-психологічні, психолого-педагогічні та медико-гігієнічні аспекти.

У статті М.Алфльорової (2002) "Взаємозв'язки стресових станів, самопочуття та активності студентів за даними анкетування" наведено результати аналізу показників особистого стресу (опитано 446 студентів різних курсів і факультетів Одеського національного університету імені І.І. Мечникова), проведеного за "Переліком змін у житті, здатних викликати стрес", який склали американські психологи Холмс і Раге (Райгородский, 1998).

За висновками авторів методики, сума балів від 150 до 199 свідчить про високу здатність до опору стресу, а сума більш 300 балів – про реальну небезпеку нервового виснаження.

Оскільки стрес негативно впливає на самопочуття, працездатність та емоційний стан людей, співробітники університету виконали оперативну оцінку за методикою САН (самопочуття, активність та на-

стрій), розробленою співробітниками Першого Московського медичного інституту імені І.М.Сєченова (Доскин и др., 1973).

Багатоступенева шкала складалася з індексів (3 2 1 0 1 2 3), які розташовані між 30 парами слів протилежного значення, що відбивають суб'єктивний стан здоров'я, втому (самопочуття), швидкість і темп функціонування (активність) та емоційний стан (настрій).

Респондент обирав цифри, які свідчили про його особистий стан на момент обстеження. Далі було підраховано кількість балів (за семибальною шкалою) і зроблено висновки на основі того, що високі бали характеризують позитивний стан, а низькі – негативний.

Звертає на себе увагу той факт (табл.2.1), що тільки чоловіки на хімічному факультеті та жінки на геолого-географічному факультеті мали високу здатність до опору стресу. Значна кількість студентів мають пороговий (критичний) рівень опору стресу, а 42,8% перебувають на межі нервового виснаження, що потребує превентивного втручання як медиків, так і психологів, для попередження невротичних станів і серцево-судинних розладів.

Таблиця 2.1. **Показники стресового навантаження студентів Одеського національного університету імені І.І.Мечникова**

	Хімічний	**Фізичний**	**Біологічний**	**Економіко-правовий**	**Історичний**	**Інститут соціальних наук**	**Геолого-георграфічний**	**Разом**
Жінки	249,5 ± 20,5	278,7 ± 27,4	296,2 ± 25,8	301 ± 60,3	239,8 ± 32,7	320,1 ± 32,4	185,5 ± 18,5	267,2 ± 36,3
Чоловіки	184,7 ± 20,1	264,5 ± 28,6	317,2 ± 31,4	109,9 ± 40,9	267,8 ± 27,6	374,1 ± 32,3	259 ± 25,6	296,8 ± 60,4

За даними авторів методики САН, середні оцінки для обстежених ними московських студентів становили: самопочуття – 5,4 бали; активність – 5,0; настрій – 5,1. Показники активності студентів Одеського університету є нижчими, але щодо настрою, то вони практично збігаються (табл.2.1).

Так, на геолого-географічному, історичному та фізичному факультетах самопочуття чоловіків було значно гіршим, ніж на інших, що, на нашу думку, можна пояснити особливостями контингенту, а саме, більшою кількістю хлопців з малозабезпечених сімей

На хімічному, біологічному, економіко-правовому факультетах та в Інституті соціальних наук самопочуття й активність чоловічої поло-

вини респондентів є кращими, ніж жіночої, можливо, за рахунок працевлаштування значної частини хлопців і очікування перспективи. Дівчата налаштовані більш песимістично щодо власного майбутнього, що впливає на їхню активність (табл.2.2).

Таблиця 2.2. **Показники САН студентів Одеського національного університету імені І.І.Мечнікова**

Факультет	Самопочуття		Активність		Настрій	
	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки
Хімічний	4,73 ± 0,77	5,8 ± 0,17	4,71 ± 0,14	5,17 ± 0,27	4,49 ± 0,28	5,37 ± 0,27
Фізичний	5,02 ± 0,1	4,8 ± 0,2	4,7 ± 0,18	4,6 ± 0,3	5,3 ± 0,38	5,03 ± 0,19
Біологічний	4,76 ± 0,25	5,26 ± 0,14	4,65 ± 0,22	4,67 ± 0,23	5,28 ± 0,29	5,14 ± 0,29
Економіко-правовий	4,53 ± 0,28	5,12 ± 0,18	4,6 ± 0,27	5,26 ± 0,36	5,02 ± 0,46	5,71 ± 0,42
Історичний	4,47 ± 0,09	4,45 ± 0,24	4,46 ± 0,12	4,23 ± 0,13	5,21± 0,35	4,23 ± 0,17
Інститут соціальних наук	4,72± 0,1	5,3± 0,21	4,7± 0,23	5,51± 0,42	4,97± 0,3	5,74± 0,62
Геолого-географічний	5,2± 0,15	4,2± 0,29	4,89± 0,32	4,83± 0,24	4,86± 0,28	4,38± 0,28

Таким чином, стан здоров'я та стресове навантаження студентів, низький рівень їхньої уваги і, як наслідок, можливе зниження працездатності – усе це зумовлює необхідність обов'язкового втручання спеціалістів-медиків, психологів, соціологів для розробки спеціальних програм, тренінгів, проведення профілактичних заходів, які дозволять адаптувати молодь до проблем сьогодення, зменшити стресове виснаження, забезпечити гідні умови для розвитку особистості, активної та безпечної життєдіяльності.

У дослідженнях групи фахівців Ростовського інституту бізнесу і права (Васильева, Журавлева, 1997; Мерклин, Понедельник, 1994) було поставлено завдання проаналізувати уявлення щодо здорового способу життя, що склалися в сучасному суспільстві, з метою їх подальшого корегування, а також формування нових уявлень та установок на здоров'я, здоровий спосіб життя. У першу чергу це має значення для молодого покоління, оскільки його здоров'я – це суспільне здоров'я через 10–30 років. Тому цими дослідниками проводилося опитування про здоровий спосіб життя серед студентів. Крім того, визначальною умовою плідної спільної роботи представників різних галузей знань з

метою створення ідеології здоров'я є наявність відповідних сучасним науковим поглядам уявлень щодо здорового способу життя в тих, хто має проводити ці ідеї в життя, і передусім медиків. Виходячи із цього, об'єктом дослідження було також обрано практикуючих медиків та учнів медичного коледжу.

Для аналізу неусвідомлюваних уявлень про здоровий спосіб життя досліджуваним пропонували зробити малюнок: "*Намалюйте, будь-ласка, що Ви уявляєте, коли чуєте словосполучення "здоровий спосіб життя*".

Слід зазначити, що на сьогоднішній день досліджень із цього питання існує не багато. Крім того, навіть саме поняття "здоров'я" трактується різними авторами по-різному.

Таким чином, очевидними є й теоретична значущість аналізу таких категорій, як здоров'я, здоровий спосіб життя, і практичне його застосування для можливої подальшої роботи у напрямку формування адекватних уявлень про здоровий спосіб життя й установки на творче ставлення до власного здоров'я.

В експерименті узяли участь 20 дівчат – учнів другого курсу Базового медичного коледжу у віці від 18 до 20 років, 35 студентів другого курсу юридичного факультету Донецького філіалу Ростовського інституту бізнесу і права (17 дівчат та 18 юнаків) у віці від 18 до 20 років та 20 лікарів лікарні №20 (17 жінок та троє чоловіків) у віці від 22 до 53 років.

Аналіз результатів проведеного дослідження дозволив зробити деякі висновки щодо існуючих уявлень про здоровий спосіб життя в юнацькому віці, а також у практикуючих і майбутніх медиків (табл.2.3).

Як свідчать дані табл.2.3, у всіх групах досліджуваних здоров'я посідає перше місце в системі ціннісних орієнтацій. Разом з тим, аналіз результатів анкети щодо ставлення до здорового способу життя дозволяє зробити висновки про те, що, незважаючи на перший ранг здоров'я у всіх групах, кількість людей, для яких пріоритетним серед інших цінностей є саме здоров'я, різна, що дає підставу говорити про відмінності у ставленні досліджуваних до власного здоров'я. Так, 55% учнів медичного коледжу, 53% дівчат-юристів та 45% лікарів перше місце у переліку цінностей відводять здоров'ю, тоді як серед студентів-юристів таких осіб тільки 33,3% (тобто кожен третій вважає здоров'я найвищою цінністю в житті).

Таким чином, можна говорити про відсутність впливу медичної освіти на значущість здоров'я в житті людини, а також про те, що жінки приділяють загалом більшого значення власному здоров'ю, ніж чоловіки.

Таблиця 2.3. **Ранги ціннісних орієнтацій на вибірках практикуючих медиків, учнів медичного коледжу та студентів-юристів**

Цінності	Медики	Учні-медики	Дівчата-юристи	Юнаки-юристи
Безпечне життя	15	14	14	15
Освіта	5	4	9	9
Матеріальна забезпеченість	3	5	5	4
Здоров'я	1	1	1	1
Сім'я	2	2	2	3
Дружба	6	7–8	4	7
Краса	11	11	7–8	10
Щастя інших	12	13	10	13
Любов	4	3	3	2
Пізнання	10	10	13	8
Розвиток	8	7–8	11	6
Упевненість у собі	7	6	6	5
Творчість	13	12	12	11
Цікава робота	9	9	7–8	12
Розваги	14	15	15	14

Під час аналізу відкритих питань анкети було виділено комплекс складових здорового способу життя, що характеризує досліджуваних.

Так, досліджувані вказували на такі аспекти здорового способу життя, як осмислене життя, спілкування з природою, позитивне ставлення до себе, духовне життя, гармонія із собою, саморозвиток, відчуття щастя, оптимістичне ставлення до життя, гармонійні взаємини в сім'ї, діяльність на користь суспільства; закалювання, заняття спортом, гігієна, правильне харчування, режим дня, нормальне статеве життя; відсутність пристрасті до алкоголю чи помірне його вживання, відсутність звички до наркотиків, до паління. Сюди ж деякі досліджувані відносили матеріальне та фізичне благополуччя й здоров'я оточуючих, розглядаючи їх як фактори здоров'я (табл.2.4).

Як свідчать дані табл.2.4, значущість складових здорового способу життя має таку послідовність:

у *лікарів:* перше місце – відсутність пристрасті до алкоголю; друге – відсутність звички до паління; відчуття щастя; третє – заняття спортом; відсутність звички до наркотиків; четверте – гармонійні взаємини в сім'ї; гармонія із собою; п'яте – фізичне благополуччя; шосте – осмислене життя; спілкування з природою; доброзичливе ставлення до інших; матеріальне благополуччя; сьоме – позитивне ставлення до себе; помірне вживання алкоголю; правильне харчування; духовне життя; режим дня; здоров'я оточуючих;

в учнів медучилища: перше місце – заняття спортом; друге – відсутність пристрасті до алкоголю; третє – відсутність звички до наркотиків, до паління; четверте – правильне харчування; п'яте – режим дня; шосте – осмислене життя; сьоме – матеріальне благополуччя; діяльність на користь суспільства; відсутність безладного статевого життя; гармонія із собою; позитивне ставлення до себе; восьме – спілкування з природою, саморозвиток, загартування; оптимістичне ставлення до життя;

Таблиця 2.4. **Розподіл відповідей у різних групах досліджуваних**

Складові здорового способу життя	Лікарі	Учні медики	Дівчата-юристи	Юнаки-юристи
Заняття спортом	25	70	64,7	56
Відсутність звички до наркотиків	25	60	64,7	28
Осмислене життя	10	15	11,8	-
Спілкування з природою	10	5	41,5	5
Позитивне ставлення до себе	5	10	5,9	-
Гармонічні взаємини в сім'ї	25	-	5,9	5
Відчуття щастя	30	-	-	-
Відсутність пристрасті до алкоголю	35	65	58,9	50
Помірне вживання алкоголю	5	-	11,8	5,6
Правильне харчування	5	55	58,9	39
Духовне життя	5	-	5,9	5,6
Гармонія із собою	25	10	-	-
Відсутність звички до паління	30	60	76,5	56
Помірне паління	-	-	5,9	-
Доброзичливе ставлення до інших	10	-	5,9	5,6
Саморозвиток	-	5	11,8	5,6
Відсутність безладного статевого життя	-	10	-	5,6
Загартування	-	-	-	5,6
Гігієна	-	-	5,9	5,6
Оптимістичне ставлення до життя	-	5	-	-
Діяльність на користь суспільства	-	10	-	-
Режим дня	5	20	-	28
Матеріальне благополуччя	10	10	-	-
Фізичне благополуччя	20	-	-	-
Здоров'я оточуючих	5	-	-	-

у дівчат-юристів: перше місце – відсутність звички до паління; друге – заняття спортом, відсутність звички до наркотиків; третє – ві-

дсутність пристрасті до алкоголю, правильне харчування; четверте – спілкування з природою; п'яте – помірне вживання алкоголю; саморозвиток; осмислене життя; шосте – позитивне ставлення до себе; гармонійні взаємини в сім'ї; духовне життя; помірне паління; доброзичливе ставлення до інших; гігієна;

в юнаків-юристів: перше місце – заняття спортом; відсутність звички до паління; друге – відсутність пристрасті до алкоголю; третє – правильне харчування; четверте – режим дня; відсутність звички до наркотиків; п'яте – гігієна; шосте – помірне вживання алкоголю; гігієна; загартування; відсутність безладного статевого життя; саморозвиток; доброзичливе ставлення до інших; духовне життя; сьоме – спілкування з природою; гармонійні взаємини в сім'ї.

Отже, уявлення про здоровий спосіб життя в юнацькому віці, незалежно від освіти, передусім зводиться до занять спортом, відсутності шкідливих звичок та правильного харчування. Тоді як практикуючі медики як найбільш важливі складові здорового способу життя називаються такі: відчуття щастя, гармонія із собою, гармонійні взаємини в сім'ї, що більше відповідає сучасним уявленням про здоровий спосіб життя і не обмежується тільки факторами фізичного здоров'я. Слід зазначити, що помірне вживання алкоголю та паління не розглядаються частиною досліджуваних як недотримання здорового способу життя. Так, помірне вживання алкоголю допускається не тільки не медиками, але й лікарями.

Як головні ознаки здорового способу життя досліджувані називали:

лікарі, %: здоров'я – 35, добре самопочуття – 25, гарний настрій – 15, внутрішній спокій –15, гармонійні взаємини в сім'ї – 10, відсутність звички до алкоголю – 5, доброзичливе ставлення до інших – 5;

учні медучилищ, %: гарний настрій – 60, здоров'я – 35, добре самопочуття – 25, відсутність звички до паління – 20, помірне вживання алкоголю –20, гарна фігура – 20, внутрішній спокій – 20, спорт – 10, саморозвиток –10, відсутність звички до наркотиків –10, осмислене життя – 5, свіже повітря –5, творчість – 5;

дівчата-юристи, %: гарний настрій –29,4, добре самопочуття – 29, 4, здоров'я – 23,5, спорт – 23,5, упевненість у собі – 5,9, внутрішній спокій –5,9, режим – 5,9, правильне харчування – 5,9, успіх у справах – 5,9, жити, як живеться – 5,9, молодість – 5,9;

юнаки-юристи, %: спорт – 50, гарний настрій – 27,8, відсутність хвороби – 22,2, правильне харчування – 16,7, гарна фігура – 16,7, добре самопочуття – 11, доброзичливе ставлення до інших – 5,6, загартування – 5,6, відсутність шкідливих звичок – 5,6.

Таким чином, головними ознаками здорового способу життя досліджувані вважають як його складові, так і його показники, що на суб'єктивному рівні оцінюються як добре самопочуття та гарний настрій.

На основі аналізу даних ранжування складових здорового способу життя, запропонованих у методиці, були отримано такі результати (табл.2.5).

Таблиця 2.5. **Ранги складових здорового способу життя практикуючих медиків, учнів медичного коледжу та студентів-юристів**

Складові здорового способу життя	Медики	Учні-медики	Дівчата-юристи	Юнаки-юристи
Заняття спортом	6–7	2	3	3
Відсутність звички до наркотиків	4	1	6–7	7
Осмислене життя	1	4	4	1
Позитивне ставлення до себе	6–7	11	10	4
Гармонійні взаємини в сім'ї	2	8	1	5–6
Відсутність звички до алкоголю	12	3	6–7	11
Правильне харчування	3	6	2	2
Повноцінне духовне життя	5	10	11	8
Відсутність звички до паління	11	5	9	9
Відсутність безладного статевого життя	10	7	12	12
Доброзичливе ставлення до інших	8	9	8	10
Самовдосконалення	9	12	5	5–6

Як свідчать дані табл.2.5, складові (фактори) здорового способу життя розташовують у такому порядку:

лікарі: перше місце – осмислене життя, друге – гармонійні взаємини в сім'ї, третє – правильне харчування, четверте – відсутність звички до наркотиків, п'яте – повноцінне духовне життя, заняття спортом та позитивне ставлення до себе, доброзичливе ставлення до інших, самовдосконалення, відсутність безладного статевого життя, відсутність звички до паління, відсутність звички до алкоголю. Таким чином, у лікарів уявлення про здоровий спосіб життя є значно ширшим, ніж констатація відсутності шкідливих звичок, оскільки більш значимими для них є осмислене життя та гармонійні взаємини в сім'ї, а відсутності звички до нікотину та алкоголю вони відводять останнє місце;

учні медучилищ: перше місце – відсутність звички до наркотиків, заняття спортом, відсутність звички до алкоголю, друге – осмислене життя, третє – відсутність звички до нікотину, четверте – правильне харчування, п'яте – відсутність безладного статевого життя, шосте – гармонійні взаємини в сім'ї, сьоме – доброзичливе ставлення до інших, восьме – повноцінне духовне життя, дев'яте – позитивне став-

лення до себе, десяте – самовдосконалення. Як видно з наведених даних, перші місця належать таким складовим здорового способу життя, як відсутність шкідливих звичок, заняття спортом, що традиційно характеризують здоровий спосіб життя на рівні повсякденної свідомості;

дівчата-юристи: перше місце – гармонійні взаємини в сім'ї, друге – правильне харчування, третє – заняття спортом, четверте – осмислене життя, п'яте – самовдосконалення, шосте–сьоме – відсутність звички до алкоголю та наркотиків, восьме – доброзичливе ставлення до інших, дев'яте – відсутність звички до паління, десяте – позитивне ставлення до себе, одинадцяте – повноцінне духовне життя, дванадцяте – відсутність безладного статевого життя. Як видно із цього переліку, для дівчат правильне харчування та заняття спортом є більш важливими для здорового способу життя, ніж відсутність шкідливих звичок;

юнаки-юристи: перше місце – осмислене життя, друге – правильне харчування, третє – заняття спортом, четверте – позитивне ставлення до себе, п'яте –шосте – гармонійні взаємини в сім'ї, самовдосконалення, сьоме – відсутність звички до наркотиків, восьме – повноцінне духовне життя, дев'яте – відсутність звички до паління, десяте – доброзичливе ставлення до інших, одинадцяте – відсутність звички до алкоголю, дванадцяте – відсутність безладного статевого життя. Таку послідовність складових здорового способу життя, зміщення показників відсутності шкідливих звичок на нижчі позиції можна розглядати як розширення уявлень про здоровий спосіб життя без обмеження його тільки заняттями спортом та відсутністю шкідливих звичок.

У результаті аналізу малюнків досліджуваних, зміст яких мав відображати їхні уявлення про здоровий спосіб життя, автори зробили деякі висновки щодо неусвідомлюваних уявлень про здоровий спосіб життя: у вибірці лікарів міститься більше складових здорового способу життя, ніж у вибірках учнів медучилища та студентів-юристів, що може свідчити про складність та багатогранність їхніх уявлень про здоровий спосіб життя порівняно з іншими групами.

Як видно з табл.2.6, складові здорового способу життя на рівні неусвідомлюваних уявлень:

в лікарів: перше місце – спілкування з природою; друге – оптимістичне ставлення до життя; третє – саморозвиток, заняття спортом; четверте – сім'я, відсутність звички до алкоголю, відсутність звички до наркотиків, правильне харчування, любов; п'яте – відсутність звички до паління, діяльність системи охорони здоров'я. Таким чином, кількість перелічених шкідливих звичок у лікарів є більш низькою на рівні неусвідомлюваних уявлень. Слід зазначити, що в забезпеченні здорового способу життя на-

селення певну роль має відігравати система охорони здоров'я, і разом з тим, у жодній вибірці вона не згадується як складова здорового способу життя. Це можна сприймати як узяття учасниками опитування на себе місії пропагувати здоровий спосіб життя і як пропозиція відповідальності медицини за здоров'я населення;

Таблиця 2.6. **Складові здорового способу життя на рівні неусвідомлюваних уявлень**

Складові здорового способу життя	Лікарі	Учні-медики	Дівчата-юристи	Юнаки-юристи
Заняття спортом	15	30	35	50
Відсутність звички до паління	5	20	24	33
Доброзичливе ставлення до інших	-	5	6	-
Сім'я	10	10	12	-
Оптимістичне ставлення до життя	25	45	6	11
Природа	30	65	47	11
Відсутність звички до алкоголю	10	25	18	11
Відсутність безладного статевого життя	-	5	18	6
Відсутність звички до наркотиків	10	25	12	11
Правильне харчування	10	-	6	6
Саморозвиток	15	-	-	-
Любов	10	-	-	-
Діяльність системи охорони здоров'я	5	-	-	-

в учнів медучилища: перше місце – спілкування з природою; друге – оптимістичне ставлення до життя; третє – заняття спортом; четверте – відсутність звички до алкоголю, відсутність звички до наркотиків; п'яте – відсутність звички до паління; шосте – сім'я; сьоме – доброзичливе ставлення до інших, відсутність безладного статевого життя. Як можна помітити, в дівчат заняття спортом та відсутність шкідливих звичок зустрічаються рідше на рівні усвідомлюваних уявлень, але становлять основний зміст їхніх неусвідомлюваних уявлень про здоровий спосіб життя;

у дівчат-юристів: перше місце – спілкування з природою; друге – заняття спортом; третє – відсутність звички до паління; четверте – відсутність звички до алкоголю та безладного статевого життя; п'яте – відсутність звички до наркотиків, сім'я; шосте – доброзичливе ставлення до інших, правильне харчування, оптимістичне ставлення до життя;

в юнаків-юристів: перше місце – заняття спортом; друге – відсутність звички до паління; третє – оптимістичне ставлення до життя, спілкування

з природою, відсутність звички до алкоголю, наркотиків, безладного статевого життя, правильне харчування. Не важко помітити, що в юнаків-юристів неусвідомлювані уявлення про здоровий спосіб життя значною мірою збігаються із свідомими, що зводяться до занять спортом та відсутності шкідливих звичок, тим більше, що "спілкування з природою" – це практично заняття на свіжому повітрі (катання з гір на лижах, плавання та прогулянки на яхті).

У цілому аналіз малюнків показує, що найрізноманітніші уявлення про здоровий спосіб життя притаманні лікарям, а найбільш поверхові, коли здоровий спосіб життя розуміється як відсутність шкідливих звичок і заняття спортом – в юнаків-юристів. Те, що медики мають ширше уявлення про здоровий спосіб життя, може бути пов'язано як з досвідом роботи, так і з більшим життєвим досвідом. Для точнішого визначення опосередкованого уявлення про здоровий спосіб життя в осіб з медичною освітою та досвідом роботи слід порівняти уявлення про здоровий спосіб життя осіб однакових вікових груп з медичною та немедичною освітою, що може стати завданням майбутніх досліджень.

Виявлено також відмінності у ставленні досліджуваних до здоров'я (чи як до засобу, чи як до мети). Так, 40% лікарів та учнів медичного коледжу розглядають здоров'я як мету, тоді як 60% вбачають у ньому засіб. Водночас серед юристів існує інше співвідношення: 88% дівчат розглядають його як засіб, і тільки 12% вбачають у здоров'ї тільки мету. При цьому 29% дівчат визначають здоров'я як засіб тільки тому, що його мають, але припускають, що здоров'я може бути метою у тому разі, якщо виникнуть якісь проблеми щодо нього. 27,8% юнаків-юристів розглядають здоров'я і як мету, і як засіб, а одна людина охарактеризувала його як ні те ні те.

Якщо здоров'я розглядається як мета, то наводяться чинники: 1) довголіття, 2) профілактика хвороб, 3) здоров'я як найголовніше в житті, 4) як запорука щасливого життя, 5) як запорука легкого, безпроблемного життя, 6) втрата сенсу життя при втраті здоров'я і т. п.

Таким чином, часто при констатації того, що здоров'я є метою життя, воно насправді розглядається як засіб для досягнення різних життєвих цілей, а його аналіз тільки як мети підкреслює безсумнівну важливість здоров'я для даної людини.

При розгляді здоров'я як засобу наводяться такі аргументи: 1) досягнення інших життєвих цілей, 2) здоров'я як запорука щасливого життя, 3) як засіб, тому що воно є (таким чином відповіли 29,4%, дівчат-юристів та 5,6% юнаків-юристів), тобто передбачається, що здоров'я може стати метою за виникнення якихось проблем щодо нього, 4) як

засіб, тому що люди не завжди прагнуть дотримуватися здорового способу життя (такий аргумент передбачає, що здоров'я також могло б бути метою за певних сприятливих умов).

В описаному дослідженні визначалося також і те, наскільки необхідним, на думку досліджуваних, є здоровий спосіб життя.

Виявилося, що 100% юнаків вважають здоровий спосіб життя необхідним, доводячи це таким чином: запорука довголіття (11%), попередження хвороб (38,9), не бути тягарем для близьких у старості (11), здоровий спосіб життя сприяє розвитку сили (11), необхідний для досягнення різних життєвих цілей (27,8), для процвітання держави (5,6%).

Таким чином, юнаки розглядають здоровий спосіб життя у більшості випадків не позитивно (для розвитку, удосконалення), а негативно (як спосіб для профілактики хвороб).

Серед дівчат-юристів 80% відповіли, що здоровий спосіб життя необхідний, 20% – важко однозначно відповісти. Так само, як і юнаки, дівчата основне значення здорового способу життя вбачають у попередженні хвороб. Крім того, по 10% опитаних зазначили, що здоровий спосіб життя – запорука довголіття, гарного настрою та повноцінного життя. Вказувалося також на необхідність здорового способу життя для збереження здоров'я дітей (5%) та створення сім'ї (5%).

Здоровий спосіб життя є необхідністю для 60% дівчат-медиків та 40% не змогли однозначно відповісти на це запитання. Свою відповідь дівчата у першому випадку обґрунтували таким чином: спосіб збереження здоров'я (40%), сприяє душевному спокою (15), запорука повноцінного життя (10), довголіття (10), краси (5), здоров'я потомства (5), успіху (5), користі суспільству (10%).

85% лікарів зазначили необхідність здорового способу життя та 15% не змогли однозначно відповісти, відмічаючи те, що продовження життя завдяки збереженню здоров'я не означає підвищення його якості. Так, більша частка медиків вбачають значення здорового способу життя в забезпеченні щасливого сімейного щастя (30%) та попередження хвороб (30), вважають запорукою здоров'я дітей (20), власного довголіття (10), а також збереження життя на Землі (10%).

Привертає увагу бачення здорового способу життя перш за все як засобу попередження захворювань. Велика питома вага такого стимулу для здорового способу життя, як здоров'я дітей, пояснюється, йімовірніше, тим, що більшість вибірки лікарів становлять жінки, що мають дітей.

При аналізі відповідей на запитання про міру реалізованості здорового способу життя отримано такі результати: лікарі – 57,4%, учні-медики – 63,3, дівчата-юристи – 71,4, юнаки-юристи – 73,1%.

Таким чином, юнаки-юристи є найбільшими прихильними здорового способу життя, а практикуючі медики за цим показником посідають останнє місце. Такі результати можна пояснити, виходячи з уявлень тієї чи іншої групи про здоровий спосіб життя.

Після обговорення результатів ґрунтовних досліджень, проведених групою зазначених вище фахівців Ростовського інституту бізнесу і права, переходимо до розгляду праць інших відомих вчених.

В.Носков (2002) акцентує увагу на тому, що при розробці технології гуманістично орієнтованої професійної підготовки студентів слід враховувати передусім стан здоров'я учнів загальноосвітніх шкіл, які й поповнюють ряди абітурієнтів вищих навчальних закладів.

Сучасний стан здоров'я жінок і новонароджених та існуючі негативні тенденції спричинюють замкнений цикл: хворий зародок → хвора дитина → хворий підліток → хворі батьки. За даними Російської Академії медичних наук, тривалість такого циклу становить 20–25 років. З кожним новим циклом хвороблива уразливість новонароджених відповідно збільшується.

Останнім часом відмічається тенденція погіршення якості харчування, оскільки продукти постійно дорожчають і стають недоступним для 30–50% молодих людей. Порівняння даних 10-річної давності щодо маси та росту учнівської молоді з результатами досліджень останніх двох років свідчить про тенденцію до астенізації – зниження маси тіла при незначному збільшенні росту. З медичних причин приблизно 6% студентів ідуть в академічну відпустку, а 7% – відраховуються з вищих навчальних закладів.

Порушення здоров'я починають виявлятися ще в загальноосвітній школі. За даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 27% дошкільнят часто хворіють. Більше 60% учнів хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції. У 45% випускників загальноосвітніх шкіл погіршується зір. До групи ризику порушень здоров'я входить приблизно одна третина учнів шкіл. Тільки 10% учнів закінчують навчання у загальноосвітній школі без чітко виражених відхилень у стані здоров'я. Із цих причин значну кількість юнаків було звільнено від проходження строкової військової служби за станом здоров'я (Мороз, 1998).

Серйозні побоювання щодо теперішнього стану здоров'я та здоров'я майбутніх поколінь викликає здоров'я студенток-матерів (післяпологові ускладнення, гінекологічні захворювання, невротичні прояви тощо).

У процесі навчання й виконання соціальної ролі матері відбувається формування та глибока перебудова біологічних і психологічних функцій, що супроводжується суттєвими змінами існуючих стереотипів. Вищеза-

значені чинники висувають підвищені вимоги до адаптаційних можливостей студенток-матерів. Сучасна діагностика тенденцій розвитку рис особистості, особливо тих, що стосуються афективної сфери, є важливою передумовою для проведення ранніх профілактичних та корегувальних заходів. Не менш важливе значення має така діагностика для допомоги студенткам-матерям при вирішенні двох завдань: зрозуміти власні схильності, тобто пізнати саму себе, та оволодіти відповідною соціальною роллю в сім'ї.

Найбільш вираженими рисами характеру студенток-матерів, які відповідають астенічно-невротичному та тривожно-недовірливому типу, є агресивність, підозрілість, залежність. Разом з тим, психосоматичні стани особистості студенток-матерів не є фактором, що впливає на їхню академічну успішність.

Для організаторів просвітницької, оздоровчо-рекреаційної роботи серед студентської молоді досить суттєвими можуть бути наукові розробки фахівців у напрямку діагностики станів здоров'я та хвороби.

Розглядаючи проблему діагностики порушень здоров'я студентської молоді, слід зазначити, що значна її частина перебуває в так званому проміжному (передхворобливому, преморбідному, донозологічному) стані між здоров'ям та хворобою. Цей нестійкий рівноважний стан, коли людина є вже не здоровою, але й ще не хворою. Ортодоксальні методи переважно орієнтовані на діагностику різних видів захворювань. Тоді як методи діагностики станів здоров'я, перехідних та хвороби розроблено недостатньо, про що свідчить модель взаємовідношення процесів здоров'я (I) та хвороби (II), запропонована Г.Апанасенком (1992) (рис.2.1).

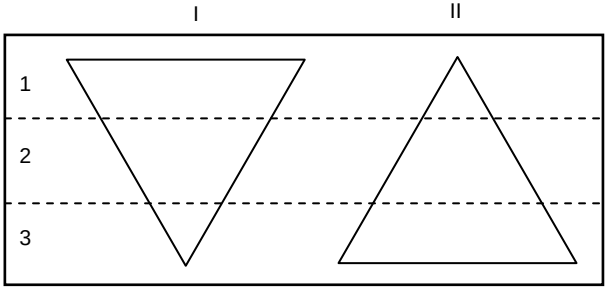


Рис. 2.1. Взаємовідношення станів здоров'я, хвороби та перехідних: I – здоров'я; II – хвороба; 1 – здоров'я; 2 – передхвороба; 3 – хвороба

Проведене дослідження (Носков, 1999) 397 студентів сучасного вищого навчального закладу (286 дівчат та 111 юнаків) виявило серед них 30% осіб з рівнем фізичного розвитку "нижче середнього", а значна частина

студентів, яких було віднесено до здорових, мали виражені відхилення від середніх норм фізичного розвитку (М-2σ та нижче). Показники м'язової сили були зниженими у 8,9% юнаків та 23,6% дівчат, життєвий об'єм легенів – у 33,3% юнаків та 75,7% дівчат; підвищеними (М+2σ та вище) були показники угодованості у 13,1% дівчат та 3,5% юнаків. Більшість студентів не приділяли потрібної уваги фізичним вправам, вели малорухомий спосіб життя, відчували нервово-емоційні перевантаження і як наслідок – об'єктивно потребували поліпшення фізичного стану. Багато хто серед студентів виражали готовність до активізації способу життя з використанням фізичних вправ. Так, 50% респондентів повідомили, що "*не усвідомили необхідності в цьому"*, 38% вказали на "*відсутність умов*" (без достатніх причин); для 12% причина полягала в лінощах.

Характеризуючи принципові недоліки традиційної системи фізичного виховання у вищих навчальних закладах, слід вказати на недостатнє залучення до фізичної культури та здорового способу життя з дитинства та фактичну декларативність закликів щодо високої оздоровчої значущості фізичного виховання, що формує негативне ставлення до цього серед самих студентів. Відсутня диференціація студентів на групи за різним станом здоров'я, рівнем підготовленості та характером інтересів. Недостатньо враховуються природні ритми показників функціональних станів студентів. Відмічаються суттєві труднощі в організації їхньої самостійної роботи.

З урахуванням вищевикладеного було розроблено інноваційну психогігієнічну та педагогічну технологію у вигляді оздоровчо-виховного комплексу (ОВК) з метою підготовки висококваліфікованих, професійно зрілих та здорових фахівців (Носков, 1999). Даний підхід має сприяти збереженню та зміцненню соматичного та нервово-психічного здоров'я кожного студента, підвищенню стійкості їхнього організму та опору шкідливим впливам довкілля, а також забезпеченню гармонійного розвитку особистості, успішної підготовки до професійної діяльності в межах системи "людина–людина".

2.3. Сутність поняття "безпека життєдіяльності", його структура та зміст

Говорячи про актуальність вищезазначеної проблеми, слід виділити той принциповий факт, що Міністр освіти України видав наказ №182/200 від 20.05.95 про обов'язкове введення дисципліни "Безпека життєдіяльності" для всіх спеціальностей у всіх вищих навчальних закладах.

Через кілька років на спеціальному засіданні колегії Міністерства освіти України, присвяченому аналізу стану безпеки життєдіяльності в закладах та установах освіти, вказувалося, що в цій сфері "...наявні серйозні недоліки у профілактичній роботі серед учнів та студентів по дотриманню правил безпеки життя та діяльності" (Про стан безпеки життєдіяльності…, 1997). В Україні прийнято низку законів, спрямованих на поліпшення безпеки життєдіяльності, зокрема "Про охорону праці", "Про пожежну безпеку", "Про дорожній рух", "Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення", "Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку" та ін. Крім того, Міністерством освіти України було розроблено "Комплексні заходи щодо поліпшення безпеки життя і діяльності учасників навчально-виховного процесу в установах та закладах освіти, запобігання дитячого травматизму в побуті на 1996–2000 роки", в руслі яких здійснюється підготовка посадових осіб, спеціалістів, педагогічних працівників, які мають забезпечити викладання таких навчальних дисциплін, як "Охорона життя та здоров'я учнів" у загальноосвітніх закладах, "Охорона праці" – у професійно-технічних училищах та "Безпеки життєдіяльності" – у вищих навчальних закладах.

Групою вчених В.Кузнєцовим, В.Лук'янчиковим, Н.Малишевою та іншими розроблено концепцію освіти в напрямку "Безпека життя та діяльності людини", яка має більш глибинний характер та своїм корінням заглиблена в ті структури людського буття, які охоплюють релігійні та світоглядні інститути, суспільні норми, мораль, міжетнічні та міжлюдські взаємини, культуру взагалі (Концепція освіти..., 1997).

Отже, як бачимо, проблема безпеки життєдіяльності є надзвичайно багатогранною, багатоаспектною, торкається багатьох наукових галузей, вимагає різнобічної підготовки педагогічних кадрів. Не дивно, що по-різному трактується і сама сутність проблеми безпеки життєдіяльності людини взагалі і дитини, зокрема, в різних працях теоретичного та навчального характеру, наводяться різні визначення поняття "безпека життєдіяльності людини", зміст дидактичного матеріалу є різноманітним. Усе це дає підстави констатувати, "...що загальновизнаної теорії безпеки життєдіяльності населення з урахуванням розвитку і катастроф техногенного, природного та екологічного характеру поки ще не існує" (Дорогунцов, Федоріщева, 1994). Залишається відкритим, на думку цих авторів, і питання про принципову можливість створення подібної теорії на базі сучасних знань про негативні явища, пов'язані з еволюцією навколишнього середовища, розвитком технологічного процесу, адаптацією людини до створеної нею техносфери.

Потрібним є глибоке осмислення небезпеки, пов'язаної з негативними наслідками і проявами нових технологічних досліджень. Причому, як стверджують фахівці, підвищення рівня безпеки залежить не тільки від розв'язання технічних проблем, а й від низки соціальних чинників, зокрема, від кардинальної трансформації життєвих цінностей і цілей.

Така сама тенденція існує не тільки в Україні, але і в сусідніх державах СНД. Зокрема, в Російській Федерації в усіх класах загальноосвітніх навчальних закладів з 1991 р. вивчається курс "Основи безпеки життєдіяльності"(ОБЖ), а з 1994 р. цей самий курс уведено у професійно-технічних училищах. З 1995 р. педагогічні вищі навчальні заклади готують фахівців за новою спеціальністю "викладач безпеки життєдіяльності". Ефективність безпеки життєдіяльності підростаючого покоління мають забезпечити створені як експеримент дитячо-юнацькі центри "Школа безпеки" та дитячо-юнацькі містечка "Острів безпеки", головною метою яких є виховання в учнів екологічної культури, набуття ними навичок самозахисту в різних надзвичайних ситуаціях (Безпасность жизнедеятельности, 1998). Крім того, з 1996 р. в Росії виходить спеціальний журнал "Основи безпеки життя", видано велику кількість нормативних документів з найрізноманітніших проблем, пов'язаних з безпекою життєдіяльності.

Вказуючи на широкий зміст основ безпеки життєдіяльності, А.Платонов (1998) зазначає, що даний навчальний предмет відкриває широкі можливості для позакласної роботи з учнями, однією з ефективних форм якої є, на його думку, "День захисту в надзвичайних ситуаціях", основними завданнями якого є формування в учнів самостійного і відповідального ставлення до питань особистої безпеки, оволодіння способами і прийомами діяльності, спрямованої на збереження власного здоров'я в небезпечних ситуаціях, тощо.

В іншому дослідженні, присвяченому питанням безпеки у сфері освіти, його автор В.Сапронов (1998) стверджує, що причиною багатьох сучасних видів небезпеки для людини є її власна життєдіяльність. З таких позицій він і розглядає зміст та сутність поняття "безпека життєдіяльності", зазначаючи, що це складне поняття утворюється з простих: "життєдіяльність" містить уявлення про перетворення навколишнього середовища". Під життєдіяльністю, на думку вченого, слід розуміти тривалу діяльність або однієї людини, або всього суспільства, спрямовану на досягнення позитивних для людини наслідків. Однак така діяльність містить у собі так звані "побічні ефекти", які є причиною небезпеки для людини. Як приклад таких "побічних ефектів" автор наводить катастрофу на Чорнобильській АЕС. Попередження та запобігання можливих небезпек від власної діяльності разом з раціональною поведін-

кою в умовах вже існуючої небезпеки – усе це й становить предмет "безпека життєдіяльності".

Е.Римська (1998) робить спробу дати таке визначення сутності цього поняття у процесі аналізу уроку нового типу з "Основ безпеки життєдіяльності" через визначення предмета дослідження даної галузі науки. Змістом його є знання про діяльність людей у природі та суспільстві з метою самозбереження, саморегуляції, саморозвитку з урахуванням характеру навколишнього середовища. Тобто сутність безпеки життєдіяльності людини розглядається через різні види діяльності в різних сферах людського буття, в різних надзвичайних і екстремальних ситуаціях.

В Україні введення в навчальні плани середніх загальноосвітніх закладів, професійно-технічних училищ та вищих навчальних закладах у 1995–1996 рр. дисципліни "Безпека життєдіяльності" та "Цивільна оборона" має забезпечити підготовку фахівців різних кваліфікаційних рівнів. У вступі до програми зазначається, що "Безпека життєдіяльності" – наука, що вивчає проблеми безпеки перебування людини в навколишньому середовищі під час трудової та іншої діяльності. Завдання цієї науки – розробка методів прогнозування, виявлення та ідентифікації шкідливих факторів і вивчення їхнього впливу на людину і довкілля. Як окрема наукова галузь, "Безпека життєдіяльності" має розробити також засоби захисту людей в умовах виникнення надзвичайних ситуацій техногенного, природного характеру та під час війни (Програма підготовки студентів…, 1995).

Інший автор Л.Стрій (1997) зазначає, що з позиції системного підходу безпеку життєдіяльності слід розглядати як складну систему, яка, з одного боку, є частиною системи більш високого порядку, а з іншого – сама містить декілька підсистем. Системою вищого порядку автор вважає загальну систему безпеки держави, як складові підсистеми якої автор розглядає також систему охорони навколишнього природного середовища, систему охорони здоров'я населення, систему забезпечення громадського порядку, систему економічної безпеки та систему оборонної безпеки. Безпека життєдіяльності у свою чергу має власні підсистеми-компоненти, такі як навколишнє середовище, виробниче середовище тощо.

Автори "Концепції освіти у напрямку "Безпека життя та діяльності людини" (1997) виділяють чинники-"загрози" та чинники-"захисники", порушення збалансованості між якими спричинює такі негативні наслідки, як погіршення здоров'я людини, тілесні ушкодження, каліцтво, стійкі психічні зміни, передчасна смерть тощо. Особливе місце відводиться так званому "людському чиннику", який безпосередньо відбиває психічні, психофізичні та інші якості людини.

Проблему "безпеки життєдіяльності" ці автори розглядають у двох напрямках – науковому та освітянському – і на основі цього дають різні визначення даного поняття, по-різному розглядають предмет, об'єкт, цілі та завдання "безпеки життєдіяльності людини". Зокрема, об'єктом наукового інтересу, на їхню думку, "…є людина, а предметом – її безпека як явище, що виявляється в повному балансі чинників "загроз" у житті людини та її чинників-захисників…" Об'єктом освітянського аспекту цієї проблеми є безпека особи як явище, а предметом – моделі безпеки.

І.Міценко (1998) зазначав, що тривалий час безпека життєдіяльності розумілася лише як захист територій від зовнішнього вторгнення і як захист національних інтересів засобами зовнішньої та внутрішньої політики, але на рубежі тисячоліть відбувається зміна орієнтирів планетарного мислення й життєвих констант світобачення, зокрема, проблема загрози ядерного самознищення людства.

За останні роки було опубліковано досить цікаві навчальні посібники, програми, дисертаційні дослідження, методичні рекомендації, статті, автори яких працюють у сфері освіти та впроваджують нові ідеї в навчальний процес, викладаючи безпосередньо студентській молоді як теоретичні, так і прикладні аспекти дисципліни "Безпека життєдіяльності людини".

У засобах масової інформації, науково-популярній та методичній літературі став широко обговорюватися термін "безпека життєдіяльності". Наукову громадськість цікавить відповідь на поставлене запитання: "Що розуміють фахівці під даним поняттям?" Уперше група український вчених І.Пістун, В.Пішенюк, А.Березовецький в навчальному посібнику для середніх спеціальних та вищих навчальних закладів "Безпека життєдіяльності" (1995) з комплексних позицій розкрили сутність небезпечного впливу біосоціальних факторів природного, біологічного та соціального середовища на життєдіяльність людини. Пізніше було видано підручник із цієї дисципліни, автором якого був І.Пістун (1999).

Інша група фахівців Р.Луцик, А.Грабовський (1995) у роботі з подібною назвою орієнтували читача більше на конкретні правила безпечної поведінки людини в умовах сучасного автоматизованого виробництва. Уперше в Україні було видано "Термінологічний словник з безпеки життєдіяльності"(1995), в якому визначено базові поняття нової міждисциплінарної науки: охорона праці, відпочинку, санітарно-гігієнічні вимоги забезпечення трудового процесу, в межах багатоманітного поняття "безпека життєдіяльності" розкрито найбільш ефективні форми організації пожежної, радіаційної, транспортної, електричної безпеки. В

основному виділяється група найпоширеніших екзогенних (зовнішніх) шкідливих факторів, що стосуються техногенної безпеки людини в повсякденних умовах, екстремальних та надзвичайних ситуаціях. Наведено їхні визначення, які взято з текстів законів, з міжнародних, міждержавних і державних стандартів або спеціальної наукової літератури (Зеркалов, Лоза, 2001).

Так, у навчальній програмі (Гравит, 1996), крім перелічених вище форм, розглянуто також психофізіологічні основи праці (навчальний процес, адаптація до умов трудового процесу, його ритму та темпу, а також виробнича гімнастика, обладнання кімнати психологічного розвантаження, етика виробничих стосунків).

В.Лапін (1998) у передмові до навчального посібника зазначає, що безпека життєдіяльності людини – це рівень захисту людини від надзвичайної небезпеки, де під терміном "небезпека" мається на увазі вплив на людину факторів, які можуть спричинювати відхилення стану її здоров'я від нормального. Ці фактори можуть бути як природного або соціально-економічного характеру (екологічні катастрофи, низький економічний рівень життя тощо), так і чинниками техногенного характеру (забруднення навколишнього середовища як наслідок виробничої діяльності людини, аварій, катастроф на підприємстві, транспорті, війн тощо).

Автори іншого посібника І.Пістун, Ю.Кіт (2000) розробили досить оригінальний підхід до викладання цієї дисципліни. Вони розглядають життєдіяльність людини, що реалізується в системі "людина–природа–техніка". При виявленні людських чинників слід звернути увагу на фізіологічні, а саме, розрахунок людини, зокрема, на аналізатори (зоровий, слуховий, вестибулярний, смаковий, нюховий, шкірний, руховий, вісцеральний), за допомогою яких людина контактує з навколишнім середовищем. Важливо також вивчати психологічну надійність (пам'ять, емоції, сенсомоторні реакції, увагу, мислення, волю, характер, темперамент, соромливість тощо). Потрібно також знати фактори, що знижують життєдіяльність (конфлікти, захворювання, втома та перевтома, алкоголізм, наркоманія, нікотиноманія, біоритми, психофізіологічні особливості підлітків, жінок і літніх людей), а також ті, які сприяють її підвищенню (медико-біологічні методи, дозовані фізичні навантаження, професійний добір і професійна освіта). Цей посібник має форму практикуму – це спроба допомогти студенту засвоїти теоретичні знання та набути практичних навичок у процесі вивчення предмета "безпека життєдіяльності".

Викладання даної дисципліни у вищих навчальних закладах освіти має сформувати профілактичний напрямок мислення та професійної підготовки майбутнього спеціаліста. На практичних заняттях студенти

засвоюють основні методики здорового способу життя, профілактики виробничого травматизму, запобігання професійних захворювань та надання першої долікарської допомоги.

Своєрідним самовчителем, довідником, настільним посібником щодо поведінки сучасної людини в екстремальній ситуації є книга "Азбука виживання" (Гостюшин, Шубина, 1996). Її автори стверджують, що особливо в останні роки у складних та непередбачуваних ситуаціях людям доводиться розраховувати в першу чергу на самих себе.

Наступна книга "Як вберегти дитину від тюрми та панелі" (Тархова, 1997) має практичне спрямування, написана доступною зрозумілою мовою як для молоді, так і для людей зрілого віку (батьків), містить прикладну інформацію, зібрану на основі детального аналізу проблеми на прикладах виховання дітей з антисоціальною поведінкою.

Відома праця американських фахівців із суїцидології та психології кризових станів К. Лукаса, Г.Сейдена (2000) "Мовчазне горе: життя в тіні самогубства," присвячена психології переживання людей, котрі перенесли самогубство близької людини, та їх реабілітації після перенесеної психотравми. Останнім часом практичні психологи констатують такі факти в життєдіяльності школярів, студентської молоді: думки про самогубство, реальні спроби суїцидальних дій, втрата інтересу до життя, конфлікти з однолітками, батьками, вчителями, прояви деструктивної поведінки в різних аспектах. Знайомство з вищезгаданою працею американських фахівців буде корисним як для фахівців, так і длябатьків, а аткож майбутніх психологів, педагогів, молоді.

У книзі Г.Цвілюка "Школа безпеки, або як поводити себе в екстремальних ситуаціях" (1997) обговорюються важливі питання особистої безпеки людини. Головною метою автора є дати рекомендації щодо найпростіших способів надання першої допомоги людям, які зазнали ушкоджень внаслідок нещасних випадків, катастроф тощо. Крім того, тут наведено й елементарні вказівки, що стануть у нагоді педагогам, працівникам міліції, представникам громадськості при навчанні школярів правилам особистої безпеки: поведінці на вулицях, в під'їздах тощо – з метою запобігання нещасних випадків, викрадення тощо.

У більш детальному виданні в галузі безпеки життєдіяльності (Карамзинов и др., 2001) викладено її основні поняття й категорії, наведено відомості про хімічні, фізичні та біологічні небезпеки, що загрожують природі й людині.

У навчальному посібнику Д.Кривошеїна із співавторами (2000) розглянуто широке коло загальноекологічних проблем з позиції ідеї коеволюції людини та біосфери з метою формування у студентів екологічного

мислення, а також питання екологічної безпеки, безпеки життєдіяльності, джерел та рівнів забруднення біосфери, моніторингу, застосування математичних моделей в екології, екологічного права.

Забезпечення життя і здоров'я людини в навколишньому середовищі, поглиблення суперечностей у суспільстві та посилення небезпеки виникнення надзвичайних ситуацій, що призводять до широкомасштабних технологічних катастроф, та небезпечних природних явищ – усе це є предметом аналізу праці І.Миценка (1998). У його книзі містяться матеріали з питань радіаційної безпеки, впливу на людину небезпечних та шкідливих факторів природного, техногенного та виробничого середовища, а також захисту населення в надзвичайних ситуаціях, а, крім того, безпеки економічної діяльності, нормативно-правової основи безпеки життєдіяльності.

Слід згадати одне з перших в Україні дисертаційних досліджень Н.Герман "Безпека життєдіяльності людини в педагогічній спадщині українських просвітителів кінця XIX – початку XX століття" (2000).

У Київському національному університеті імені Тараса Шевченка розпочато апробацію авторських програм викладачів природничих та гуманітарних факультетів. Наказом ректора № 538-32 від 15.11.95 було затверджено програму з навчання керівних кадрів університету з курсу "Безпека життєдіяльності" (Навчання керівних кадрів…, 1995).

У концепції освіти "Безпека життя і діяльності людини" (2001) наголошується на принципі управління безпекою та допустимого ризику. При цьому слід враховувати, що серед чинників ризику в системі "людина–техніка–довкілля" 75 % становить людський чинник.

У навчальних посібниках О.Дмитрука, Ю.Щура (1998;1999) розглянуто теоретичні положення, методики, правила та надано практичні рекомендації з безпеки життєдіяльності в польових експедиційних умовах для фахівців-природознавців: географів, геологів, біологів, екологів, краєзнавців, експедиційних працівників, інструкторів туризму, туристів-аматорів і широкого загалу подорожуючих.

Один з перших навчальних посібників, зорієнтованих саме на студентів, педагогів, слухачів курсів підвищення кваліфікації, створено колективом викладачів (Захарченко та ін., 1996) за матеріалами лекцій, прочитаних в Українській державній академії зв'язку імені О.Попова у 1992–1993 рр., і республіканської конференції (Одеса, жовтень 1992 р.). У ньому розглянуто питання, що стосуються нової навчальної дисципліни "Безпека життєдіяльності" в умовах виробництва, побуту та в надзвичайних ситуаціях: системний аналіз безпеки життєдіяльності, поведінка людини в системі людина–машина–середовище

існування, прогнозування надзвичайних ситуацій і розробка напрямків ліквідації наслідків аварій, катастроф і стихійного лиха, контроль і керування умовами життєдіяльності тощо.

У підручнику С.Бєлова із співавторами (2001), підготовленому відповідно до програми курсу "Безпека життєдіяльності" для всіх спеціальностей та напрямків освітнього рівня бакалавр, узагальнено нові наукові та практичні досягнення у сфері безпеки життєдіяльності.

2001 р. вийшов друком підручник Є.Арустамова для студентів вищих навчальних закладів гуманітарного та економічного профілю, в якому досить детально викладено матеріали, що стосуються шкідливих та небезпечних факторів виробничого, природного середовища, а також середовища мешкання людини, заходів профілактики їхніх негативних впливів на людину, засобів забезпечення безпеки та екологічності технологічних і виробничих процесів, організації захисту населення в умовах надзвичайних ситуацій, структури й механізмів функціонування діючої в Російській Федерації системи управління безпекою життєдіяльності, деяких особливостей вирішення даних питань у торгівлі та споживчій кооперації.

На думку авторського колективу під керівництвом В.Кобевника (1998), кожен спеціаліст будь-якого профілю, який займається (чи займатиметься) питаннями експлуатації технічних систем, споруд, обладнання й апаратури, має володіти необхідними екологічними, теоретичними і практичними знаннями, а саме, вмінням контролювати та оцінювати ступінь забруднення довкілля, планувати заходи екологічного захисту й відновлення чистоти навколишнього середовища. Кожному громадянину держави слід добре усвідомити відповідальність перед сучасним і майбутнім поколіннями за збереження і чистоту довкілля. Це зобов'язує берегти природу та охороняти її багатства, неухильно виконувати передбачені правилами та інструкціями заходи щодо запобігання забруднення водних ресурсів, земель, атмосфери, збереження тваринного і рослинного світу. Даний посібник призначений для студентів технічних вищих навчальних закладів і може бути корисним при розробці питань охорони навколишнього середовища і безпеки життєдіяльності в курсових і дипломних проектах, а також становить інтерес для інженерно-технічних працівників різних галузей народного господарства, до сфери діяльності яких входять проблеми екології та безпеки праці.

Колектив українських вчених у складі Л.Корочкіної, М.Горідько, Т.Цареградської (1997) підготували курс лекцій з безпеки життєдіяльності у галузі фізики, який традиційно охоплює аспекти взаємодії суспільства,

людини та природи, природні та техногенні небезпеки. На нашу думку, це видання стане в нагоді при підготовці сучасних висококваліфікованих фахівців, які працюватимуть у напрямку забезпечення динамічної рівноваги планетарної земної соціоекосистеми.

Навчальний посібник групи авторів під керівництвом завідувача кафедри безпеки життєдіяльності Київського державного економічного університету О.Бабенка (Бабенко та ін., 1996) також можна віднести до публікацій прикладного характеру, що розкриває особливості негативного впливу факторів зовнішнього екзогенного середовища на життєдіяльність усіх компонентів біосфери.

Учені Чернівецького державного університету імені Юрія Федьковича С.Микитюк, П.Булига, Н.Стратійчук, Є.Федоров (Безпека життєдіяльності, 1999, 2000) підготували навчальний посібник, в якому розглянуто питання середовища проживання та фізіології праці людини, а також безпеки життєдіяльності в умовах надзвичайних ситуацій.

У навчальному посібнику М.Бака, Л.Мельничука, В.Сівко (1995) розглянуто питання створення безпечних умов життєдіяльності, прийняття рішень в умовах надзвичайних ситуацій щодо захисту населення та персоналу об'єктів народного господарства від можливих наслідків стихійних лих, аварій, катастроф, дії сучасних засобів масового ураження, а також наведено шляхи ліквідації цих наслідків. У посібнику наведено дані про небезпечний вплив психофізіологічних та виробничих факторів на життєдіяльність людини, рекомендації щодо захисту людей від радіації, аномальних явищ і феноменів, а також відомості щодо шкідливих наслідків наркоманії, токсикоманії, алкоголю тощо.

На відміну від традиційного подання лекційного матеріалу для природничих спеціальностей, автори публікації співробітники Донбаської державної машинобудівної академії Л.Дементій, А.Авдєєнко (1998) включили новий розділ "Характеристика людини як елементу системи "людина–середовище мешкання" з акцентом саме на психологічних та психофізичних аспектах. Крім того, корисною, на нашу думку, для майбутніх фахівців технічних спеціальностей є інформація, що наведена у відповідних розділах: загальна характеристика аналізаторів; психічні функції та процеси в діяльності людини; працездатність людини та її динаміка; фази працездатності; стрес й адаптація; заходи для підтримання оптимальної працездатності; психологія безпеки діяльності, психічні процеси, властивості й стани; психологічні причини виникнення небезпечних ситуацій і виробничих травм; стимулювання безпеки діяльності; поведінка людини в аварійних ситуаціях; профвідбір.

Серед робіт останніх років фахівців природничих та гуманітарних спеціальностей слід згадати навчальні програми курсів, методичні вказівки, плани практичних лабораторних занять та практикумів (Білоус, 1998; Северин, 2000; Слободян та ін., 2002; Навчальна програма нормативної дисципліни "Безпека життєдіяльності", 1999; Олексюк, 2000; Шовкопляс та ін., 2002).

У навчальному посібнику В.Кожина (1998) наведено термінологію нової дисципліни, мету, зміст та її наукові завдання; небезпечні та шкідливі фактори середовища мешкання та їхній вплив на людину; методи ідентифікації небезпечних і шкідливих факторів токсичних систем; засоби захисту людини в надзвичайних ситуаціях, прийоми ліквідації наслідків аварій, катастроф, стихійних лих.

У навчальному посібнику творчого колективу викладачів кафедри безпеки життєдіяльності Харківської академії міського господарства на чолі з В.Лушкіним (2001) значну увагу приділено розділу "Людина як елемент системи людина–життєве середовище", ґрунтовно розглянуто такі питання: біоритми та їхня роль у житті людини; мотиваційні, емоційні, вольові та психомоторні процеси; психічні характеристики особистості; психофізіологічний стан людини та вплив на неї наркотичних, лікарських та інших речовин, що є особливо актуальним для життєдіяльності молоді; організм в технічному оточенні; технічні засоби підтримання життя; біотехнічні системи; інженерна фізіологія; штучні органи; індивідуальне захисне спорядження та засоби індивідуального захисту.

Два навчальні посібники О.Мягченка (2000, 2001) призначено для студентів вищих навчальних закладів Ш та IV рівнів акредитації гуманітарних спеціальностей. У першому з них в історичному аспекті розглянуто виникнення, становлення, розвиток і сучасний стан вчення про безпеку людини в різних галузях її діяльності, у другому – небезпеки, які характерні для кожного елементу складної ергономічної системи людина–машина–середовище, а також питання безпеки людини у виробничому, побутовому, природному середовищах, у надзвичайних ситуаціях, правові аспекти безпеки життєдіяльності. Він містить додатковий матеріал, необхідний для проведення практичних робіт, а також загальні рекомендації щодо поведінки у повсякденному житті.

У книзі "Охорона життя і здоров'я учнів та безпека їх життєдіяльності" (Островерха та ін, 1999) висвітлено сучасні проблеми медико-демографічного та еколого-соціального стану в Україні, особливості сучасного світобачення та уявлень про сутність людини, її духовне і психічне (душевне) здоров'я. Надано конкретні рекомендації щодо ро-

боти з емоціями, виходу із стресових та депресивних станів, досягнення життєвого успіху.

Завданням посібника Ю.Чириви і О.Баб'яка (2001) є теоретична та практична підготовка студентів для забезпечення здорових і безпечних умов життєдіяльності людини в навколишньому середовищі як природному, так і виробничому. При підготовці посібника, керуючись основними положеннями концепції та навчальної програми з безпеки життєдіяльності, автори дещо розширили коло питань, що містяться в цих документах.

У підручнику "Безпека життєдіяльності" (Русак та ін., 2000) систематично викладено основні положення цієї наукової та навчальної дисципліни, що активно розвивається: предмет безпеки життєдіяльності, ідентифікація небезпек, оточуючих і супроводжуючих людину протягом усього її життя, та засоби захисту від них. Розглянуто особливості захисних дій в екстремальних і надзвичайних ситуаціях.

За підтримки Міністерства з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерства освіти України, Київського міжнародного університету цивільної авіації в 1998 р. у Києві було проведено Всеукраїнську науково-практичну конференцію "Безпека підприємств у надзвичайних ситуаціях. Підвищення рівня підготовки різних категорій населення, які навчаються з безпеки життєдіяльності людини" (1998).

Серед тем виступів фахівців, які безпосередньо охоплюють широке коло питань досліджуваної науково-практичної проблеми, слід зазначити: О.Бабенко "Безпека життя людини сьогодні і завтра"; В.Хяннікейнен, Л.Швед "Мотивація рятувальної діяльності"; В.Щадко "Підвищення рівня підготовки різних категорій населення з питань безпеки життєдіяльності"; С.Орешко "Ефективність підготовки викладачів та студентів вузів до захисту своїх колективів в умовах надзвичайних ситуацій"; М.Купчик, О.Слободян, М.Яцюк, О.Василик "Досвід планування та вивчення дисципліни "Безпека життєдіяльності"; В.Бенівський "Ефективність підготовки викладачів і студентів вузів до захисту своїх колективів в умовах надзвичайних ситуацій"; В.Старчак, І.Костенко, О.Мартинюк, С.Наумчик "Про проблемне навчання студентів з дисципліни "Безпека життя і діяльність людини"; І.Миценко "Навчання спеціалістів основам безпеки; М.Ліщук "Безпека життєдіяльності людини як проблема та навчальна дисципліна"; І.Науменко "Навчальні програми в контексті нової освітянської концепції "Безпека життя і діяльності людини"; О.Коновалов, М.Герасимчук "Безпека життєдіяльності як складова загальної (валеологічної) безпеки і здоров'я

людини"; О.Гавриленко, Л.Калініченко, Л.Олешко, Г.Кремечек "Психологічна адаптація людини в екстремальних ситуаціях".

У збірнику (Второй международный симпозиум..., 2002) наведено доповіді та повідомлення з питань безпеки життєдіяльності, а саме: джерела небезпеки; методи аналізу техногенних ризиків; нові теоретичні та прикладні рішення, зорієнтовані на зниження ризиків; радіаційна безпека; надзвичайних ситуацій: сучасні методи оцінки й управління ризиками НС (надзвичайними ситуаціями); система заходів ліквідації наслідків.

При традиційному викладі науково-практичних проблем безпеки життєдіяльності (з акцентом на мінімізацію зовнішніх факторів впливу техногенного середовища на життєдіяльність біогеоценозу) доповіді мали філософсько-психологічну та медико-біологічну спрямованість. У зв'язку із цим доцільно звернути увагу на такі з них: Л.Чесанов, А.Кораблева "Роль екосистеми при формуванні екологічної свідомості"; Л.Дуброва "Нове при вирішенні питань зниження травматизму на виробництві та професійної захворюваності"; А.Павлов "Вирішення екологічних проблем у створенні нових технологій"; А.Шостак "Вода і здоров'я населення"; Д.Вольфович "БАТ "Натіпол" – коректор екологічно пов'язаних метаболічних порушень здоров'я"; В.Бєліков "Принципи побудови індивідуальних та колективних програм екологічної профілактики, адаптації та реабілітації"; В.Ванханен "Вітамінна забезпеченість та шляхи її корекції з метою профілактики прискореного старіння населення України"; Н.Калюга, І.Потаповська "Заразні хвороби і проблеми ендокринології"; Т.Луговська, Г.Бут "Захворюваність генітальним герпесом у жінок репродуктивного віку"; Л.Ільченко "Нові розробки у діагностиці реакції організму на ліки"; Т.Луговська, О.Донець "Гормональна реабілітація жінок під час пост менопаузи – гарантія безпечної та активної старості"; Л.Скрипник "Індивідуалізація навчання школярів – основа їх майбутньої безпечної життєдіяльності".

У віснику наукових праць "Охорона праці, охорона навколишнього середовища, безпека життєдіяльності, ресурсозбереження" (2002) наведено результати наукових досліджень у галузі охорони праці, безпеки життєдіяльності, а також описано нові розробки вчених Науково-дослідного і проектно-конструкторського інституту "Параметр", науково-виробничої компанії "БАД-екологія", Донбаського гірничо-металургійного інституту, а також інших вищих навчальних закладів й установ України й країн ближнього зарубіжжя – Росії, Молдови, Білорусі.

Серед статей цього вісника привертають увагу дві, тематика яких пов'язана з темою нашого монографічного дослідження: С.Капранов "Вплив паління та вживання спиртних напоїв на показники артеріального тиску у старшокласників промислового міста" і Н.Ткаченко, А.Буянов "Про викладання курсу безпеки життєдіяльності для гірничих спеціальностей".

2.4. Етапи становлення концепції та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності та підтримання здоров'я"

Формування власної концепції вивчення предмета "Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я" протягом останніх 10 років у науково-педагогічній діяльності автора даної монографії проходило у два етапи. Перший етап – теоретико-методологічний – був найскладнішим і включав теоретичний пошук, вивчення та осмислення існуючих як класичних, так і новітніх концепцій у розробці даного науково-практичного напрямку міждисциплінарної науки, що відбилося в оглядовій статті "Діагностика підтримання індивідуально-психологічного стилю життя здоров'я "здорової людини" (1995). У двох наступних статтях автор, по суті, означує предмет і об'єкт досліджуваної проблеми: "Здоров'я "практично здорової" людини як проблема формування науки валеології" (1996) та "Здоров'я населення України різних вікових категорій (соціально-демографічний аналіз 1986–1992 роки)"(1997).

У методичних настановах "Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку" (Корнієнко, 1998) накреслено перспективи бачення та впровадження в навчальний процес розглядуваного інтегративного курсу. Досить вагомим підґрунтям майбутньої програми стали також дві статті "Етапи формування науки валеології як основи безпеки життя людей XXI століття"(1998), де й було сформульовано теоретико-методологічні засади філософсько-психологічних, соціально-психологічних, медико-біологічних, психофізіологічних та психодіагностичних аспектів "здоров'я практично здорової людини", проведено детальний аналіз науково-практичних підходів до цього питання вчених різних країн світу. Актуальність другої статті "Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління"(1998) зумовлено необхідністю виокремлення цінності психосоматичного здоров'я людей різних вікових категорій і, в першу чергу, його загрозливим станом у підростаючого покоління України.

Робочі положення концепції, яка проходила теоретико-методологічну та практичну апробацію в навчальному процесі, у виступах автора на конференціях, було опубліковано в матеріалах III Харківських міжнародних психологічних читаннях: "Психосоматичне здоров'я людей середнього віку життя: проблеми викладання дисципліни, наукові дослідження, практична робота" (1999), а потім й у статті "Індивідуально-психологічні особливості структури мотивації практично здорових жінок середнього віку життя" (2003).

Слід акцентувати увагу на одній з останніх робіт, що включає як теоретико-методологічний, так і навчально-програмний матеріал для фахівців – "Програма тренінгу: "Здоров'я молоді – майбутнє держави" для центрів психосоматичного здоров'я (у структурі вищих навчальних закладів України)" (2002).

Одним із здобутків автора була підготовка навчального посібника "Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей" (Корнієнко, 2000), матеріали якого увійшли до інтегративного навчального курсу "Безпека життєдіяльності".

Підготовка та апробація комплексної авторської концепції проводилася протягом 1995–2003 рр. Одним із джерел інформації щодо розглядуваної проблеми була міжнародна навчально-освітня програма "Tempus-Tacis" (1996–1999), в якій автор брав безпосередню участь і в якій співпрацювали вчені чотирьох європейських університетів: координатор програми – Паулетта Ван Ост, професор, завідувачка кафедри клінічної психології Гентського університету (Бельгія), Іна Ван Берклаєр, професор факультету соціальних наук Лейденського університету (Голландія), Вільям Юл, професор кафедри психології Інституту психіатрії Лондонського університету (Англія) та Л.Бурлачук, професор, завідувач кафедри психодіагностики та медичної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (Україна).

На формування власної концепції інегративного курсу вплинула участь автора в інших міжнародних проектах, виступи на конференціях, у дискусіях у Вільнюському університеті (1999 р.), участь у другій європейській конференції "Від Ванкувера до Владивостока: університетський волонтерський рух для суспільства, що розвивається" (Сатандер (Іспанія), 2001), читання курсу лекцій у Коплутенському університеті (Мадрид (Іспанія), 2003) (Kornienko, 1999, 2001, 2003).

Перший етап апробації інтегративного курсу проходив за результатами досліджень за проектом "Україна: клінічна психологія та допомога дітям" 1994–1997 рр. при викладанні "Основ валеології" в Укра-

їнському гуманітарному ліцеї Київського національного університету імені Тараса Шевченка за нижченаведеною програмою.

НАВЧАЛЬНО-ОСВІТНЯ ПРОГРАМА "ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ УКРАЇНИ НА МЕЖІ СТОЛІТЬ"
Теоретико-методологічні положення

1. Філософсько-психологічні, релігійні аспекти сприйняття, відчуття людьми різних народів світу, національностей, вікових категорій проблем здоров'я, хвороби, проміжного стану.

Дослідження ідей здоров'я періоду античності, Середньовіччя, епохи Відродження, Просвітництва та сучасні досягнення науки про хворобу, проміжний стан та здоров'я.

2. Визначення поняття ***об'єкт навчально-освітньої програми:*** пошук шляхів діагностики, корекції, розвитку, підтримання психосоматичного здоров'я учнівської молоді у структурі навчального процесу Українського гуманітарного ліцею Київського національного університету імені Тараса Шевченка та діяльності центру здоров'я ліцею.

Предмет програми: дослідження здоров'я "практично здорових учнів" (через виділення понять здоров'я, проміжного психосоматичного стану, хвороби як першоджерел формування науки про здоров'я).

3. Інтегративні принципи діяльності центру здоров'я та програми "Психосоматичне здоров'я дітей на межі століть" в Українському гуманітарному ліцеї.

3.1. *Цілісності* біопсихосоціальної моделі розуміння здоров'я, проміжного стану, хвороби.

3.2. *Системності* максимального врахування та включення об'єктивних і суб'єктивних факторів у діяльності моделі: центр здоров'я – навчальний процес – соціальне оточення – учень.

3.3. *Єдності теорії та практики* теоретико-методологічних й емпіричних (прикладних) чинників для обґрунтування: гіпотези, мети, завдань, структури, етапів реалізації, інтерпретації експериментально-дослідницької роботи та впровадження результатів у практику навчально-виховної роботи ліцею.

3.4. *Безперервності та систематичності* діяльності центру здоров'я й відповідної програми протягом трьох взаємопов'язаних етапів (першого, другого, третього років навчання в ліцеї), інтелектуально-просвітницької та оздоровчо-рекреаційної діяльності учнівської молоді, педагогічного колективу, батьків.

3.5. *Послідовності "семи етапів"* функціонування та впровадження розробленої програми в центрі здоров'я ліцею:

перший етап – діагностика;
другий – профілактика;
третій – розвиток;
четвертий – формування;
п'ятий – корекція;
шостий – навчання;
сьомий – підтримання психосоматичного здоров'я учнівської молоді, кураторів академічних груп, викладачів, батьків.

3.6. *Індивідуально-психологічної орієнтації* центру здоров'я, розробленої програми і моніторингу успішності навчання з урахуванням стану психосоматичного здоров'я, можливих проявів девіантної поведінки (соціальна поведінка, яка характеризується ознаками відхилення від норми, а саме: проституція, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, намагання позбавити себе життя, сексуальні збочення тощо).

3.7. *Всебічності та наукової об'єктивності* дослідження здоров'я, хвороби, проміжного стану як універсальних та особливих понять з урахуванням впливу національних, міжкультурних, етнічних, географічних, екологічних, кліматичних, біологічних та соціальних чинників. Ми відстоюємо походження сучасного стану досліджуваної проблеми здоров'я людини як інтернаціонального феномена, який притаманний будь-якій народності країн земної кулі. Наша позиція в навчанні та ознайомленні учнів, педагогічного колективу, батьків орієнтується на пошук найбільш ефективних оздоровчо-просвітницьких, профілактичних програм як минулого, так і сучасного стану розвитку науки про здоров'я для збереження багатонаціонального генофонду населення України.

4. Виходячи з висунутих принципів, впровадження розробленої програми "Психосоматичне здоров'я молоді України на межі століть"має включати: поетапне засвоєння знань, умінь, практичних навичок для формування, розвитку, корекції відповідної мотивації поведінки з метою підтримання психосоматичного здоров'я учнів, викладачів, батьків гуманітарного ліцею на першому, другому, третьому курсах з урахуванням майбутньої фахової орієнтації.

РОБОЧИЙ ПЛАН ВИКЛАДАЧА
Перший рік навчання
Вступна частина

1. Дослідження медико-фізіологічного, психофізіологічного та індивідуально-психологічного рівня здоров'я учнівської молоді.

2. Виділення реабілітаційних груп ліцеїстів з відхиленнями у стані здоров'я: психоемоційної сфери; серцево-судинної; шлунково-

кишкового тракту; вади постави, зору, опорно-рухового апарату; респіраторні, інфекційні захворювань та інші можливі порушення.

3. Організація оздоровчо-профілактичних процедур у структурі навчального процесу та діяльності центру здоров'я: фізіотерапія, аромотерапія, фітотерапія, дієтологія. Систематичне ведення паспорта здоров'я із зазначенням набуття навичок самоаналізу, самоспостереження за динамікою психосоматичного здоров'я протягом навчального року.

4. Прищеплення навичок особистої гігієни як важливого компонента людської культури та формування особистості.

5. Ознайомлення ліцеїстів з основними принципами й методами профілактики інфекційних захворювань, дитячого травматизму, нещасних випадків, отруєнь і дорожньо-транспортного травматизму.

6. Медико-фізіологічні, психофізіологічні, педагогічні аспекти статевого життя та виховання ліцеїстів, ознайомлення з принципами профілактики венеричних захворювань і СНІДу, аномальної статевої поведінки, вагітності та ранніх абортів.

7. Проведення систематичного валеологічного моніторингу стану здоров'я учнів і порівняльного аналізу успішності навчання в системі: учень – батьки – куратор – викладачі-предметники – центр здоров'я – адміністрація.

Другий рік навчання
Головний етап вивчення предмета

1. Аналіз відображених у монографічній, науково-популярній літературі даних сучасних досліджень, медико-біологічних, соціально-психологічних, психофізіологічних особливостей стану "практично здорової людини" та корекція прояву хворобливих відхилень психосоматичної сфери учнів підліткового та юнацького віку.

2. Міждисциплінарні зв'язки валеологічної освіти з філософією, психологією, релігією, біологією, українознавством, фізичною культурою як можливість поетапної інтеграції науки про здоров'я в систему забезпечення гармонії та підтримання життєдіяльності нації.

3. Пошук шляхів для формування мотивації до здорового способу життя та поведінки в безперервній валеологічній освіті в системі учень – батьки – куратор – викладачі-предметники – центр здоров'я – адміністрація ліцею, особливо в ситуації, коли соціальне оточення пропагує інші, негативні цінності (насильство, жорстокість, вседозволеність, культ аномального сексуального життя, паління, наркоманію, пияцтво та інші форми відхилень поведінки).

4. Значення проблеми підтримання психосоматичного здоров'я та її взаємозв'язок з успішністю (відставанням) у навчанні ліцеїстів з базових природничих та гуманітарних дисциплін.

Прикладний етап засвоєння та впровадження практичних знань у повсякденне життя ліцеїстів, педагогічного колективу, батьків

1. Дослідження та навчання діагностиці об'єктивних і суб'єктивних проявів психосоматичного стану здоров'я ліцеїстів: сон; харчування; індивідуальні розрахунки біологічних, добових, місячних ритмів фізичної, інтелектуальної працездатності; самоаналіз негативних (позитивних) проявів поведінки, орієнтованої на здоровий чи нездоровий спосіб життя; діагностика самопочуття, артеріального тиску, пульсу, ритмів дихання, температури тіла (у себе, своїх однолітків, членів сім'ї); аналіз суб'єктивної задоволеності чи незадоволеності собою, життям, соціальним оточенням.

2. Ознайомлення та навчання ліцеїстів традиційним (західним) та нетрадиційним (східним) загальнооздоровчим, розвиваючим, корекційним методам для підтримання здоров'я.

3. Упровадження індивідуально-психологічної трикомпонентної методики навчання елементам масажу (класичного, східного, само- і взаємомасажу). Проведення занять у класних кімнатах, приміщеннях центру здоров'я, спортивному залі з демонстрацією навчального матеріалу на слайдах за методикою О.Корнієнка, О.Тихонової (1990)*:

перший етап (теоретичний) – розповідь, демонстрація техніки масажних прийомів на слайдах, схемах, ведення конспекту учнями;

другий (практичний) – проведення масажних прийомів учнями на собі, один на одному з урахуванням можливостей використання парт і стільців у класній кімнаті, спортивному залі, приміщенні центру здоров'я;

третій (удосконалення навичок масажних прийомів) – закріплення пройденого матеріалу через відпрацювання методики членами сім'ї (враховуючи вікові, статеві особливості, бажання родичів освоїти конкретну методику й техніку проведення масажних прийомів, наприклад, при головних болях, підвищеному або зниженому артеріальному тиску, безсонні, втомі тощо) (Корнієнко, 1994).

4. Навчання ліцеїстів, кураторів, викладачів, батьків основам психічної саморегуляції та психогігієни (аутогенному тренуванню, відповідним дихальним вправам, психом'язовій релаксації, психотренінгу

* Методика пройшла апробацію й підтвердила свою ефективність у профілактичній і корекційній роботі з людьми середнього віку. Для учнів ліцею застосовувалися більш прості методи навчання класичному та східному масажу.

під час гри та вправ). Навчання супроводжується показом пейзажних слайдів тонізуючо-заспокійливого спрямування.

Третій рік навчання
Заключний етап

1. Психолого-педагогічний аспект гармонійного розвитку психосоматичного здоров'я, навчання, дозвілля учнів за активної участі батьків.

2. Консультаційна діяльність, яка включає постійно діючий центр здоров'я у структурі ліцею, до якого можуть звертатися батьки протягом навчального року у зручний для них час й отримувати кваліфіковану консультацію від співробітників центру – викладача валеології, психологів, учителів фізичної культури, лікаря, спеціаліста з гомеопатії та інших фахівців.

3. Корекційно-розвивальна робота, що має на меті використання новітніх технологій формування, розвитку, корекції та підтримання здоров'я дітей – майбутнього держави Україна.

***

Мета запропонованої робочої програми спільних занять – доведення до відома кожного батька та матері науково обґрунтованої інформації про стан психосоматичного здоров'я їхніх дітей, закономірностей його взаємозв'язку з успішністю навчання; надання необхідної консультативної допомоги; впровадження здорового способу життя в кожну сім'ю. Теми конкретних занять для батьків включають три окремі напрямки організаційної, навчально-просвітницької діяльності, їхня кількість і спрямованість залежать від конкретної ситуації, потреб, інтересів батьків.

Таким чином, наведену трирічну навчально-освітню програму та її результати слід розглядати як підготовчу для розробки інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді". Роботу було продовжено протягом 1998–2003 рр. при вивченні цього курсу на факультеті соціології та психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка. з урахуванням специфіки майбутньої професійної діяльності випускників. Автором було розроблено міждисциплінарну, інтегровану програму курсу, яку було обговорено і затверджено на одному із засідань кафедри психодіагностики та медичної психології. Ця дисципліна викладається в об'ємі 36 годин лекційних занять для студентів першого курсу соціологів, психологів, соціальних педагогів. Формою контролю є написання самостійних творчих робіт, реферату та їх захист (Корнієнко, 1999). На третьому курсі туденти-психологи продовжують поглиблене

вивчення даної теми у межах спецкурсу "Методи підтримання психосоматичного здоров'я молоді".

Програма курсу "Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді"
(перший курс)

Основною ***метою*** викладання дисципліни є поетапне формування мотивації до здорового способу життя (думок, настрою, відчуття та сприйняття, установки на відповідну поведінку, орієнтовану на збереження та підтримання здоров'я практично здорового населення: дітей, підлітків, молоді, людей середнього віку, літніх людей).

Тематика курсу:

1. Дослідження основ безпеки життєдіяльності й підтримання здоров'я різних вікових категорій населення України та інших регіонів світу (міжкультурний порівняльний аналіз).

2. ***Предмет курсу*** – пошук шляхів діагностики, розвитку, формування, корекції та підтримання критеріїв психосоматичного здоров'я людей (міжкультурний аспект); ***об'єкт*** – здоров'я практично здорової людини (проміжний стан між здоров'ям та хворобою).

3. Міждисциплінарність курсу про здоров'я, проміжний стан, хвороби та перспективи збереження генофонду населення Землі у XXI ст.

Перелік навчальних дисциплін	Зміст викладання матеріалу
Філософія та релігія	Здоровий спосіб життя
Біологія та екологія людини	Біоекозберігаюча орієнтація життєдіяльності системи: природа – людина – суспільство – всесвіт
Психологія людини	Соціально-психологічні, психофізіологічні, психодіагностичні критерії "здоров'я практично здорової особистості" сучасної людини
Соціологія медицини	Соціальна обумовленість здоров'я населення
Педагогіка здоров'я	Родинне виховання, традиції виховання здорових звичок, поведінки членів сім'ї
Сучасна медицина	Лікування, профілактика захворювання
Фізична культура	Оздоровчо-рекреаційна активність для підтримання оптимального психосоматичного здоров'я
Народна медицина українців та інших народів світу	Фітотерапія, гідротерапія, фізіотерапія, вербальна магія, магія води, вогню, землі, мінералів, чисел
Традиційна медицина	Оздоровчо-підтримуючі системи: китайської, індійської, арабської та іншої медицини

Окультна медицина	Фізіогноміка, френологія, хіромантія, хірономія, медична астрологія, графологія

4. Фундаментальне питання курсу: виділення цінності "здоров'я практично здорової людини" у предметно-практичному щоденному житті.

5. Етапи формування критеріїв душевного (психічного), фізичного, морального здоров'я: ставлення, сприйняття даних феноменів у працях фахівців різних часів та епох: античності, Середньовіччя, епохи Відродження, Просвітництва, сучасності (основні положення).

6. Контрольна (самостійна) робота на тему "Дослідження особистісних критеріїв психосоматичного здоров'я" та її захист.

7. Індивідуально-психологічна діагностика виявів поведінки, характеру, особистості студентів та аналіз рівня, стану критеріїв способу життя, здоров'я, ставлення до шкідливих факторів: паління, алкоголізму, наркотиків та інших відхилень.

8. Розробка, апробація та впровадження індивідуально орієнтованої програми способу життя, навчання, праці, відпочинку для підтримання психосоматичного здоров'я студентів.

9. Підготовка та захист самостійних творчих реферативних робіт.

ПРОГРАМА КУРСУ "МЕТОДИ ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я"
(третій курс)

Метою викладання навчального курсу є ознайомлення та навчання студентів-психологів альтернативним способам збереження, підтримання й розвитку на індивідуально відповідному рівні компонентів психічного (душевного), соматичного (тілесного) здоров'я практично здорової людини та розробка цілісних моделей об'єктивних і суб'єктивних критеріїв здорового способу життя: дітей, підлітків, молоді, людей середнього віку, літніх людей**.**

Тематика курсу:

1. Методи підтримання психосоматичного здоров'я в життєдіяльності людей різних вікових категорій.

2. Дослідження біопсихосоціальної (холістичної) моделі цілісності людини за концепцією.

3. Можливості використання континуальності феноменів: хвороба, нейтральний стан, лікування здоров'я, профілактика, підтримання, розвиток моделей благополуччя людини.

4. Медико-біологічні, соціально-психологічні, міжкультурні, психофізіологічні особливості конкретних лікувальних, реабілітаційних,

профілактичних, оздоровчо-підримуючих, рекреаційних, просвітницьких програм, спрямованих на лікування хвороб і підтримання психосоматичного здоров'я особистості.

5. Комплексний підхід у дослідженні фундаментальних знань і практичних заходів традиційної, сучасної, народної, окультної медицини та методів оздоровчо-підтримуючих програм. Індивідуальна орієнтація комплексного впливу на психосоматичну сферу особистості.

6. Упровадження індивідуально-психологічної триетапної методики навчання елементам масажу (класичного, східного, само- та взаємомасажу) для оптимізації навчально-виховного процесу, зниження стресогенності щоденного життя й підтримання високої розумової та фізичної працездатності студентів (проведення лекційно-практичних занять з демонстрацією навчального матеріалу на слайдах):

перший етап (теоретичний) – розповідь, демонстрація техніки масажних прийомів на слайдах, схемах, ведення конспекту студентами;

другий (практичний) – проведення масажних прийомів (класичних, східних методик) студентами на собі, один на одному;

третій (удосконалення масажних прийомів) – закріплення пройденого матеріалу через відпрацювання методики на членах сім'ї (враховуючи вікові, статеві особливості, бажання людей освоїти конкретну методику та техніку проведення масажних прийомів, наприклад, при головних болях, безсонні, простуді, підвищеному чи зниженому артеріальному тиску, перевтомі тощо).

7. Знайомство та навчання студентів основам психічної саморегуляції та психогігієни: аутогенному тренуванню, його сучасним напрямкам, психом'язової релаксації, психотренінгу під час гри та вправ. Основною метою оволодіння навичками аутогенного тренування є його професійно-прикладне використання в різних сферах життєдіяльності: за підвищеного нервово-емоційного напруження, гіпокінезії та сенсорної депривації, для профілактики десинхронозу, під час навчання для стимуляції творчих здібностей тощо. Навчання різним методам психічної саморегуляції супроводжується елементами пейзажної терапії (демонстрація слайдів тонізуючо-заспокійливої, мобілізаційної спрямованості).

***

У результаті викладання двох навчальних курсів "Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді" на першому курсі та "Методи підтримання психосоматичного здоров'я" на третьому з'являється можливість для студентів відділення психології спеціалізації "клінічна психологія" розширити обсяг науково-дослідницької, практичної діяльності у принципово новому напрямку, а саме, в дослідженні проблем

не тільки хворих людей (людинопатології), котрі перебувають у кризовому стані (це філософія та методологія науки вчорашнього дня), а й, на нашу думку, більш актуальних – робота з "практично здоровими людьми", які більшу частину свого життя проживають у проміжному (передхворобному) стані: невдоволеності собою й навколишнім світом, без надій, перспектив на майбутнє, досить часто відчуваючи психологічний, фізичний дискомфорт, стресогенність нашого буття, зазнаючи різноманітного впливу об'єктивних і суб'єктивних факторів. У центрі уваги має бути проблема перспектив психосоматичного здоров'я молоді XXI ст. Чи є шанс у молодого покоління України зберегти та розвити свої здібності, талант, проявити себе, самореалізуватися як в особистісному, так і в суспільному житті, цінити власне здоров'я? У розв'язанні цієї проблеми має брати участь усе суспільство.

На наш погляд, у глобальних концепціях міжнародної безпеки приділяється недостатньо уваги саме "людському фактору", психосоматичному здоров'ю людини (розвитку, корекції, підтримання) на індивідуально-особистісному рівні. При цьому просто ігнорується найважливіший принцип гармонійного безпечного існування системи: здоров'я індивіда – здоров'я суспільства – здоров'я планети Земля. Тому вважаємо за необхідне доповнити його новими теоретико-методологічними положеннями для поетапної реалізації вищезгадуваного інтегративного курсу (рис.2.2).

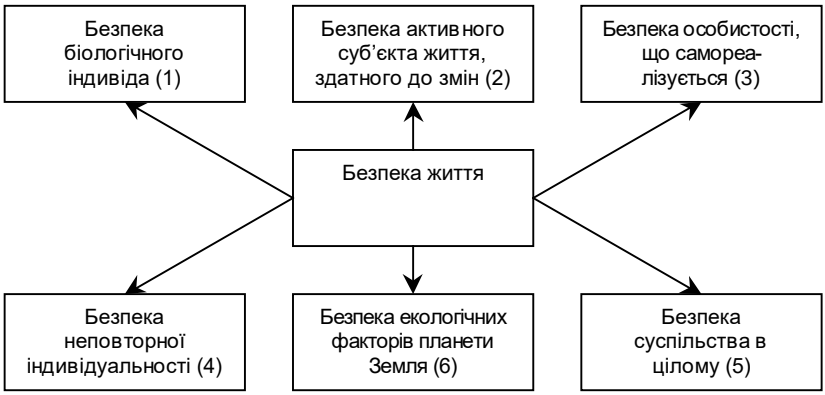


Рис.2.2. Загальна характеристика доповнень до існуючих концепцій "Безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я"

1. Безпека життєдіяльності біологічного індивіда від початку до завершення життєвого шляху людини.

2. Безпека життєдіяльності активного суб'єкта життя, здатного до змін, самопізнання, самоорганізації, сприйняття власного здоров'я та розумного ставлення до нього, а також до здоров'я оточуючих.

3. Безпека життєдіяльності особистості, яка самореалізується, як її життєва мета, суспільний внесок та результат життєдіяльності.

4. Безпека життєдіяльності індивідуальності – пізнавальне, предметно-практичне, соціально-перетворювальне ставлення людини до світу та зрілість ставлення до себе.

5. Безпека життєдіяльності суспільства в цілому як результат сукупності індивідуально-неповторних компонентів здоров'я окремої особистості.

6. Безпека життєдіяльності екологічних факторів планети, універсальність еволюційних законів буття, спрямованих на підтримання "гармонії здоров'я" в системі: "природа – індивід – суспільство – планета Земля"

2.5. Питання пропедевтики та підтримання психосоматичного здоров'я

Одне з основних понять психології здоров'я – психологічне здоров'я, що розуміється як характеристика якості адаптації людини. На противагу поняттю "*психічне здоров'я*, що має медичне значення і відповідіє конкретному психічному захворюванню, "*психологічне здоров'я*" – поняття соціально-психологічне, що відбиває динаміку та міру досягнення людиною самовдосконалення, реалізації власних можливостей. У центрі уваги вивчення психології здоров'я питання професійного та особистісного удосконалення, цінності здоров'я, яким людина жертвує у процесі навчання, роботи, на яке справляють вплив образ її життя, сімейно-особистісні взаємини. Це питання соціальної наркозалежності, так званого "зомбування", формування й профілактики проміжних (між здоров'ям та хворобою) нервово-психічних станів, розладів, депресії, суїцидів тощо.

Аналізуючи праці провідних фахівців країн далекого зарубіжжя про психосоматичне здоров'я, слід виділити три основні напрямки дослідження даної проблеми:

1. Сутність поняття концепції системності будови людського організму.

2. Континуальність феноменів хвороба й здоров'я.

3. Визначення психічного здоров'я та напрямки його дослідження.

Слушною є теза про те, що справжнє розуміння поведінки людини є можливим тільки в її цілісному сприйнятті, тому що людина та її по-

ведінка – це дуже складні явища. І фахівці у сфері здоров'я намагаються розглядати вплив усіх аспектів життя людини в її загальній цілісності – здоров'я та хвороби. Цей підхід спирається на біопсихосоціальну холістичну модель (від грецького holos – цілий) (Lipowski, 1986). Для створення концепції цілісності людини Дж. Енджел (1980) запропонував застосовувати термін "система", який уперше було впроваджено Л.Берталанфі (1968). Поняття "система" автор відносить до динамічної єдності, яка включає постійно взаємодіючі компоненти. Людське тіло є системою – імунна, нервова системи, тканини, клітини. Сім'я, і громада, і все суспільство – це також системи. І як такі вони становлять собою єдності, що за своєю суттю є динамічними, такими, що постійно змінюються і компоненти яких взаємодіють через обмін енергією, речовиною та інформацією. Рис.2.3. ілюструє відношення організму людини як меншу систему в більшій складнішій – соціумі.

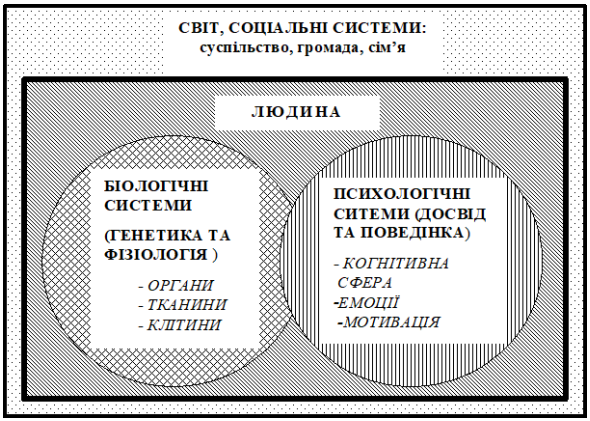


Рис.2.3. Біопсихосоціальна модель З.Ліповського

Існують такі поняття, як рівні розвитку системи, наприклад, клітини в організмі людини, котра функціонує в суспільстві і на яку впливають системи іншого рівня – сім'я, робочий колектив тощо. Розглянемо таку ситуацію: ви серйозно пошкодили ногу, і внутрішня система автоматично мобілізується для захисту тіла від можливих негативних наслідків, і водночас ваша неспроможність до повноцінного життя, втрата працездатності впродовж декількох днів чи тижнів може впливати на ваші соціальні відносини із сім'єю, робочим колективом.

За своєю суттю поняття здоров'я й хвороби не зовсім різні конструкти, вони збігаються. Існують рівні прояву здоров'я та хвороби людини.

А.Антоновскі (1979,1987) запропонував розглядати ці конструкти як певні кінці континууму, стверджуючи при цьому, що "усі ми (люди) являємо собою окремі випадки, та усі ми існуємо доти, поки підтримується процес дихання в нашому організмі та деякою мірою здоров'я" (1987). Ми маємо спрямувати нашу увагу на те, що мотивує людей залишатися здоровими, а також на те, що спричиняє певні хвороби. Модель континууму хвороба/здоров'я з передчасною смертю на одному кінці та високим рівнем здоров'я на іншому наведено на рис.2.4.

На рис.2.4 рух від центру ліворуч – це постійне погіршення стану здоров'я, рух праворуч – поліпшення здоров'я та благополуччя. Модель лікування може забезпечити нейтральний стан, в якому симптоми хвороби виявляються меншою мірою. Модель благополуччя в будь-якому стані зорієнтує людину на нейтральну позицію й стимулюватиме її до руху праворуч. Автори даної концепції рекомендують хворій людині пройти відповідне лікування, але не зупинятися на цьому (Ryan, Travis, 1981).

<table>
<tr><th colspan="2">Передчасна смерть</th><th>Нейтральний стан</th><th colspan="2">Високий рівень здоров'я</th></tr>
<tr><td>епрацездатність</td><td rowspan="4">↓</td><td rowspan="4">Усі ми становимо окремі випадки та існуємо доти, поки підтримується процес дихання в нашому організмі та деякою мірою здоров'я</td><td>Розвиток</td><td rowspan="4">↑</td></tr>
<tr><td>Симптоми</td><td>Освіта</td></tr>
<tr><td>Ознаки</td><td>Усвідомлення</td></tr>
<tr><td>Модель лікування</td><td>Модель здоров'я</td></tr>
</table>

Рис.2.4. Конструкт: континуум хвороба/здоров'я за А.Антоновскі

Під здоров'ям А.Антоновскі (1987) розуміє позитивний стан фізичного, ментального (психічного) та соціального благополуччя за умови відсутності травм чи хвороб, які змінюються протягом континууму, в кінці континууму благополуччя домінує здоров'я, у протилежному – хвороба, що супроводжується деструктивними процесами та призводить до прояву ознак, симптомів, до втрати працездатності.

Психологія здоров'я як науковий напрямок бере свій початок з кінця 1970-х років, коли американська психологічна асоціація, яка працює з великою кількістю галузей психології, зазначила психологію здоров'я саме як напрямок, а через чотири роки вийшов друком офіційний журнал асоціації "Психологія здоров'я" (Health psychology). За визначенням Дж.Матаразо, *психологія здоров'я* – це сукупність внесків виховання, науки, надбань професійної дисципліни психології для

зміцнення й підтримання здоров'я, профілактики й лікування хвороби, ототожнення етіологічних корелятів здоров'я, хвороби, відповідних порушень і поліпшення системи охорони здоров'я та формування політики здоров'я (Matarazzo, 1982).

Остання частина визначення поняття детально розкриває чотири напрямки діяльності фахівців з психології здоров'я:

Перший – **зміцнення та підтримання здоров'я**. Психологи вивчають такі проблеми: чому люди палять чи не палять сигарети, використовують ремені безпеки в машинах, вживають алкоголь, перебувають на особливій дієті. Результатом цього є допомога психологами здоров'я в організації шкільних просвітницьких програм і кампаній у засобах масової інформації для підтримки здорового способу життя.

Другий – **профілактика й лікування хвороб**. Ефективно застосовуються психологічні принципи у профілактиці хвороб, таких як зниження високого кров'яного тиску, серцевих захворювань і паралічу. Тим людям, хто серйозно хворіє, клінічні психологи допомагають пристосуватися до реальних умов життя, підготуватися для участі в реабілітаційній програмі та майбутніх змін, таких як скорочення зайнятості чи обмеження сексуальної активності.

Третій – **націлений на причини (етіологічні кореляції) та виявлення хвороб**. Психологи вивчають причини хвороб, зокрема, особливо важливий особистісний фактор у розвитку хвороби. Психологи здоров'я також досліджують фізіологічні й перцептивні процеси, що використовується при діагностиці зорових і слухових порушень.

Четвертий – **поліпшення системи охорони здоров'я та політика здоров'я**. Психологи працюють у цьому напрямку, досліджуючи, як на пацієнтів впливає медична інфраструктура, фінансування закладів охорони здоров'я. Крім того, вони працюють з медичним персоналом у напрямку підвищення якості надаваної пацієнту медичної допомоги, послуг, відповідальності у ставленні до пацієнтів та взагалі функціонування системи медичного обслуговування як більш доступної для людей.

Актуальним і перспективним напрямком у дослідженні здорової поведінки є розгляд того, як вона змінюється разом із статусом здоров'я індивідуума. С.Касл і С.Кобб (1966) визначили типи поведінки, які *характеризують три стадії розвитку захворювання:*

1. **Поведінка здоров'я** (Health behavior) – це діяльність практично здорової людини у напрямку профілактики хвороб чи виявлення їх на асимптоматичній (початковій) стадії. Така діяльність може включати фізичні вправи, вживання здорової їжі, регулярні огляди у стоматолога та щеплення проти певних хвороб.

2. **Хвороблива поведінка** (Illness behavior) – це діяльність людини, котра відчуває себе хворою, у напрямку визначення стану свого здоров'я та пошуку відповідного лікування. Вона включає скарги на погане самопочуття, появу певних симптомів, звертання по допомогу до родичів, друзів та медичних працівників. Людина, котра відчуває біль у шлунку та скаржиться оточуючим чи домовляється про зустрічі та консультації з лікарем, виявляє хворобливу поведінку.

3. **Рольова поведінка хворого** (Sick-role behavior) – це діяльність особи, котра вважає себе хворою і прагне поліпшити свій стан. Така поведінка включає намагання лікуватися у відповідного спеціаліста і становить цілий комплекс залежної поведінки, що призводить деякою мірою до ігнорування повсякденних обов'язків. Поведінка пацієнта, який отримує рекомендації щодо вживання ліків і залишається вдома для лікування, є поведінкою хворого.

Поведінка здоров'я має превентивну функцію. Це поведінка людей, які підтримують чи поліпшують теперішній стан власного здоров'я та уникають хвороб. Але коли люди почувають себе добре, вони вважають, що немає потреби турбуватися про здоров'я. Таким чином, мотивація поведінки здоров'я в основному залежить від індивідуального ставлення до загрози захворювання, сприймання цінності поведінки для запобігання цій загрозі та привабливості протилежної поведінки. Така нездорова поведінка, наприклад, як уживання спиртного чи паління, дуже часто сприймається як приємна, через що багато людей не намагаються запобігати нездоровій поведінці і можуть навіть відхиляти поради щодо її зміни.

Люди вважають поведінку здоровою чи нездоровою, спираючись на безпосередній досвід та спостереження за поведінкою інших. Це можна продемонструвати на прикладі. Поведінка тоді є стабільною та звичною, якщо особа дотримується її автоматично без усвідомлення: "…Людина є хронічним курцем… і, незважаючи на гострий головний біль, реагує на відкриту пачку сигарет й автоматично тягнеться до неї, бере одну та починає палити, не усвідомлюючи, що відбувається. Тільки коли з'явиться подразнення в носі та горлі через дим, це може привернути його увагу, і тільки тоді він може припинити поведінку паління" (Hunt et al., 1979).

Наступне питання пов'язане з обговоренням особливостей **поведінки захисту здоров'я** (Health-Protective Behavior). Почнемо з аналізу того, що люди, як правило, роблять для захисту свого здоров'я. Для того, щоб відповісти на це запитання, Д.Харріс, Ш.Гутен (1979) дослідили один з видів поведінки, яку вони назвали "поведінка захисту здоров'я" та описали як поведінку людини без урахування статусу її здоров'я з метою його захисту,

підтримання, незважаючи на те, буде чи ні така поведінка постійно ефективною впродовж тривалого часу. Дослідники провели інтерв'ю з 842 дорослими жителями м.Кливленда (США), ставлячи їм таке запитання: "Якого з 30 варіантів поведінки постійно чи майже постійно ви дотримуєтесь для захисту власного здоров'я?" (табл.2.7). Досліджувані зробили акцент на три найбільш характерні варіанти поведінки: 1) сбалансоване харчування; 2) достатня кількість годин сну; 3) наявність поряд із собою списку номерів телефонів для термінових викликів.

Така поведінка була характерною для двох третин опитаних. Майже усі вони зазначили принаймні деякі з 30 варіантів поведінки щодо захисту здоров'я. Незважаючи на те, що результати цього дослідження були досить оптимістичними, виявлено також резерви для їх розширення. Так, певна кількість людей зазначили як чинники такої поведінки захисту здоров'я контроль своєї ваги, виконання достатньої кількості фізичних вправ, відмову від паління, обмеження жирів і кави в дієті та використання ременів безпеки.

Після аналізу табл.2.7 постає запитання: "*Так хто ж все таки дотримується здорової поведінки та чому*?" На нього досить важко відповісти, але очевидним залишається те, що люди поводяться таким чином, зовсім не розуміючи суті поведінки. В одному дослідженні дипломовані медичні сестри, вчителі середніх шків і студенти коледжів оцінили кількість повторень кожного з 30 варіантів поведінки, які розглядалися в дослідженні (Turk et al., 1984). Медичні сестри, наприклад, виявили найвищі показники щодо "наявності списку номерів телефонів для термвнового виклику", вчителі – "контрою за вагою"; студенти – "більшої кількості фізичних вправ".

В іншому дослідженні (Golding, Cornish, 1987) порівнювався стиль життя студентів-медиків і не медиків і було встановлено, що студенти-медики виконують більше фізичних вправ і значно менше палять, надмірно вживають алкоголь та використовують ліки для власного лікування. Кожен з нас, напевно, може пригадати серед свого оточення людей, які більш свідомо ставляться до власного здоров'я. У результаті кількох досліджень було виявлено подібні очікування щодо здорової поведінки та встановлено певну сталість звичок людей (Langlie, 1977; Mechanic, 1979). Ці результати вказують на три особливості:

1. Поведінка захисту здоров'я може значною мірою змінюватися впродовж часу.

2. Звички, характерні для здорової людини, не є загальними, наприклад, одна особа використовує ремені безпеки, але це зовсім не означає, що вона дотримується інших здорових звичок, наприклад, виконання фізичних вправ.

Таблиця 2.7. **Показники випадків постійного чи майже постійного дотримання обраної поведінки для захисту здоров'я (на прикладі 842 досліджуваних)**

№ з/п	Поведінка	Ранг	%
1.	Раціональне харчування	1	66,0
2.	Достатня кількість годин сну	1	66,0
3.	Наявність списку номерів телефонів для термінових викликів	2	65,9
4.	Отримання достатньої релаксації	3	56,4
5.	Наявність аптечки першої допомоги	4	53,1
6.	Знищення старих невикористаних ліків	5	52,3
7.	Візити до лікаря для регулярних оглядів	6	51,1
8.	Молитва чи життя згідно з релігійними принципами	7	47,5
9.	Уникнення переохолодження	8	47,4
10.	Контроль ваги	9	47,0
11.	Розсудлива поведінка	10	46,4
12.	Достатнє виконання фізичних вправ	11	46,0
13.	Уникнення районів міста з великою злочинністю	12	41,2
14.	Відмова від паління	13	41,1
15.	Перевірка електронного обладнання автомобіля тощо	14	40,0
16.	Запобігання появі пригніченого стану	15	39,3
17.	Терміновий ремонт зламаних речей удома	16	39,2
18.	Регулярне відвідування стоматолога	17	36,6
19.	Уникнення зустрічей з лікарями за доброго самопочуття	18	35,3
20.	Проведення вільного часу на свіжому повітрі	19	33,7
21.	Запобігання перевтоми	20	33,0
22.	Обмеження в харчуванні, наприклад, вживання цукру, кави, жирів тощо	21	31,9
23.	Уникнення вживання ліків без рецептів	22	30,2
24.	Ігнорування рекомендацій щодо здоров'я від партнерів, сусідів, родичів	23	29,0
25.	Вживання вітамінів	24	24,1
26.	Відмова від алкоголю	25	24,0
27.	Користування ременями безпеки в машині	26	22,8
28.	Уникнення районів міста із значним забрудненням	27	21,5
29.	Обговорення проблеми здоров'я з партнерами, сусідами, родичами	28	17,1
30.	Використання міцної шовковистої нитки для очищення зубів	29	15,9
	Середньо статистичний показник 40,0; відхилення 39,7		

3. Припускається, що поведінка захисту здоров'я людини може включати кілька варіантів. Так, особа, яка використовує ремені безпеки для захисту від травм, може також і контролювати свою вагу, щоб бути привабливою, і не палити, тому що це може викликати алергічну реакцію.

Актуальним залишається питання, чому звички, орієнтовані на здоров'я, не є значною мірою взаємозалежними та стабільними. Це можна пояснити тим, що вони слугують для досягнення різних цілей. Наприклад, вчені Х.Левенталь, Т.Прохазка (1985) вважають, що люди не тільки дотримуються таких здорових звичок, як достатня кількість сну і обов'язковий сніданок, але й використовують інші види поведінки захисту здоров'я, обмежуючи вживання алкоголю чи сигарет для зниження ризику захворювання. Інша причина низької взаємозалежності звичок полягає в тому, що різна поведінка може по-своєму впливати на певні прояви людського життя. Причиною низької стабільності поведінки захисту здоров'я за певний період може бути й те, що люди змінюються, набуваючи життєвого досвіду. Наприклад, багато людей не кидають палити до того часу, коли вони самі не зрозуміють, що паління є шкідливим. Можливим є фактор впливу однолітків як щодо занять фізичними вправами, так і паління.

Важливим також є питання особливостей процесу профілактики хвороб і травм, який може розглядатися як функціонуюча система, де індивід, його сім'я, спеціалісти в галузі здоров'я та соціальне оточення відіграють певну роль**.**

Людина, яка звертається до власного здоров'я, його зміцнення, часто стикається з боротьбою із самим собою. І перша проблема полягає в тому, що багато чинників здорової поведінки є менш приємними, ніж альтернативної нездорової поведінки, що й призводить до конфлікту. Багато людей, що перебувають у цьому конфлікті, намагаються зберегти баланс у своєму житті, встановлюючи розумні обмеження щодо чинників власної нездорової поведінки. За висновками К.Броунелла (1991), зустрічаються люди, одержимі ідеєю профілактики хвороб, при цьому вони іноді завдають більше шкоди, ніж приносять користі. Друга проблема – це те, що здоровий стиль життя може вимагати від індивіда зміни його тривалої поведінки, яка стала звичкою, небезпечною для здоров'я. Відомо, що сформовані звички важко піддаються змінам. Третя проблема полягає в тому, що досить складно для звичайної людини за непоганого стану самопочуття на даний момент дотримуватися здорової поведінки, особливо якщо це пов'язано з певними обмеженнями та незручностями. Більше того, група відомих фахівців (DiMatteo, DiNikola, 1982; Rosenstok, Kirscht, 1979) вказують на те, що є люди з вираженими проблемами із здоров'ям і разом з тим відсутністю бажання лікуватися й дотримуватися рекомендацій лікарів.

Існують цікаві результати спостережень фахівців за різним ставленням до власного здоров'я членів сімей у зв'язку з тим, що кожен має свої особливі мотиви та звички. Припустимо, що якийсь член сім'ї бажає вживати їжу з низьким вмістом холестерину, але інші проти цього. Подібні обставини можуть викликати непорозуміння в сім'ї щодо превентивних заходів для підтримання здоров'я, яких дотримується більшість у родині (Beach, Mayer, 1990; Breslow, 1983).

Здоров'я людини змінюється протягом життя – чоловіки та жінки, наприклад, мають певні особливості у ставленні до власного здоров'я та задоволення відповідних потреб превентивної поведінки з метою його підтримання. У працях зарубіжних фахівців досить активно досліджується такий напрямок, як розвиток особистості та відповідна поведінка для підтримання здоров'я. Біологічні, психологічні та соціальні фактори, які впливають на здоров'я людини, змінюються протягом життя й зумовлюють різні проблеми щодо її здоров'я та пошуку шляхів їх розв'язання. Наприклад, для підлітків і молоді існує значний ризик травматизму в автомобільних аваріях, а в дорослих – досить високий ризик серцевих захворювань. Таким чином, слід враховувати різні підходи для проведення профілактичних заходів для кожного періоду життя людини.

Наукові дані свідчать, що кожного року у США народжується приблизно 250 тис., чи сім з кожних 100, дітей з ускладненнями пологів – від відносно незначних фізичних і психічних порушень до вираженого каліцтва. Деякі із цих ускладнень можуть не виявлятися протягом декількох місяців чи років, деякі є дуже небезпечними.

Упродовж другого року життя малюки починають "проникати скрізь" і, незважаючи на те, що моторний розвиток відбувається дуже інтенсивно, вони перебувають у ситуації підвищеного ризику вдома, наприклад, за наявності гострих предметів, ліків, хімікатів тощо. Фахівці вказують на те, що випадковий травматизм посідає провідне місце серед причин смертності серед дітей і підлітків (Cataldo et al., 1986; United States…, 1991). Батьки, вчителі, вихователі можуть зменшити ризик травматизму, навчаючи дітей безпечній поведінці, спостерігаючи за ними, запобігаючи потраплянню в небезпечні ситуації.

Когнітивні процеси в дитини протягом її вікового розвитку відіграють значну роль, оскільки діти виявляють здатність включатися в поведінку, орієнтовану на захист власного здоров'я, та відчувають відповідальність за його стан (Burbach, Peterson, 1986; Maddux et al., 1986). Завдяки когнітивним здібностям, діти починають розуміти взаємозв'язок між поведінкою та здоров'ям. Це розуміння формується поступово. Коли діти наближаються до підліткового віку, вони починають більше усвідомлювати комплексну взаємодію внутрішніх і зовнішніх факторів здоров'я, хвороби

й одужання (La Greca, Stone, 1985). Вихователям і фахівцям з психології здоров'я слід враховувати особливості вікового розвитку когнітивної сфери дитини, вживаючи превентивних заходів щодо їхнього здоров'я.

Підлітковий період – це особливо критичний час для розвитку та формуванні превентивної поведінки. Незважаючи на те, що підлітки мають когнітивну здатність до прийняття логічних рішень, які забезпечують здорову поведінку, вони також стикаються з різними спокусами та впливом, навіть тиском однолітків, що орієнтує їх на поведінку в деструктивному напрямку (Brumsmick, Merzel, 1986; Jessor, 1984; La Grega, Stone, 1985).

Підлітковий період розкриває можливості для перших спроб сексуального життя, паління, випивки та вживання наркотиків. Підлітки також навчаються керувати автомобілем і, на жаль, поєднують набуття цих навичок з уживанням алкоголю чи наркотиків. Більша кількість смертельних нещасних випадків є результатом автомобільних катастрофах та підліткової жорстокості. Так, рівень смертності в автомобільних катастрофах підвищився серед підлітків 15–24 років у шість разів (United States…, 1991). Усі ці особливості поведінки зумовлюють значний ризик для здоров'я підлітків.

Підлітки дотримуються ризикованої поведінки з метою набуття специфічного досвіду й здобуття нових відчуттів, що стають для них більш важливими, ніж можливі негативні наслідки для власного здоров'я.

Разом з тим, за даними групи вчених (Amir, 1987; Harris, Guten, 1979), вони займають активну позицію щодо здорової поведінки з метою захисту, розвитку й підтримання здоров'я. Загалом, люди зрілого віку більше, ніж молодь, дотримуються різних способів здорової поведінки, таких як дієта, медичні огляди тощо (Belloc, Breslow, 1972; Levental et al., 1985). З урахованням вищезгаданих результатів досліджень постає запитання: "*Чи існує взаємозв'язок між віковими особливостями людини та її прихильністю до здорової поведінки*?" На думку фахівців, існують два пояснення даного феномена. *По-перше*, в дослідженні проблем розвитку здорової поведінки загалом використовують методи репрезентативної вибірки (cross-sectional method). Показник віку досліджуваних у відсотках може просто відбивати значну кількість людей, котрі вижили й дотримуються здорової поведінки. *По-друге*, літні та зрілі люди маютьються подібні погляди щодо ефективності цієї поведінки для профілактики таких хронічних хвороб, як підвищений артеріальний тиск, серцеві напади та рак (Levental et al., 1985). Крім того, старші люди сприймають себе як схильних до цих хвороб порівняно з молодими людьми та із цієї причини можуть дотримуватися відповідної поведінки для підтримання здоров'я. Люди зрілого віку, на думку дослідників (Horn, Meer, 1987), живуть довше та мають краще фінансове становище, ніж

у роки молодості. Один з проявів здорової поведінки, який загалом зменшується в міру старіння, це виконання значного обсягу фізичних прав (Levental et al., 1985). Багато літніх людей уникають фізичних вправ тому, що вони схильні до перебільшення небезпеки для здоров'я через навантаження й недооцінюють свої фізичні можливості, а іноді й соромляться (Woods, Bieren, 1984).

В оглядовій статті О.Корнієнка (2003) "Багатофакторність моделей поведінки людей, орієнтованої на хворобу чи здоров'я" розглянуто досить широкий спектр поведінкової активності людей – від прагнення до здоров'я, гармонійного благополуччя, самореалізації особистості у повсякденному житті до протилежних тенденцій, орієнтованих на пошук ефективних методів і доступних засобів лікування, переживання хвороби тощо.

На нашу думку, доцільним є також включення матеріалів наукових розробок даної проблеми російськими фахівцями з Інституту психології здоров'я та особистості (м.Москва). Психологія здоров'я інтерпретується російськими ученими як галузь психології, що займається феноменом здоров'я, здоровою людиною, можливостями збереження та зміцнення загального й психічного здоров'я.

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ

ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я

3.1. Безпека життєдіяльності та сексуальне здоров'я молоді

У дослідженнях І.Давер'янової, С.Заваржина (1998), які розглядають проблему відхилень у статевій поведінці неповнолітніх у кінці XIX – на початку XX ст., стверджується, що це був період бурхливого зростання маргінальних груп підлітків з порушеннями статевих відносин (інколи у віці восьми–дев'яти років), що викликало турботу прогресивних педагогів і лікарів. Безумовно, така поведінка підлітків потребує дуже уважного ставлення з боку громадськості й держави. По-перше, необхідно контролювати потік інформації, який несуть підліткам засоби масової інформації. Як свідчить досвід західних країн, наслідки "сексуальної революції" можуть коштувати державі дуже дорого. По-друге, потрібен комплексний підхід до питань освіти підлітків у галузі сексуальної культури. Слід урахувати роль сім'ї, школи, медиків, засобів масової інформації, національних традицій і церкви у розв'язанні цієї проблеми. Третім компонентом стратегії, спрямованої на позитивні зміни поведінки підлітків, має бути активна пропаганда здорового способу життя, яку підлітки мають сприймати цілком свідомо. До такої роботи можна залучати, окрім працівників освітніх та лікувально-профілактичних установ, відомих авторитетних людей, думки та погляди яких мають вагу в очах підлітків, а також популярні засоби масової інформації. Потрібно видавати інформаційно-освітні матеріали для підлітків про здорове життя та ризик необачної поведінки, в тому числі сексуальної. Необхідно зважати на те, що існує досить великий досвід роботи в даному напрямку в багатьох країнах, що випередили Україну у строках "сексуальної революції" на декілька десятиріч.

Так, автори В.Собкін і Н.Кузнєцова (1999), спираючись на дані Всесвітньої організації охорони здоров'я за 1996 р., стверджують, що у світі було зафіксовано 12 млн випадків захворювань на сифіліс, 62 млн – на гонорею, 89 млн – на хламідіоз. 170 млн – на трихомоноз. При цьому слід відмітити особливе збільшення венеричних захворювань на пострадянському просторі. У таких країнах, як Білорусія, Латвія, Казахстан, Молдова, Україна, Росія, у 1995 р. на 100 тис. жителів кількість випадків захворювань на сифіліс становила 120–170 осіб.

Статистичні дані Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації показують різке збільшення кількості венеричних захворювань у дітей і

підлітків. У 1990 р. серед дітей у віці до 14 років офіційною статистикою було зареєстровано всього 38 випадків захворювання на сифіліс, тоді як у 1996 р. їхня кількість досягла 2626, а в 1997 – 3387. У старшій віковій групі 15–17-літніх кількість захворювань на сифіліс значно вища: в 1990 р. – 350 випадків, а в 1996 р. – 25 533.

Дані щодо захворювань на гонорею не відображають реальну картину, оскільки враховують тільки випадки звернення по допомогу до медичних закладів, не беручи до уваги осіб, що лікувалися самостійно. За офіційною статистикою кількість хлопчиків у віці до 15 років, що захворіли, за період з 1988 по 1994 р. збільшилася у вісім разів, дівчат – у 2,6 рази, а у віковій групі 15–17-літніх за цей самий час – відповідно 2,3 і 1,9 рази. За даними експертів Мінздраву РФ, типовим у ситуації захворювання на гонорею є те, що вона зустрічається у п'ять–сім разів частіше, ніж сифіліс.

Крім захворювань на сифіліс та гонорею, різко збільшилась кількість ВІЛ-інфікованих у віковій групі 15–17-річних. Якщо протягом 1990–1995 рр., за даними Російського науково-методичного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, у цій групі налічувалося один–три випадки, то вже в 1996 р. можна було говорити про очевидний вибух виявлених випадків з подібним діагнозом – 131.

Важливим є створення системи закладів, де підлітки могли б одержати кваліфіковані консультації та допомогу з питань сексуального життя й збереження власного здоров'я взагалі. Для функціонування таких центрів потрібні медики, психологи, соціальні працівники, педагоги, які мають спеціальну підготовку.

Зараз в Україні формуються мережі закладів планування сім'ї. Цьому сприяло прийняття Національної програми планування сім'ї. Одним з головних її завдань є впровадження системи консультування та підготовки підлітків і молоді з питань статевого виховання, планування сім'ї, сексуальної та репродуктивної поведінки, використання надійних і безпечних засобів запобігання небажаної вагітності, профілактики захворювань, які передаються статевим шляхом. Сьогодні в Україні функціонують 42 обласні та міжобласні центри планування сім'ї та 415 кабінетів планування сім'ї при центральних районних лікарнях, які надають допомогу сім'ям у розв'язанні проблем, пов'язаних з дітонародженням, збереженням здоров'я батьків і дітей, а також підвищенням загального культурного рівня населення із цих питань .

Здоров'я жінки-матері великою мірою визначається його станом у дитячому та підлітковому віці. Аналіз показників здоров'я дівчат-підлітків засвідчив, що серед цієї груп зростає кількість серцево-судинних захворювань, анемій, захворювань нирок та статевих органів.

Поширення гінекологічної патології в дівчаток-підлітків становить 98,9 на 10 000 осіб, при цьому порушення менструальної функції спостерігається у 28,6%, відхилення у статевому розвитку – у 7,2, запальні хвороби статевих органів – 18,1%. Дівчатка-підлітки – це майбутні матері, тому, входячи в репродуктивний вік, вони формують групи високого ризику материнської та дитячої смертності.

На фоні зниження загальної кількості абортів підвищується їх кількість у вперше вагітних. Аборт залишається головною причиною материнської смертності, безпліддя, ускладнень під час вагітності, високого рівня гінекологічних захворювань. Наведемо дані порівняльного аналізу Міністерства охорони здоров'я України (табл. 3.1, 3.2).

Таблиця 3.1. **Захворюваність дівчат у віці 15–17 років (на 10 000 підлітків відповідного віку та статі)**

Захворювання	1993 р.	1996 р.	1997 р.
Анемія	20,4	42,3	44,7
Хвороби сечостатевої системи	345,6	527,1	608

Кількість абортів у дівчат-підлітків залишається неприпустимо високою, особливо порівняно з країнами Західної Європи, але за останні роки означилася тенденція до зниження цього показника

Таблиця 3.2. **Кількість абортів у дівчат-підлітків (на 1000 осіб відповідної статі та віку)**

Вік	1993 р.	1997 р.
14 років	0,17	0,14
15–17 років	22	17,7

Ситуація з безпекою сексуального здоров'я та ризикованою поведінкою підлітків, а також осіб зрілого віку в Україні, за даними дослідження, проведеного Міністерством охорони здоров'я України (1999 р.), є досить складною. Стурбованість викликає негативна динаміка багатьох показників за результатами проведення порівняльного аналізу зареєстрованих фактів абортів по 27 регіонах України жінок від 14 до 49 років (табл.3.3).

Завдання щодо поліпшення ситуації, що склалася, мають вирішувати Український центр дитячої та підліткової гінекології Науково-дослідного інституту педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України та Харківський науково-дослідний інститут охорони здоров'я дітей і підлітків.

Таблиця 3.3. **Кількість абортів по регіонах України у 1999 р.**

Регіон	Усього (включно з міні-абортами)	У тому числі жінок віком:			На 1000 жінок віком 15–49 років	На 100 дітей, народжених живими	На 100 пологів (включно з мертвонародженими)
		до 14 років включно	15–17 років включно	18–34 роки включно			
Україна	495760	218	11294	396268	38,8	127,4	127,5
Автономна Республіка Крим	22740	16	673	17686	40,7	151,4	151,3
Вінницька	16635	9	253	13719	38,7	104,9	105,1
Волинська	7916	1	84	6425	30,3	67,1	67,4
Дніпропетровська	43079	36	879	34964	44,1	165,2	165,2
Донецька	48765	17	1405	38577	37,7	159,9	159,7
Житомирська	10741	3	172	8500	31,5	84,8	84,6
Закарпатська	8230	1	201	6631	24,5	59,2	59,2
Запорізька	26886	9	775	21963	50,4	193,7	193,6
Івано-Франківська	7001	1	73	6033	19,2	48,1	48,3
Київська	17565	1	263	14175	37,5	128,5	128,6
Кіровоградська	15299	9	375	12410	53,6	166,6	167,3
Луганська	34278	21	1029	26867	49,8	212,0	212,6
Львівська	17064	3	213	13663	24,9	69,6	69,6
Миколаївська	15030	4	311	12119	44,0	144,3	144,5
Одеська	23663	14	619	18692	35,9	118,5	118,3
Полтавська	21582	7	470	17323	52,2	176,5	176,9
Рівненська	6916	-	60	5499	23,4	48,7	48,8
Сумська	15396	8	350	12443	46,1	160,9	160,8
Тернопільська	4961	1	75	4204	17,7	44,3	44,4
Харківська	37410	20	1023	30176	47,5	188,5	188,6
Херсонська	15164	14	408	11874	47,0	146,2	146,5
Хмельницька	9257	1	104	7353	26,4	71,9	72,1
Черкаська	13534	3	303	10855	38,3	120,1	120,1
Чернівецька	7873	1	172	6282	32,7	80,9	80,7
Чернігівська	13427	10	252	10428	44,3	151,5	151,8
м. Київ	29049	3	589	22624	38,3	158,5	159,0
м. Севастополь	6299	5	163	4783	59,8	246,9	247,5

Із цією самою метою в областях України відкрито 20 кабінетів та відділень дитячої та підліткової гінекології. Створено центри статевого виховання підлітків на базі відділень дитячої та підліткової гінеко-

логії або центри планування сім'ї, уведено посаду лікаря-гінеколога дитячого й підліткового віку.

Проводиться робота із забезпечення підлітків і жінок з малозабезпечених сімей безкоштовними засобами контрацепції. Розвивається виробництво сучасних контрацептивних засобів. Особливо велику роботу проведено у сфері освіти населення, що включає поширення різноманітних інформаційних матеріалів (видань, відеофільмів), регулярне транслювання тематичних теле- та радіопередач.

Стратегія безпеки сексуального здоров'я людей в Україні в цілому збігається із загальноєвропейською політикою охорони здоров'я та визначається пріоритетом поліпшення сексуального здоров'я дітей і молоді шляхом забезпечення якісного рівня життя та розвитку з використанням власного фізичного, психічного й соціального потенціалу. Досягнення даної мети щодо безпеки сексуального здоров'я дітей залежатиме від того, як швидко Україна подолає соціально-економічну кризу та підвищить добробут людей.

3.2. Безпека життєдіяльності та фізичне здоров'я молоді України: окремі показники та самооцінка*

Основні антропометричні показники молодих киян: норми і реальність. Одним із загальновизнаних показників стану здоров'я людини є рівень її фізичного розвитку, який визначається кількома основними чинниками: вагою і формою тіла, станом нервової регуляції та показниками втомлюваності. Розміри тіла як кінцевий результат процесу росту щільно пов'язані з комплексом функціональних властивостей організму. Унаслідок цього морфологічний (структурний) тип має велике значення у характеристиці фізичного розвитку людини.

Формування людського організму остаточно завершується приблизно у 25-річному віці. У дитинстві організм зазнає інтенсивного росту, в підлітковому віці (особливо в період статевого дозрівання) починають активно функціонувати органи ендокринної та інших систем. Саме тому для характеристики фізичного розвитку дитини чи підлітка розміри тіла та їх співвідношення мають вирішальне значення – вони певною мірою відбивають закономірності росту і розвитку організму, його структурно-функціональний стан у кожному віковому періоді.

Як правило, для оцінки фізичного розвитку людини застосовується уніфікована методика антропометричних вимірів. Індивідуальна оцінка

* Подана у розділах 3.2 та 3.3 інформація спирається на ґрунтовні дослідження групи вчених Українського інституту соціальних досліджень у складі О.Яременко, О.Балакіревої, О.Вакуленко (2000), здійснених у межах українсько-канадського проекту "Молодь за здоров'я".

фізичного розвитку проводиться шляхом зіставлення показників окремих ознак зі стандартними або типовими величинами.

Для оцінки фізичного розвитку молодих киян до анкети було внесено запитання щодо основних антропометричних показників – росту та ваги.

Оскільки в сучасній науці не існує загальновизнаних методик оцінки фізичного розвитку, для аналізу ситуації застосовувалися два методи оцінки: для дітей шкільного віку (10–16 років) – оціночні таблиці норм росту та ваги (з урахуванням вікових і статевих особливостей); для решти респондентів (17–22 роки) відповідність росту та ваги обчислювалася за формулою Брока.

Слід зазначити, що ця формула не враховує вікових особливостей і традиційно більше підходить для дорослих людей, тобто використовувати її для оцінки фізичного розвитку підлітків можна лише умовно, беручи до уваги певну обмеженість можливостей такого способу.

Аналізуючи антропометричні дані молодих українців та їх співвідношення в респондентів віком 10–16 років, можна дійти висновку, що більшість підлітків фізично розвинені нормально, відповідно до свого віку – у 94% респондентів вага відповідає росту. У незначної кількості респондентів (2%) вага нижче норми, у вдвічі більшої (4%) – вище. Кількість респондентів з крайніми відхиленнями від норми в обидва боки становить менше 2%. Цей показник лежить поза межею інтерпретації, оскільки не перевищує припустимих для даної вибірки стандартних відхилень.

При аналізі співвідношення антропометричних даних українців віком 17–22 роки автори припускали, що значення нормального співвідношення ваги і росту, а також суміжних з ним позицій слід вважати "умовною нормою", а значення крайніх позицій – середнім відхиленням від норми. Таким чином, з деякою мірою умовності приблизно у 96% опитаних в Україні молодих людей цієї вікової категорії вага відповідає росту (табл. 3.4).

У регіональному розрізі в середньому близько три чверті респондентів у кожному з регіонів (від 69 до 78%) мають відповідну росту вагу. У південно-східному і північно-східному регіонах України цей відсоток дещо менший (відповідно 63 і 63%) за рахунок збільшення частки респондентів, в яких знижена вага (відповідно 30 і 27%). Щодо відмінностей за статтю в антропометричних показниках фізичного розвитку в цілому можна зазначити, що такі показники у хлопців і дівчат суттєво не відрізняються: нормальною вагою у загальному масиві опитаних виявилась однакова їхня кількість (по 71%), тобто їхній фізичний розвиток приблизно однаково задовільний.

Отже, з урахуванням викладених припущень можна дійти висновку, що фізичний розвиток молодих українців у розрізі антропометричних

даних у цілому є нормальним. Утім, робити однозначні висновки щодо стану фізичного здоров'я можна лише на основі детальних медичних обстежень, беручи до уваги всі показники фізичного розвитку і здоров'я, характеристики способу життя кожної молодої людини, а також індивідуальні особливості її організму.

Таблиця 3.4. **Відповідність росту та ваги, %**

Вага	Вік, роки	
	10–16	**17–22**
Значно менше норми	0,5	2,4
Менше норми	1,5	38,8
Відповідає нормі	93,6	48,8
Більше норми	3,6	8,4
Значно більше норми	0,8	1,6

Примітка. Для дітей віком 10–16 років розраховано за таблицями показників фізичного розвитку, для молоді віком І7–22 роки – за формулою Брока).

Заняття фізкультурою і спортом: можливості та їх реалізація. Відомо, що рівень фізичного розвитку людини визначається не лише біологічними чинниками, але й сукупністю соціальних, економічних, екологічних, гігієнічних, кліматичних та інших характеристик середовища існування. Під впливом перелічених чинників рівень фізичною розвитку людини може змінюватись у той чи інший бік залежно від конкретної спрямованості такого впливу.

Одним з найважливіших чинників фізичного розвитку і фізичного здоров'я є наявність регулярного адекватного фізичного навантаження, тренування організму.

В епоху НТР, в умовах високого рівня розвитку техніки й автоматизації на виробництві, транспорті та побуті рухова активність людини знижується, що негативно відбивається на показниках її здоров'я. Особливо це актуально для великих міст з розвиненою транспортною і побутовою інфраструктурою, надзвичайно широкими можливостями для пасивного споживання культурних цінностей.

Сучасними медичними дослідженнями та клінічними експериментами доведено, що люди, які регулярно займаються фізичними вправами, зазнають певних "здорових" фізичних навантажень, значно рідше хворіють, мають високий імунітет, є більш стійкими до впливу негативних чинників навколишнього середовища, до фізичних і нервових перевантажень. Тобто практику регулярних фізичних навантажень, готовність до них організму також можна вважати одним з показників рівня фізичного розвитку і відповідно – фізичного здоров'я.

За результатами опитування серед молодих українців такий вид фізичних навантажень, як регулярні заняття фізкультурою, не дуже поширений. Досвід регулярних занять фізкультурою мають 27% усіх опитаних, більше половини (57%) займаються нерегулярно, а 14% взагалі не займаються.

У регіональному розрізі регулярні заняття фізкультурою серед опитаної молоді найбільш поширені в АР Крим (31%) і південно-східному регіоні (37%), тоді як для центрального регіону цей показник удвічі менший і становить лише 18% (рис. 3.1).

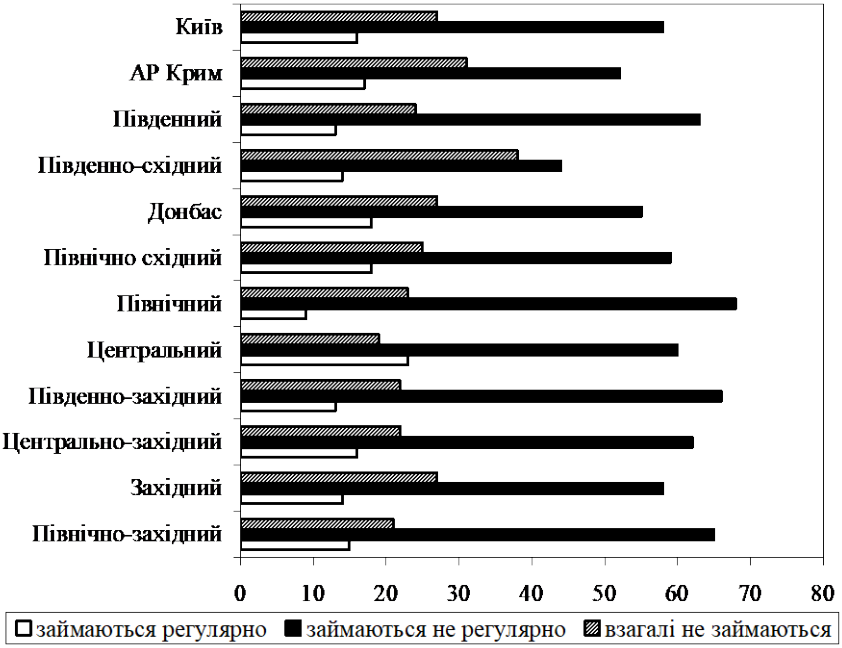


Рис.3.1. Розподіл відповідей на запитання: "Чи займаєтесь ви фізкультурою (робите зарядку, займаєтесь спортом, бігаєте, відвідуєте гімнастичну групу)?" залежно від регіону опитування, %

В обласних центрах, інших містах України показник регулярних занять фізкультурою серед молоді дещо вищий, ніж у селах – відповідно 28, 27 і 23%. Це можна пояснити тим, що соціокультурне середовище і спосіб життя в селах принципово відрізняються від міського, оскільки заняття фізкультурою частково компенсуються іншими видами фізичних навантажень (наприклад, сільськогосподарськими роботами тощо), тому зафіксовану різницю напевно можна вважати цілком природною (рис.3.2).

Між віком респондентів і регулярністю занять фізкультурою спостерігається зворотна лінійна залежність: чим старше респонденти, тим менш регулярно вони займаються фізкультурою (рис.3.3).

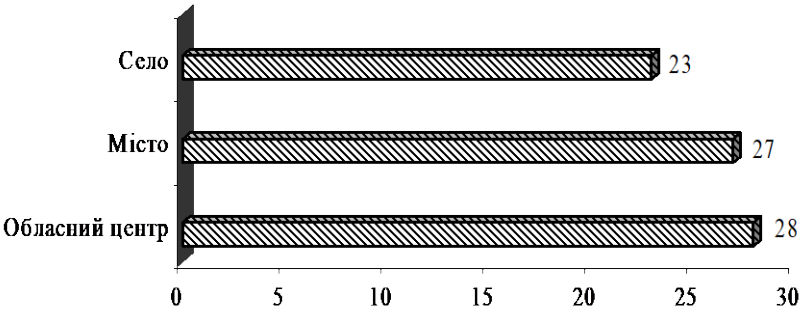


Рис.3.2. Розподіл відповідей на запитання: "Чи займаєтеся ви фізкультурою (робите зарядку, займаєтесь спортом, бігаєте, відвідуєте гімнастичну групу)?" залежно від типу поселення (на діаграмі наведено розподіл відповідей "займаюся регулярно")

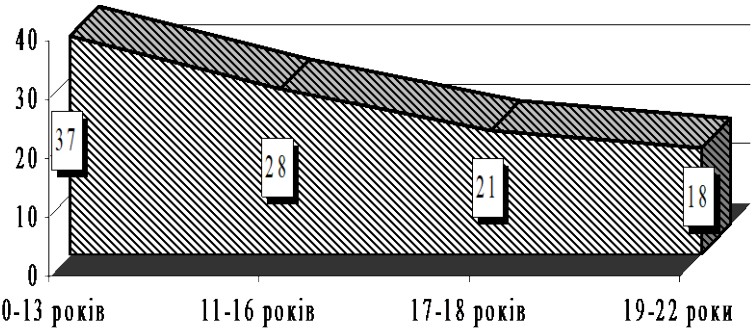


Рис. 3.3. Розподіл відповідей на запитання: "Чи займаєтеся ви фізкультурою (робите зарядку, займаєтесь спортом, бігаєте, відвідуєте гімнастичну групу)?" за віком, % (на діаграмі наведено розподіл відповідей "займаюся регулярно")

Серед дітей і підлітків молодшої вікової групи (10–14 років) частка тих, хто регулярно займається фізкультурою чи спортом, робить зарядку, гімнастику тощо, в 1,7 рази більша порівняно зі старшою віковою групою (15–22 роки) і становить 35%. Утім, зафіксована відмінність свідчить не стільки про більш уважне ставлення респондентів молодшого віку до свого здоров'я, скільки відбиває обов'язковість відвідування занять з фізичної культури у школі. Цей висновок підтверджують дані про те, що серед учнів середніх шкіл, ліцеїв та гімназій тих, хто взагалі не займається фізкультурою, в 1,6 рази менше, ніж серед учнів ПТУ, вдвічі менше, ніж серед студентів вищих навчальних закладів I і II рівнів акредитації і майже в 1,8 рази менше, ніж серед студентів вищих навчальних закладів III і IV рівнів акредитації.

Розподіл показників фізичної активності за статевою ознакою свідчить, що хлопчиків, які регулярно виконують фізичні вправи, серед опитаних молодих українців виявилось в 1,7 рази більше, ніж дівчат, а серед тих, хто не займається фізкультурою взагалі, дівчат майже вдвічі більше, ніж хлопців. Ці дані не є показником більш високої фізичної активності хлопців порівняно з дівчатами, оскільки частка дівчат, які все ж таки займаються фізкультурою, але не регулярно, становить 62%, тоді як хлопців – 56%. Отже, показники фізичної активності мало залежать від статі і є дещо вищими серед хлопців, ніж серед дівчат (рис. 3.4).

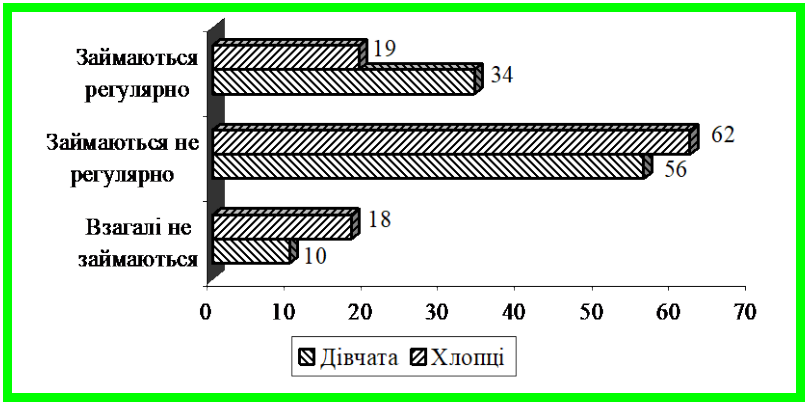


Рис.3.4. Розподіл відповідей на запитання: "Чи займаєтесь ви фізкультурою (робите зарядку, займаєтесь спортом, бігаєте, відвідуєте гімнастичну групу)?" за статтю, %

Одним з показників рівня фізичної активності молоді є рівень відвідування спортивних (фізкультурних) залів і майданчиків. На момент опитування більше третини респондентів (37%) віком від 15 до 22 років не робили фізичних вправ (качання м'язів, присідання, віджимання, підняття ваги) протягом попередніх семи днів. 36% респондентів цієї ж вікової групи впродовж звичайного робочого (навчального) тижня взагалі не відвідують фізкультурний зал чи спортивний майданчик, хоч у молодшій віковій групі опитаних (10–14 років) ця категорія становить лише 8% респондентів. Оскільки на рівень фізичного розвитку можуть істотно впливати і такі фізичні навантаження, як буденні рухові дії певної тривалості та інтенсивності (це можуть бути спортивні ігри, танці, катання на велосипеді, роликах, ковзанах, швидка ходьба, домашня робота тощо), то наведені вище факти ще не є показником того, що фізична активність опитаних дітей шкільного віку вища за активність підлітків і молоді, а свідчать, швидше, про те, що у школярів (молодша вікова група опитаних) більше можливостей регулярно займатися фізичними вправами: уроки фізкультури входять до

розкладу занять у школі і є обов'язковими для більшості школярів. Отже, попри досить поширену критику на адресу середніх навчальних закладів, слід визнати, що, принаймні, вони сприяють регулярним заняттям фізичною культурою.

Розподіл відповідей респондентів старшої вікової категорії на запитання щодо наявності та інтенсивності фізичних навантажень протягом попереднього до дня опитування тижня з певною часткою умовності можна вважати показником рухової активності і, відповідно, фізичного розвитку.

Більшість респондентів віком 15–22 роки (91%) зазнавали означених фізичних навантажень протягом тижня напередодні опитування, тобто виявляли певну рухову активність. 36% з тих респондентів, які не займаються фізкультурою, виконували інші фізичні вправи, тобто частково компенсували відсутність регулярних занять фізкультурою. Більше половини (64%) респондентів не мали інших фізичних навантажень.

Стосовно наявних можливостей для занять фізкультурою слід зазначити, що 83% всіх опитаних віком 10–22 роки мають у своєму розпорядженні необхідний для цього одяг і взуття. Серед тих, хто фізкультурою не займається, рівень забезпеченості спортивною екіпіровкою становить 61%. Крім того, чим старші респонденти, тим нижче рівень забезпеченості їх спортивним одягом і взуттям: найбільше забезпечені респонденти молодшої вікової групи (10–12 років), найменше – віком 21–22 роки.

Напевно, наявність спортивного одягу не є єдиним показником можливостей, а тому можна припустити, що причина низької популярності занять фізкультурою серед певної частки респондентів (особливо старшої вікової категорії) полягає не у відсутності можливостей, а у відсутності усвідомленої потреби в таких заняттях.

Самооцінка стану власного здоров'я. Результати опитування дітей і молоді віком 10–22 роки свідчать, що протягом 1999 р. стан їхнього здоров'я загалом видався досить хворобливим. 74% хворіли впродовж року, і лише 21% вказали, що ця неприємність їх оминула. До того ж 13% опитаних лежали в лікарні, з них майже чверть (24%) перебували на лікуванні в медичних закладах два–три рази.

Підлітки віком 10–14 років дещо частіше потрапляли до лікарні, ніж молоді люди 15–22 років (відповідно 16 і 11%), а питома частка 10–14-річних, котрим довелося лікуватися у стаціонарах двічі і частіше (27% госпіталізованих), у 1,6 рази перевищувала аналогічну категорію молодих людей віком 15–22 роки. З усіх опитаних, кому довелося лікуватися в лікарняних закладах, 45% становили діти у віці 10–13 років. Причому вони вдвічі частіше за представників інших вікових груп потрапляли до лікарні.

Окрім того, 59% опитаних підлітків (10–14 років) зазначили, що вони перенесли хворобу в домашніх умовах, причому понад третини з них викликали лікаря. Зазначимо, що до багатьох з тих (37%), до кого викликали лікаря, він приходив два–чотири рази або навіть частіше, що, вочевидь, свідчить про досить серйозні захворювання, хоч й перенесені в домашніх умовах. Водночас серед респондентів віком 15–22 роки цей показник був дещо нижчим. 15–22-річні в домашніх умовах частіше, ніж діти, лікувалися без допомоги спеціалістів-медиків (відповідно 48 та 41%).

За статтю суттєвої різниці у відносній кількості опитаних, котрі внаслідок хвороби перебували в лікарні, не відмічено. Її не зафіксовано також і в розподілі відповідей залежно від типу населеного пункту, де мешкають респонденти. Разом з тим, питома частка дітей і молоді обласних центрів, котрі перебували в лікарнях, на 6–8% менша, ніж їхніх однолітків з інших населених пунктів.

Опитаним у Донбасі, південно-східному і північному регіонах частіше, ніж респондентам з інших регіонів України, доводилося лікуватися у стаціонарних закладах (відповідно 11, 17, 14%). Зазначимо також, що в південно-східному, північно-східному та у північному регіонах найбільше тих, хто перебував на стаціонарному лікуванні два або більше разів, і їх частка становить відповідно 37, 35 та 32% за середнього показника 27%.

Лише трохи більше половини (55%) дітей та молоді вважають, що в них немає хронічних захворювань. Утім, слід ураховувати, що багатьом респондентам, особливо молодшого віку, дати змістовну відповідь щодо наявності в них хронічного захворювання було досить важко. Про це свідчить відсоток тих, хто обрав варіант відповіді "мені важко відповісти, не знаю" (у цілому по вибірці – 26%). Водночас 16% опитаних вказали на наявність у них хронічного захворювання, в тому числі серед підлітків 10–14 років – 12% і серед 15–22-річних – 19%.

У 10–14-річних респондентів хронічні захворювання частіше пов'язані зі шлунком (61% усіх випадків хронічних захворювань), із захворюваннями кістково-м'язової системи та сполучної тканини (14%), з гайморитом, тонзелітом (4%). Але необхідно зауважити, що діти здебільшого вказують на своє захворювання залежно від того, як воно проявляється (наприклад, до хвороб шлунка діти можуть віднести хвороби інших внутрішніх органів, пов'язуючи це з відчуттям болі в череві). Тому й перелік захворювань обмежений невеликою кількістю (5–10) відомих (тих, що на слуху), які до того ж важко піддаються клінічній ідентифікації без додаткового обстеження.

На значно ширший спектр хронічних захворювань вказують відповіді молодих людей 15–22 років. Вони, як і діти, на перше місце за частотою висувають хронічні захворювання, пов'язані зі шлунком (20%), на

друге – алкоголізм (14%), на третє – гайморит, танзеліт (12%) і на четверте – вегето-судинну дистонію (10%).

Окрім хвороб, досить негативно на стан здоров'я дітей і молоді впливають травматичні ушкодження, що їх зазнавали опитувані під час фізичних вправ, спортивних ігор чи просто під час фізичної активності. Так, за останній рік отримали травми, котрі спонукали їх звернутися до медиків по допомогу, 27% опитаних. Причому половина з них травмувалися два і більше разів. Діти 10–14 років зазнавали травм частіше порівняно з молодими людьми 15–22 років (30 і 23% опитаних відповідно). Серед найбільш поширених причин, що обумовлюють дитячий травматизм – користування велосипедом (10%), лижами, санками та мопедом (по 4%). За розподілом відповідей мають у своєму користуванні такі засоби пересування відповідно 61, 54 і 9% опитаних. І хоч у цій шерезі ролики та скейт посідають третє і четверте місця, тобто в опитаних їх майже у два рази більше (по 15%), ніж мопедів, травми внаслідок користування ними трапляються значно рідше (відповідно 3%). Варто звернути увагу на те, що значно менше важких травм серед дітей під час заняття ігровими видами спорту, плаванням, а також при пересуванні на автотранспорті.

У вікових групах 10–13, 14–16, 17–18, 19–22 роки питома вага травмованих у попередньому до дня опитування році дітей та молоді становить відповідно 46, 30, 11 і 14%, причому серед хлопчиків та юнаків травм значно більше, ніж серед дівчат (відповідно 62 і 39%). Найбільше ця різниця помітна при повторних травмах.

У цілому, оцінюючи результати соціологічного вимірювання окремих показників фізичного здоров'я української молоді, слід зазначити:

- Фізичний розвиток молодих українців у розрізі антропометричних даних можна вважати в цілому нормальним.
- Регулярні заняття фізкультурою більш поширені серед школярів: уроки фізичної культури є складовою навчальної програми у школі та обов'язковими для більшості учнів.
- Молоді українці старшої вікової групи частково компенсують відсутність регулярних фізичних вправ іншими видами рухової активності.
- Причина низької популярності занять фізкультурою серед певної частки респондентів (особливо старшої вікової категорії) полягає не у відсутності можливостей, а у відсутності усвідомленої потреби в таких заняттях.
- Результати опитування дають підстави вважати, що діти (10–14 років) хворіють частіше, ніж молодь віком 15–22 роки. Причому питома вага 10–14- і 15–22-річних, які залишалася вдома до одужання, є

приблизно однаковою, але за частотою стаціонарного лікування показники серед дітей дещо вищі, ніж серед молоді.

- Серед молодих людей (15–22 роки) лікування в домашніх умовах без допомоги лікарів більш поширене, ніж серед дітей 10–14 років.
- Травматизм, пов'язаний з фізичною активністю, серед дітей значно вищий, ніж серед молоді. Причому 15–22-річні юнаки та дівчата більшою мірою враховують ситуації, за яких можна травмуватися. Вочевидь, саме тому травмованих серед старших респондентів значно менше.
- Відповіді респондентів (як дітей, так і молоді) щодо наявності в них хронічних захворювань помітно відрізняються спектром і питомою вагою окремих з них від даних офіційної медичної статистики. Наприклад, порівняно незначна кількість опитаних згадують наявність у них хвороб органів дихання, що згідно із статистикою посідають одне з провідних місць за показниками як захворюваності, так і поширеності. Це, з одного боку, свідчить про недостатню обізнаність дітей і молоді щодо власних захворювань, а з іншого – що такі симптоми хвороби, як нежить, хрипота. кашель, загальна слабкість тощо, здебільшого вважаються явищем тимчасовим, не вартим особливої уваги і часто не пов'язуються із хворобами взагалі, що, у свою чергу, свідчить про недостатню увагу молодих людей до власного здоров'я.
- Серед молоді 15–22 років друге місце за частотою згадування серед хронічних захворювань посідає алкоголізм (14% усіх хронічних захворювань).
- Частота госпіталізації опитаних суттєво не залежить від статі респондентів, а також від типу місця проживання.
- Показники здоров'я дітей і молоді східних регіонів України за показниками захворюваності та травматизму є гіршими, ніж у середньому по країні.

3.3. Безпека життєдіяльності та психічне здоров'я за самооцінками молоді

Проблеми у спілкуванні молодих людей з оточуючими. До чинників, що провокують стан емоційного неблагополуччя, порушення у психічному здоров'ї, слід віднести насамперед особливості дисгармонійного спілкування людини з оточуючими, зокрема, з найближчими людьми – батьками, рідними, друзями. Найбільш сенситивним для різноманітних змін у психічному здоров'ї й поведінці прийнято вважати підлітковий та юнацький вік, тому що саме цей період є найсприятливішим для набуття навичок саморегуляції поведінки й міжособистісного спілкування.

Українська молодь віком 15–22 роки, яка становила об'єкт дослідження, називала серед чинників, що впливають на здоров'я кожної людини, крім стану навколишнього середовища і матеріального достатку кожної сім'ї, також і психологічні (табл. 3.5).

Таблиця 3.5. **Розподіл відповідей на запитання: "Як Ви вважаєте, якою мірою на здоров'я кожної людини впливають нижченаведені чинники ?", %**

Чинники	Впливають значною мірою*	Виливають вирішальним чином**
Стосунки з батьками, рідними, дітьми	32	18
Стосунки з друзями, ровесниками	27	1

* Респондентам було запропоновано перелік з 13 чинників. У таблиці наведено лише два з них, що стосуються психічного здоров'я людини.

** Респонденти могли відмітити кілька варіантів відповідей, тому сума не дорівнює 100 %.

Спілкування з іншими людьми – невід'ємна частина й необхідна умова повноцінного психічного життя кожної людини. Нормальному спілкуванню та взаємодії заважають проблеми, зумовлені насамперед відсутністю взаєморозуміння, невмінням стримувати себе, наявністю ворожості у стосунках, образи тощо.

Респондентам пропонувалося оцінити, як часто виникають проблеми у спілкуванні з оточуючими (рис. 3.5).

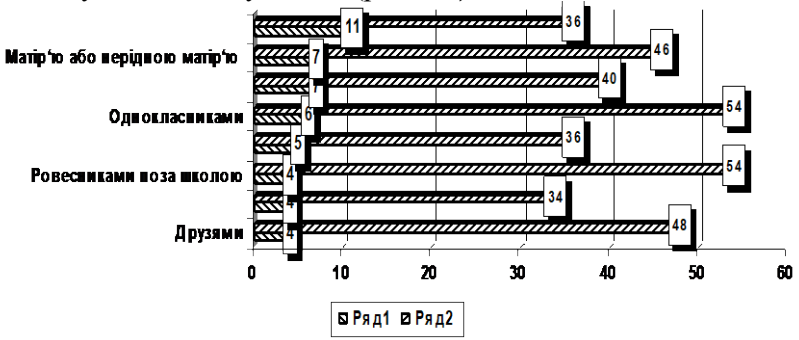


Рис. 3.5. Розподіл відповідей на запитання: "Як часто в тебе бувають проблеми у спілкуванні з...", % (ряд 1 –сума відповідей "часто" і" дуже часто"; ряд 2 –"іноді")

Як бачимо, у досить значної частки молодих людей стосунки з родичами носять проблематичний характер Часто непорозуміння виникають у спілкуванні з братами/сестрами (11%), а також батьками (7% – з матір'ю або мачухою і стільки ж – з батьком або вітчимом).

Важливою сферою життя, особливо для учнівської молоді, є школа або інший навчальний заклад, у стінах якого відбувається спілкування

з педагогічним колективом й однолітками Більше половини юнаків і дівчат зазначили, що "іноді" вони мають проблеми у спілкуванні з однокласниками (за цим критерієм показники в дівчат дещо вищі, ніж у хлопців, і становлять відповідно 60% і 55%) "Часто" або "дуже часто" виникають проблеми з учителями або викладачами – у 8% дівчат та 15% юнаків. Серед молоді міст 25%, сіл – 8%.

Крім того, половина респондентів зазначили, що інколи в них виникають проблеми у спілкуванні з ровесниками поза школою. Причому за цим показником не виявлено істотних відмінностей за статтю. "Часто" або "дуже часто" такі проблеми виникають у кожного десятого сільського мешканця, у 15% міських мешканців.

Найчастіше проблеми у спілкуванні виникають у віці 16–18 років, коли відбуваються складні й суперечливі процеси входження молодих людей у доросле життя, переосмислення системи ціннісних норм і настанов, пошуку власного місця в житті.

Стосунки з однокласниками найбільш проблематичними є в підлітків 10–12 і 13–15 років, а з учителями – в молодих людей 16–18 років. Проте у всіх вікових групах є молодь, котра досить часто стикається у своєму шкільному або студентському житті з різноманітними проблемами. Наявність таких груп є типовою в молодіжному середовищі, адже спілкування в цьому віці є провідною діяльністю молодої особистості, яка інтенсивно розвивається, прагне визнання серед однолітків і дорослих та шукає свого місця в колективі.

За результатами опитування (табл. 3.6), проблеми взаємодії між молоддю та оточуючими у шкільному/студентському житті найбільш актуальні для юнаків і дівчат, які виховуються в сім'ї, де один з батьків є нерідний (мачуха або вітчим).

Таблиця 3.6. **Розподіл відповідей на запитання: "Як часто в тебе виникають проблеми у спілкуванні з...:", %***

Проблеми	**Молоді люди, які мають мачуху**	**Молоді люди, які мають вітчима**	**Молоді люди, які мають обох рідних батьків**
З учителями/викладачами	9	9	6
З ровесниками	16	8	6
З колегами по роботі чи навчанню	30	13	10

* У таблиці наведено розподіл відповідей "часто".

За даними табл. 3.6, наявність у дитини нерідного батька або матері (особливо матері) вже сама по собі є надзвичайно травмуючим чинником для психічного здоров'я особистості, який істотно змінює самоо-

цінку, її ставлення до самої себе, сприйняття власного місця у світі, а також характер відносин з навколишнім світом та оточуючими. Часто саме це зумовлює появу різного роду конфліктів у спілкуванні з іншими людьми.

Сприйняття респондентами свого статусу в колективі. Важливим показником психічного здоров'я особистості є відчуття задоволеності від ставлення до себе інших людей. Психологи й психіатри вбачають існування залежності між психічним здоров'ям людини та її усвідомленням того, як до неї ставляться оточуючі. Якщо особистість не відчуває задоволеності від сприйняття її оточуючими (приміром, ровесниками та колегами по навчанню чи роботі), то це спричиняє погане психологічне самопочуття, зумовлює певні зміни в поведінці та спрямованості діяльності.

Розподіл відповідей молодих українців свідчить, що "повністю задоволені" ставленням до своєї особистості в колективі понад 43% дівчат та 46% юнаків віком 10–22 роки. "Зовсім незадоволені" ставленням до себе в колективі 3% дівчат і 2% юнаків цієї вікової категорії. Найбільш гармонійні стосунки із соціальним оточенням складаються в сільської молоді (близько половини задоволених), в обласних центрах відповідний показник становить 46%, в інших містах – 40%. Спостерігаються відчутні відмінності щодо ступеня задоволеності ставленням оточуючих залежно від віку респондентів (рис. 3.6).

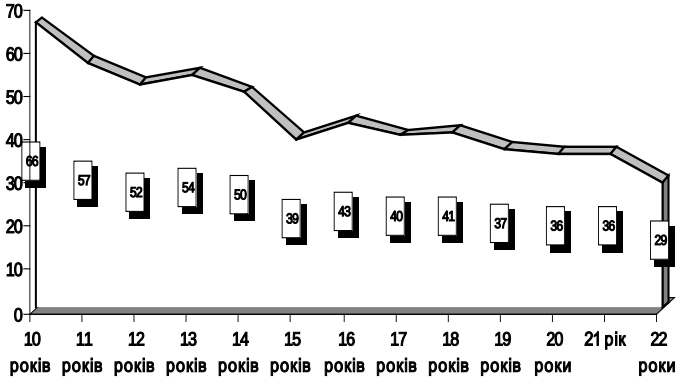


Рис. 3.6. Розподіл відповідей на запитання: "Наскільки Ви задоволені ставленням до себе з боку колективу?" залежно від віку, %
(Діаграму побудовано на основі розподілу відповідей "повністю задоволений")

Отже, задоволеність людини ставленням до неї з боку колективу зменшується з віком, з набуттям життєвого досвіду молодь стає більш вимогливою в оцінках свого авторитету серед однолітків. Респонденти віком 17, 19 та 20–22 роки частіше за інших вагаються з визначенням

характеристик сприйняття своєї особистості колективом. Так, 61% 19-річних юнаків та дівчат зазначили, що вони "швидше, задоволені" тим, як до них ставляться в колективі. Такої самої думки дотримуються 65% молодих людей віком 22 роки.

Деякі підлітки 12 (6%) і 11 років (5%) зазначили, що вони "зовсім не задоволені" ставленням однолітків до себе. Також схиляються в бік "незадоволення" тим, як сприймає їх колектив, певна кількість 15- і 16-річних респондентів (відповідно 10 і 11%). Це зумовлено тим, що саме ці вікові етапи є для більшості початком перебудови образу "Я" та самосвідомості особистості, що значною мірою залежить від ставлення однолітків до конкретної людини.

Рівень задоволеності чи незадоволеності молодої людини від усвідомлення того, як вона сприймається членами колективу, на наш погляд, залежить також і від якісного складу сім'ї (табл. 3.7).

Таблиця 3.7. **Розподіл відповідей на запитання: "Наскільки Ви задоволені ставленням до себе з боку колективу?", %*.**

Відповідь	Молоді люди, що мають вітчима	Молоді люди, що мають мачуху	Молоді люди, що мають обох рідних батьків
Повністю задоволений	5	0,4	47
Зовсім не задоволений	13	-	3

* Перелік варіантів відповідей неповний.

Розподіл відповідей у табл. 3.7 співвідносяться з даними відповідей на запитання "Як часто в тебе виникають проблеми у спілкуванні з ...?" і ще раз підтверджує думку, що самосвідомості молодих людей, в яких є нерідні батьки, притаманна наявність нечіткого або навіть негативного образу "Я" в очах інших і внаслідок цього – відчуття незадоволеності ставленням до себе з боку членів певного колективу.

Емоції: вплив на стан здоров'я та їхні прояви. Стрес, сильне нервове напруження, відчуття нервового зриву – це травмуючі психічні стани, які достатньо часто виникають у житті кожної людини і погіршують самопочуття, сон. апетит, а також істотно впливають на настрій і ставлення до життя в цілому.

Програма дослідження передбачала з'ясування основних причин погіршення психічного здоров'я в підлітків 10–14 років (рис. 3.7).

Отже, можна стверджувати, що серед підлітків 10–14 років досить багато таких, у кого є певні порушення в балансі психічної складової здоров'я. Це спричиняє неврівноваженість, поганий настрій, появу песимістичних поглядів на майбутнє та розчарування в інших людях.

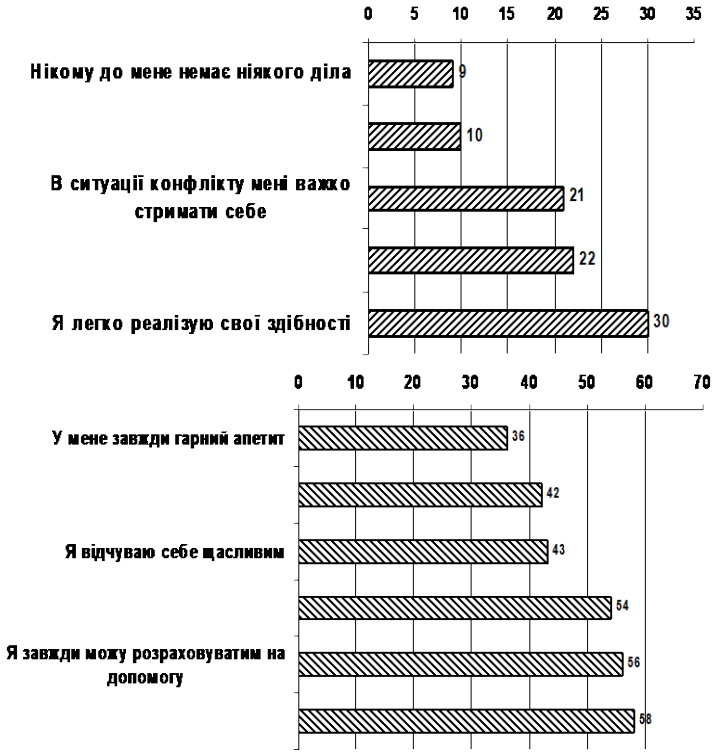


Рис.3.7. Розподіл відповідей на запитання: "Наскільки ти згоден з такими твердженнями?", %

Серед цієї вікової категорії 22% часто мають поганий настрій, з них 27% – дівчатка і понад 22% – хлопці. 7% підлітків вважають, що не можуть легко реалізовувати свої здібності (дівчатка – 6%, хлопці – 10%). 10% оцінюють своє майбутнє як безнадійне, причому за цим показником дівчат більше, ніж хлопців, відповідно – 12 і 10%. Понад 6% респондентів стверджують, що інколи думають про самогубство (з них 8% дівчат, 7% хлопців).

23% дівчат і 27% хлопців відповіли, що не можуть стримувати себе в ситуації конфлікту, 4% дівчат, 6% юнаків не розраховують на допомогу близької людини.

Розподіл відповідей за місцем проживання свідчить, що найбільш уразливими з боку впливу негативних емоцій і почуттів є мешканці міст. Так, 13% міських підлітків уявляють своє майбутнє як безнадійне (для

порівняння, такої самої думки дотримуються 8% підлітків, що мешкають в обласних центрах, і 11% – у сільській місцевості). Поганий настрій достатньо часте виникає у 26% як серед міських, так і сільських підлітків, у 21% мешканців обласних центрів. У ситуації конфлікту важко тримати себе в руках 26% опитаних, які мешкають у містах, та 24% сільських підлітків і підлітків з обласних центрів.

При порівнянні емоцій, які відчувають підлітки, та рівня їхньої задоволеності ставленням до них колективу простежується вельми показова залежність між цими двома змінними. Підлітки, які не задоволені ставленням до своєї особистості з боку оточуючих, часто зазначають, що вони не можуть легко реалізовувати свої здібності (20%). Поганий настрій часто мають 34% юнаків і дівчат цієї самої групи опитаних.

Понад 31% підлітків зазначили, що вони не можуть стримувати себе в ситуації конфлікту, 21% інколи втрачають бажання жити, понад 22% підлітків притаманний песимістичний погляд на власне майбутнє, 27% не відчувають себе щасливими.

Встановлено також залежність між емоціями, що супроводжують повсякденне життя молодих людей, та наявністю в їхній сім'ї мачухи та вітчима.

28% респондентів, в яких є нерідні батьки, засвідчили, що часто перебувають у поганому настрої. Підлітки з повних сімей, тобто тих, де обидва батьки є рідними, у 22% випадків також зазначали, що вони часто не вгуморі. 35% вважають, що не можуть стримувати себе під час конфлікту (діти з повних сімей становлять п'яту частину таких). Понад 13% юнаків і дівчат, у котрих є нерідні батьки, уявляють своє майбутнє безнадійним (на відміну від підлітків з повних сімей, серед яких відповідний показник становить 8%). 8% цих самих підлітків інколи думають про самогубство. Дітей з повних сімей, які ствердно відповіли на це запитання, 6%.

Безперечно, наявність таких думок у певної частки українських підлітків має викликати занепокоєння в педагогів, психологів, батьків, адже це є ознакою можливих порушень у психічній складовій здоров'я підростаючої особистості.

Серед молодих українців віком 15–22 роки також є такі, хто досить часто з різних причин відчуває сильне нервове напруження чи перебуває у стані нервового зриву. Це зазначили більше чверті опитаних дівчат і 15% юнаків різних вікових груп (табл. 3.8).

Отже, найчастіше перебувають у стані нервового напруження юнаки та дівчата віком 22 роки. Показово, що дівчата більш нестійкі у психологічному плані й випереджають юнаків за цим показником. Так, 25% мо-

лодих жінок зазначили, що відчуття нервового зриву, сильне нервове напруження виникає в них досить часто. Так само відповіли 15% юнаків.

Таким чином, негативні емоції, стан стресу, нервового напруження, неврівноваженості – досить поширені явища в молодіжному середовищі й виступають впливовими чинниками, якій детермінують різні порушення у психічній сфері особистості.

Таблиця 3.8. **Розподіл відповідей на запитання: "Як часто Вам доводиться переживати сильне нервове напруження, почуття нервового зриву?" за віком, %**

Відповідь	Вік, роки							
	15	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**
Я постійно перебуваю у такому стані	1	12	3	5	6	0,4	1	3
Це буває досить часто	17	17	18	20	18	20	22	28
Іноді я переживаю подібні стани	29	43	47	39	47	44	51	43
Дуже рідко, майже ніколи	40	30	26	30	24	30	24	22
Ніколи	13	9	5	6	5	5	3	5

Злагода із собою – показник психічного здоров'я. Це один з основних критеріїв психічного здоров'я. Від того, чи задоволена людина собою, залежить самоусвідомлення особистості, її здатність до активної й плідної взаємодії із соціальним середовищем та оточуючими (рис. 3.8).

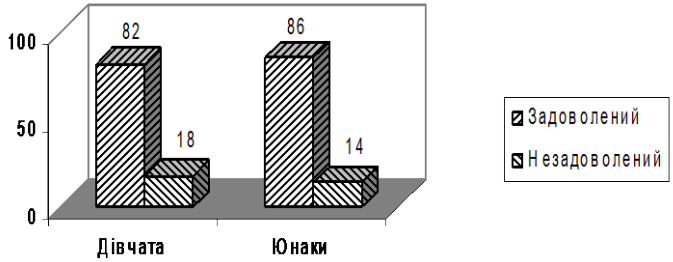


Рис.3.8. Розподіл відповідей на запитання: "Чи задоволені ви собою?" (Сума відповідей "повністю задоволений " та "швидше, задоволений")

За даними опитування, тією чи іншою мірою незадоволені собою близько 18% дівчат і 14% юнаків віком 10–22 роки. На нашу думку, певній частці респондентів, які брали участь у дослідженні, притаманний внутрішній особистісний конфлікт, що істотно впливає на самопочуття людини і адекватне сприйняття власної особистості й унаслідок цього визначає стан її психічного здоров'я. Дівчата більш вимогливі в самооцінках, а юнаки частіше схильні пишатися самими собою.

Питома вага респондентів, котрі "зовсім не задоволені" собою, залежить від віку. Найнижчий показник зафіксовано серед підлітків 10 років (1%), найвищий (8%) – серед молоді 15 років. Близько 5% 19–20-річних респондентів також "зовсім не задоволені" собою. Понад 11% незадоволених молодих людей мають нерідну матір, а понад 7% – вітчима (серед молодих людей, які мають обох рідних батьків, таких лише 3%).

Абсолютно задоволені собою 41% учнів середніх шкіл і близько 30% – ліцеїв та гімназій. Серед сільської молоді "повністю задоволені" собою 49%, приблизно 4% – "незадоволені". У 45% молодих людей з обласних центрів спостерігається наявність злагоди із самим собою, в 4% ця рівновага порушена.

Існує залежність між ставленням до особистості членів колективу та ставленням цієї особистості до самої себе (коефіцієнт кореляції дорівнює 0,4 на рівні значимості 0,01). Тобто, якщо людина не задоволена ставленням до себе з боку колективу, то вона незадоволена і собою.

Спостерігається істотна залежність між рівнем задоволеності самим собою підлітками 10–14 років та емоціями, що виникають у конкретної особи у процесі її життєдіяльності. Близько половини опитаних, котрі "зовсім не задоволені" собою та проявами цього, зазначили, що часто мають поганий настрій. Понад третини таких юнаків і дівчат не можуть регулювати свої емоції в ситуації конфлікту, а 31% – інколи втрачають бажання жити. Молоді люди із цієї самої групи зазначали, що не можуть реалізовувати свої здібності та уявляють своє майбутнє переважно в "темних тонах" (відповідно 28 і 11%).

Таким чином, на підставі отриманих даних можна зробити висновки:

- Досить багато молодих людей у віці від 10 до 22 років відчувають негаразди в різних сферах психічної складової здоров'я (насамперед таких, як емоційна сфера та стосунки в системі "особистість–оточуючі").
- Порушення у цих сферах викликають не завжди адекватне ставлення особистості до самої себе та погіршення настрою, що, у свою чергу, спричинює виникнення передумов для погіршення показників психічного здоров'я.
- Існує лінійна залежність між ставленням до особистості членів колективу та ставленням цієї особистості до самої себе. Тобто, якщо людина не задоволена ставленням до себе з боку колективу, то вона здебільшого незадоволена і сама собою.
- Спостерігається залежність певного стану психічного здоров'я від складу сім'ї молодої людини, тобто від наявності нерідних батьків – вітчима чи мачухи. У таких сім'ях молодше покоління почуває себе невпевнено, що врешті-решт і відбивається на інтегральних показниках психічного здоров'я.

Крім того, вищезгадана група вчених з Українського інституту соціальних досліджень, провели аналіз стану духовного здоров'я сучасної української молоді соціологічними методами і дійшли висновків:

- Такі визначальні для структурування духовного світу особистості чинники, як національна культура, культура і мистецтво, релігійна віра, не посідають високого місця в ієрархії актуальних для української молоді проблем. Духовна складова суспільного й особистого життя значно поступається за своєю важливістю матеріальним чинникам – проблемам заробітку грошей, одягу, зовнішності та моди.
- Вплив на визначення способу життя української молоді чинників, які традиційно відносять до духовної сфери функціонування суспільства, виявився порівняно неістотним.
- Наявні можливості для задоволення культурних і духовних потреб українською молоддю використовуються далеко не в повному обсязі. У переважній більшості молодих людей, заклопотаних повсякденними проблемами й негараздами, невисокий рівень культурних потреб, що реалізуються, як правило, в епізодичних і непослідовних звертаннях до культурних цінностей. Культурні потреби та запити здебільшого зводяться до найбільш простих і невимогливих проявів, задоволення яких не потребує організаційних, інтелектуальних чи вольових зусиль (відвідування дискотек, клубних вечорів, перегляд телепрограм тощо). Водночас відвідування концертів класичної музики, музеїв, виставок, що потребує певного рівня духовної компетенції, не є поширеним способом проведення дозвілля. Відбувається прагматизація свідомості молоді, обмеження духовних джерел життя.
- Позитивна оцінка більшістю українських підлітків власної успішності порівняно з однокласниками свідчить про достатньо високий рівень благополуччя (духовного здоров'я) в цій сфері.
- У цілому стан духовного здоров'я молоді є адекватним відображенням сьогоднішнього стану в духовній сфері сучасного українського суспільства і визначником подальших перспектив його розвитку.

Аналіз соціального здоров'я української молоді, виконаний згадуваними вище вченими у межах програми "Молодь за здоров'я", дозволяє навести головні чинники, що визначають його стан:

- Переважна більшість (63%) респондентів із загального масиву опитаних проживають у повних сім'ях, де є рідні батько й мати.
- Сучасну українську молодь найбільше непокоять проблеми соціально-економічного плану: безробіття, загальне зниження рівня життя, зростання цін, зубожіння населення, низький рівень заробітної плати.

- Стурбованість проблемами, що стосуються забезпечення здорового способу життя, помітно нижча. Найбільш актуальними серед таких проблем для молоді є: СНІД, наркоманія, стан довкілля й екологічні проблеми, низький рівень медичного обслуговування. Сучасні молоді українці не надто переймаються проблемами зловживання палінням, обмеженими можливостями для занять фізичною культурою та спортом, низьким рівнем поінформованості про здоровий спосіб й проблемами алкоголізму.
- На думку більшої частини (60%) респондентів віком 15–22 роки, стосунки з батьками, рідними, дітьми впливають на здоров'я кожної людини "значною мірою" та "вирішальним чином". Так само, як вважають 76% респондентів, "значний" і "вирішальний" вплив на формування способу життя молоді справляє батьківська сім'я.
- Майже половина дітей віком 10–14 років часто конфліктують з батьками з різних причин. Більшість батьків вдаються до системи покарань як основного механізму виховання.
- Найбільш поширеними видами домашньої роботи, яку виконують діти і молодь, є прибирання квартири, миття посуду, придбання продуктів харчування.
- Найбільш конфліктним оточенням для дітей віком 10–14 років є однокласники або учні старших класів, старші брати та/або сестри, незнайомі однолітки. Половина опитаних вважають, що в Україні багато дітей, які страждають від жорстокості та/або знущання над ними. На їхню думку, такий стан є найбільш поширеним у громадських місцях (47%), сім'ї (50%), школі (42%), у колі ровесників (37%).
- Серед респондентів віком 15–22 роки 11% протягом останніх 30 днів не ходили на роботу чи навчання через те, що почували себе там у небезпеці. 12% респондентів зазнали сексуальних домагань. 16% зазначили, що протягом останніх 12 місяців отримали пораненння чи їм погрожували зброєю. 36% протягом останнього року брали участь у бійках. Кожен десятий респондент зазнав брутального ставлення (фізичні образи) з боку близької людини – шлюбного партнера або того, з ким зустрічається.
- Розмір особистих доходів молоді суттєво не впливає на ступінь її залученості до шкідливих звичок.
- Матеріальне становище безпосередньо впливає на можливості родини щодо збереження здоров'я своїх дітей, своєчасного їх діагностування та необхідного лікування. Оцінки респондентами добробуту сім'ї корелюють з рівнем їхньої задоволеності станом власного здоров'я.

3.4. Проблема паління серед молоді: результати опитувань

За даними ВООЗ, Україна посідає 17-те місце серед країн з уживання тютюнових виробів, що становить 1,5% загального їх виробництва. Якщо у світі на кожну людину припадає в середньому по 870 випалених сигарет на рік, то в Україні – 1500–1800 (приблизно чотири–п'ять сигарет на день), тобто майже удвічі більше за середній світовий показник. Від захворювань, спричинених палінням, щорічно вмирає 110 тис. людей. Абсолютно всі форми вживання тютюну підвищують ризик передчасної смерті від низки хронічних захворювань, особливо онкологічних, серцево-судинних та захворювань органів дихання. За даними ВООЗ, кожен четвертий підліток випалює першу сигарету в 10 років. Україна є другою країною у світі після Чілі, в якій у віці 13–15 років палять більше 30% підлітків (Минздрав предупреждает..., 2003; Андрієва, Красовський, 2000; Красовський, 1999; Гаврильченко, 1999).

1999 р. в Києві було проведено опитування щодо вживання тютюну серед молоді під назвою ***"Що думають школярі про паління?"*** Ініціатором такого опитування в декількох країнах виступила Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Те, що паління є шкідливим для здоров'я, школярі знають. Більшість підлітків у цьому навіть переконані. Проте серед тих, хто не палить, таких 84%, а серед тих, хто палить – тільки 59%. Отже, людина схильна думати, що її власне здоров'я постраждати не може, а захворіє інша середньостатистична людина. Те ж саме відбувається і з думкою щодо того, чи коротшим є життя людини, що палить: якщо в цьому переконані 62% перших, то серед останніх так думають тільки 40%. Крім того, в тому, що попалити навіть рік–два зовсім безпечно, переконані 60% школярів. Ще було відмічено одну цікаву особливість. Виявляється, самі підлітки сприймають паління як явище тимчасове. На запитання, як школярі вважають, чи будуть вони палити протягом наступних 12 місяців та через п'ять років, більшість відповіли "Ні"! При цьому протягом наступного року збираються палити 28%, через п'ять років – усього 21% учнів. Таким чином, багато підлітків сприймають паління не як дорослу, а саме як підліткову поведінку. Але коли вони вже готові "стати дорослими", кинути палити виявляється важко.

Що школярі думають про розповсюдження вживання тютюну? За даними глобального опитування молоді, Україна та Росія посідають провідне місце серед країн, де проводилося опитування, за кількістю хлопців і дівчат з опитуваної вікової групи, що робили спробу палити. На щастя, регулярних курців набагато менше. Тих, хто палив хоча б

один раз протягом останнього місяця, тільки 41%. А тих, хто палив майже кожен день, усього 20%. Є й група тих, хто протягом життя зробили всього одну–дві затяжки чи випалили тільки одну сигарету. Ці підлітки на особистому досвіді переконалися, що тютюновий дим дійсно неприємний, та більше не палять. Але їх налічується всього 15%! Таким чином, реально палить меншість підлітків. При цьому вони вважають, що більшість людей вживають тютюн! На запитання, скільки підлітків в їхній школі палять, 60% опитаних відповіли "більшість", а 25% – "близько половини". Дані ж опитування показують, що регулярно палять 34% хлопців і 14% дівчат, чверть школярів загалом ніколи не палили, а більшість – тільки експериментатори.

Те, що школярі сприймають паління як найбільш поширене явище, ніж це є насправді, свідчить про те, що курці агресивно нав'язують свою поведінку, а ті, хто не палить, не відчувають себе більшістю, якою вони реально є.

Що школярі думають про пасивне паління? Небезпека пасивного паління давно стала відомим фактом. Проте виявилося, що тільки 50% підлітків захищені від примусового вдихання тютюнового диму в себе вдома. Серед підлітків, які ніколи не палили, частка тих, хто зазначив наявність курців удома, становить 35%. Це викликає стурбованість з двох причин. По-перше, не секрет, що тютюновий дим провокує чи загострює багато серйозних захворювань у дітей і внесок пасивного паління може бути особливо суттєвим саме відносно тих, хто сам не палить. По-друге, даний результат ще раз опосередковано підтверджує думку про те, що наявність курців удома може підвищувати вірогідність прилучення підлітків до паління. Проте обидві ці проблеми практично повністю ігноруються на батьківських зборах у школах, і підліткам у захисті своїх прав на свіже повітря залишається розраховувати тільки на самих себе. Про те, що дим від сигарет є шкідливим для здоров'я оточуючих, знають 84% учнів, а 50% – у цьому переконані, 60% згодні з тим, що паління має бути заборонено у громадських місцях. Три чверті опитуваних поділяють думку про те, що людині, яка збирається запалити у присутності інших, слід запитати в них дозволу.

Проте, незважаючи на такі оптимістичні цифри, які вказують на небажання дихати димом від сигарет оточуючих, реальна поведінка підлітків по відношенню до курців, на жаль, зовсім інша. Коли хтось палить поряд з ними, дуже небагато підлітків (тільки 16,5%) займе активну позицію щодо захисту своїх прав (хоч більшість не хотіли б, щоб в їхній присутності палили) та запропонує припинити палити. Решта, кому це не байдуже, можливо, підуть самі чи мовчки терпітимуть. А на прохання дозволу, яку школярі дадуть відповідь? Не дозволять палити у своїй при-

сутності тільки 57% тих, хто ніколи не палив, а серед решти цей відсоток ще менший. Якщо, наприклад, узяти до уваги відсутність звички просити дозволу запалити й культури відмовляти, а також поширеність паління саме у громадських місцях, то стає зрозумілішим сам механізм популяризації цього явища. Разом з тим, це дає і значні важелі впливу для всіх, хто прагне жити в чистому середовищі серед здорових людей. Адже курцю кожен раз доведеться просити дозволу запалити, і йому відмовлятимуть, і якщо існуватиме заборона паління у громадських місцях, то навряд чи зросте кількість прихильників сигарет.

Що школярі думають про припинення паління? Незважаючи на популярність паління, виявляється, що це не таке вже й приємне заняття і в багатьох раніше чи пізніше виникає бажання кинути. Причому близько 60% підлітків-курців хотіли б зробити це прямо зараз, 62% – намагалися кинути палити протягом останнього року, але тільки небагатьом вдалося це зробити. Так, 25% учнів зазначили, що вони припинили палити та не палять уже більше трьох місяців. У цьому разі для більшості вирішальним є бажання поліпшити стан власного здоров'я.

Одним з важливих моментів для успішного припинення паління є впевненість у здатності зробити це. У тому, що людині, яка палить, буде важко кинути це, впевнені 35% тих, хто не палить, і 31% курців. Ще більше тих, хто вважає, що це важко зробити. Разом з тим, майже 90% курців вважають, що вони самі зможуть кинути палити, якщо тільки забажають. Тобто знову спрацьовує вже знайомий механізм захисту: так, кинути палити важко, але іншим, не мені, в мене вистачить сили волі, я все зможу. Дійсно, зробити це буває дуже важко. Та важливо, щоб людину в цьому підтримали, надали посильну допомогу, пораду. Припинення паління є реальною проблемою для підлітків. Майже 80% серед учнів ПТУ, хто палить, бажають позбавитися цієї звички. Проте тільки невелика частка отримали допомогу. Ураховуючи те, що у ПТУ ті, хто не палить, становлять меншість, головний акцент тут слід зробити не на профілактиці, а на програмах допомоги тим, хто бажає кинути палити.

Незважаючи на заяви тютюнових кампаній, що реклама не спрямована на підлітків, результати опитування вказують на протилежне. Практично всі підлітки зазначили, що звертають увагу на щити з рекламою сигарет. Хоч безпосередню рекламу тютюну по телебаченню заборонено, 88% підлітків відмітили, що бачили спортивні чи інші програми, де явно рекламувалася певна марка сигарет.

Крім журналів, газет, великих щитів, існує й менш вартісна реклама. Не менше дієвою є реклама, що розміщується на промислових товарах. Те, що практично в кожного є чи був поліетиленовий пакет з емблемою

марки сигарет – факт безсумнівний. А як з іншими речами? Виявляється, що майже чверть підлітків зазначають, що вони мають такі речі, причому частіше ті, хто палить, тому не можна не зважати на те, що подібна реклама впливає на бажання підлітків палити.

Ще одним з рекламних прийомів тютюнової індустрії є роздача безкоштовних сигарет, оскільки в подальшому ці незначні витрати компенсуються великими прибутками. І 5,5% тих, хто не палять, та 11% курців стикалися з такими явищами. Цікавим є факт, що в Москві, де поширеність паління майже така сама, як і в Києві, безкоштовна роздача сигарет підліткам зустрічається вдвічі частіше. І це зумовлено тим, що в Україні законодавчо заборонено безкоштовне розповсюдження сигарет, а в Росії – ні. Таким чином, законодавчі обмеження, хоч і не повною мірою, все ж таки сприяють позитивним зрушенням. Щодо думки самих молодих людей про тютюнову рекламу, то більша частина схиляється до суворішого обмеження (34%) чи до повної заборони (43%). Сподіваємося, що наші законодавці врахують цю думку, коли повернуться до обговорення цього питання.

Що школярі думають про шкільні уроки, присвячені проблемі паління? Про те, що у школах проводилися заняття з питань небезпеки вживання тютюну протягом навчального року, зазначили трохи більше 50% опитаних школярів. А якщо врахувати, що спроби палити здійснює 77%, то стає очевидним недієвість таких заходів. До того ж помітною є закономірність, що з кожним роком таких занять стає все менше. Крім розмов про небезпеку вживання тютюну, застосування різних прийомів залякування, існують і більш продуктивні шляхи. Можна, наприклад, обговорити те, чому саме люди палять, причини цього явища. Чи порозмовляти про те, як відчуває себе людина, яка не палить, а вимушена вдихати тютюновий дим. (Між іншим, англійською мовою такий дим інколи називають *"second-hand-smoke"*, тобто такий, який був у використанні.) На жаль, про те, що такі бесіди проводяться регулярно, свідчать тільки 36% опитаних школярів.

Що школярі думають про паління: висновки за результатами опитування? На закінчення хотілося б відзначити позитивне явище. Порівняння результатів даного опитування з результатами аналогічного опитування, що проводилося 1995 р., показує, що, незважаючи на відмінність у формулюванні запитань, виявлено очевидну тенденцію до зниження рівня поширеності паління серед підлітків Києва. Теперішні підлітки в цілому все ж таки більш схильні до здорового способу життя, хоч багато дорослих думають інакше. І в наших силах закріпити цю тенденцію. Що ж можна зробити?

Головний висновок, до якого прийшла світова наукова думка щодо проблеми підліткового паління, це*: "Для того щоб знизити рівень па-*

ління серед підлітків, необхідно знизити рівень паління серед дорослих". Результати даного опитування стосовно паління батьків і паління у присутності дітей підтверджують цей висновок. Тому рекомендується спрямувати зусилля не виключно на підліткові профілактичні програми (як свідчить світовий досвід, такі програми, як правило, не є ефективними), а на роботу з дорослими, у першу чергу батьками та вчителями. Зазначимо, що в тих школах, де вчителі не палять, учні палять значно менше.

Більше уваги слід приділяти проблемі захисту прав тих, хто не палить. І в себе вдома, і у шкільних туалетах вони вимушені дихати тютюновим димом. До того ж вони помилково вважають себе меншістю і не вміють відстоювати свої права.

Проблема припинення паління є гострою для багатьох підлітків, але, на жаль, як правило, вона ігноруються. Необхідно використовувати засоби, що є у розпорядженні, та залучати нові, щоб допомогти підліткам звільнитися від згубної звички.

Підліткова громадська думка явно налаштована на користь більш суворих заходів щодо паління. Це стосується і заборони паління у громадських місцях, і жорсткого обмеження реклами. Держава має врахувати цю думку.

Тютюнова індустрія використовує всі засоби для того, щоб діти потрапили в тютюнове рабство, не зупиняючись навіть перед протизаконністю безкоштовної роздачі сигарет підліткам. Це показує усе лицемірство начебто профілактичних дій тютюнової індустрії. Будь-яке співробітництво з тютюновими компаніями, як мінімум, є марним, оскільки немає жодного прикладу, коли б вони реально сприяли зниженню вживання тютюну.

І нарешті, слід ширше залучати значний потенціал самих підлітків. Половина з них під час опитування говорили, що хотіли б узяти участь у заходах проти паління. Програми, які планують і проводять самі підлітки, користуються великим успіхом. Необхідно тільки трошки підтримати їх і надати можливість жити вільним від тютюну життям.

3.5. Порівняльний аналіз міжнародних досліджень з проблеми паління в різних країнах світу

За останніми даними ВООЗ, більше половини всіх дітей світу страждають від так званого пасивного паління, більше 700 млн з них відчувають на собі негативний вплив тютюнового диму. Вони частіше хворіють на респіраторні захворювання, в тому числі бронхіт, пневмонію, астму. Вчені помітили, що пасивне паління затримує розвиток головного мозку та сприяє виникненню серцево-судинних захворювань у дітей.

Негативний вплив на здоров'я дітей, що справляють 1,2 млрд курців по всьому світу, становить суттєву загрозу, про що повідомляють засоби масової інформації в різних країнах світу. 47% дітей живуть у родинах, де, як мінімум, один з її членів палить. Існує достатня кількість доказів, щоб вимагати рішучих дій щодо обмеження пасивного паління серед дітей, як стверджується у доповіді ВООЗ. Це міжнародна організація зробила війну з палінням одним з напрямків своєї діяльності. Особливого значення в даному контексті набуває розробка відповідних міжнародних законодавчих актів. У доповіді також стверджується, що по всьому світі буде вжито ефективних узгоджених заходів щодо боротьби з палінням. Серед них підвищення податків на поширення сигарет, заборона реклами тютюнової продукції тощо.

Австралійські вчені вважають, що тютюновий дим не тільки "їсть" очі, але й серйозно загрожує зору людини. Вони оприлюднили результати своїх досліджень, які свідчать про те, що в Австралії кожен п'ятий випадок сліпоти, пов'язаної з віком, викликаний саме курінням хворого.

Вчені з державних університетів в Сіднеї та Канберрі встановили, що приблизно 8,2 тис. австралійців втратили зір через довготривалий вплив нікотину. У цьому зв'язку офтальмологи настійно рекомендують на кожній пачці цигарок робити обов'язкову позначку "*Паління – основна причина сліпоти*". На їхню думку, це примусить багатьох людей позбутися поганої звички.

Статистика свідчить, що ті, хто палить, у два–п'ять разів більше за інших людей наражаються на загрозу залишитися сліпими у 50 років.

За даними американських вчених, людина, яка палить, має життя на сім років коротше, ніж та, яка не шкодить собі через вживання нікотину. Відомо, що паління є однією з причин захворювань на рак, а також хвороби легенів і серцево-судинної системи. Страждають від цього не тільки окремі люди, а й усе суспільство. Результати досліджень свідчать, що через паління витрати на охорону здоров'я збільшуються на 40%.

"Новий англійський медичний журнал" із сумом сповіщає, що навряд чи слід чекати, що на зміну літнім людям із цигарками прийде абсолютно здорове нове покоління. У США 3 тис. школярів щодня запалюють цигарку. При цьому всі закони, що забороняють неповнолітнім купівлю тютюнових виробів, абсолютно не спрацьовують. 1997 р. Федеральним управлінням з питань якості продовольства та медикаментів було введено нові правила, за якими у всіх тютюнових крамницях і спеціальних відділах магазинів продавці мали вимагати посвідчення з фотографією у всіх покупців, які на вигляд молодші 17 років. Проте цей захід викликав сміх навіть у підлітків. Як заявив один з них в інтерв'ю радіожурналісту, який

поцікавився, чи складніше тепер купити пачку цигарок: "Для продавців найкраще посвідчення – це мої долари".

Уряд Іспанії прийняв 1999 р. спеціальний декрет, що забороняє палити в літаках незалежно від терміну польоту. Обмеження вводяться також на залізниці та морському транспорті, в автобусах міжміського сполучення. У документі підкреслюється, що подібні заходи продиктовані насамперед турботою про здоров'я нації та бажанням влади стримати процес збільшення кількості прихильників тютюну.

Природно, що цей декрет першим підтримали медики, державні й різноманітні громадські організації, що виступають проти паління. Вони наголошують, що декрет спрямований на захист перш за все здоров'я пасивних курців, які змушені дихати димом. Але лікарі вважають, що таких заходів замало. На їхню думку, варто підвищити ціни на тютюнові вироби, враховуючи, що цигарки в Іспанії найдешевші серед країн ЄС. Вони також наполягають на контролі за рекламою та вважають за необхідне постійно проводити роз'яснювальну кампанію проти паління. Для порівняння в Києві на десять рекламних щитів, які пропонують різні марки цигарок, припадає тільки два, де пропагується здоровий спосіб життя. І це тоді, коли, як було сказано раніше, рекламу тютюнових виробів в Україні офіційно заборонено.

А.Герман із співавторами (1980) вивчали функціональну здатність курців. Було обстежено 68 осіб віком 20–28 років, які раніше були практично здоровими. Під час обстеження в більшості з них виявлено порушення вентиляційної функції легенів. Вираженість цих порушень залежала від тривалості паління. Серед тих, хто палив протягом трьох–п'яти років, вентиляційна недостатність спостерігалася у 30,3% випадків, а серед тих, хто палив шість–дев'ять – 34,3%. Отже, незважаючи на те, що не було скарг на хворобливий стан і були відсутні зовнішні ознаки, легені в обстежених осіб виявилися функціонально не повноцінними.

Вчені встановили, що паління – один з основних чинників, які призводять до розвитку раку легенів. Ось деякі факти. Захворюваність на рак легенів серед курців у 30 разів більша, ніж серед тих, хто не палить. У нашій країні чоловіки захворюють на рак легенів у сім–вісім разів частіше, ніж жінки. Медичне обстеження робітників азбестового заводу у штаті Техас (США) показало, що в курців ризик захворіти на рак легенів у 90 разів вищий, ніж у тих, хто не палить. Американський учений Селікофф вивчав захворюваність на рак легенів на азбестових підприємствах штату Нью-Джерсі. Виявилося, що за сім років від раку легенів померли 33 з 383 курців, а з 87 працівників, які не палили, – троє. За десятирічний період спостережень в Англії смертність від раку легенів серед чоловіків збільшилася на 7%, а серед тих, хто кинув палити, зменшилася на 38%.

3.6. Дослідження проблеми підліткового та юнацького алкоголізму

Ставлення підлітків до алкоголю – це нагальна проблема всього людського суспільства. Наприклад, зараз у США кожен сьомий юнак у віці 17 років зловживає алкоголем. Дослідження, проведені в Каліфорнії, дали такі цифри (табл. 3.9).

Бельгійські соціологи твердять, що 40% хлопчиків і 27% дівчат випивають на день не менше кухля пива. Близько 90% школярів 7–9-х класів Канади більш-менш часто вживають алкоголь. У Німеччині лише з 1992 по 1997 р. кількість молодих алкоголіків зросла на 25%.

Таблиця 3.9. **Показники зростання рівня вживання алкоголю, %**

Роки дослідження	Кількість школярів, які вживають алкоголь
1968	65
1969	73
1970	74
1971	77
1972	81
1973	85
1974	86
1980	87
1985	90
1990	92
1995	95

Цікаві дані було отримано спеціалістами Швейцарського інституту з питань боротьби з алкоголізмом, що досліджував причини вживання підлітками з 12–16 років спиртних напоїв (табл. 3.10).

Вплив алкоголю на організм людини. *Шлунок і тонкий кишечник.* На відміну від їжі, алкоголь не перетравлюється у шлунку і тонкому кишечнику. Коли він надходить у шлунок, частина його незміненою проходить крізь тканину шлунка і потрапляє безпосередньо у кров. Решта надходить до тонкого кишечнику і потім у незміненому вигляді – безпосередньо у кров. Алкоголь ушкоджує оболонку шлунка та гортані. Навіть невеликі його кількості можуть спричинювати секрецію у шлунку травних соків, що викликає почуття голоду. Постійне подразнення шлункової слизової оболонки призводить до виникнення гастриту – хронічного запалення слизової оболонки шлунка. Кількість їжі у шлунку під час уживання алкоголю має велике значення для організму, їжа може уповільнити процес надходження алкоголю у кров

майже на 50%. Їжа з високим вмістом жиру та протеїнів (як, наприклад, молоко або сир) сприяє уповільненню процесу інтоксикації алкоголем. Ступінь інтоксикації залежить від швидкості вживання алкоголю та кількості випитого за один раз. При повільному прийомі алкоголю в малих дозах печінка швидше встигає окиснити алкоголь, ніж при швидкому уживанні великих доз. Результатом цього є зниження ступеня інтоксикації.

Таблиця 3.10. **Результати опитування підлітків щодо мотивів уживання алкоголю**

Мотиви	Кількість схвальних відповідей
1. Самоствердження	56, 9
2. У тому числі тому, що мені подобається	36,9
3. Тому, що приємно бути трохи п'яним	8,2
4. Тому, що мені нудно	11,8
5. Символічна участь (тиск з боку інших молодих людей того самого віку)	31,1
6. У тому числі тому, що мої друзі теж п'ють	10,9
7. Щоб мене не вважали "білою вороною"	6,5
8. Тому, що більшість дорослих п'ють	9,2
9. Щоб легше було спілкуватися з іншими людьми	4,5
10. Зняття психічного напруження	12,0
11. У тому числі, щоб відчути більшу впевненість і сміливість	3,8
12. Щоб бути спокійнішим	5,8
13. Щоб було легше розмовляти з людьми	2,5

Печінка. Перед виділенням з організму алкоголь має бути розщеплений у печінці на діоксид вуглецю та воду. За одиницю часу печінка здатна розщеплювати лише невеликі кількості алкоголю – одна порція впродовж 1–3 год. Решта циркулює у крові до повного її розщеплення. Стан печінки може настільки погіршитися, що це може виявитися у тривожних симптомах у травному тракті та системі кровообігу. Цироз печінки – це таке її пошкодження, за якого гинуть здорові тканини і замість них залишаються жирова тканина та рубці. Це захворювання може виникнути внаслідок частого вживання алкоголю.

Головний мозок. Оскільки алкоголь циркулює в системі кровообігу, він потрапляє до всіх органів тіла. За кілька хвилин він досягає головного мозку. Дія алкоголю має заспокійливий та депресивний характер. Він також уповільнює роботу головного мозку і гальмує як накопичення, так і відновлення інформації в пам'яті. Алкоголь може призводити до галюцинацій і провалів у пам'яті.

Органи чуття. Уживання алкоголю може призвести до пошкодження зору та слуху. Можуть також погіршитися відчуття смаку, нюху й дотику. Оскільки всі м'язи контролюються мозком, уживання навіть найменших доз алкоголю призводить до погіршення ефективності цього контролю, і людина втрачає координацію та швидкість реакції.

Вага тіла. Вага тіла – це вирішальний фактор, від якого залежить інтенсивність впливу алкоголю на організм. Печінка окиснює алкоголь, тобто розщеплює його шляхом хімічної реакції. Порівняно з людиною з невеликою вагою людина з більшою вагою легше витримує негативний вплив алкоголю. Ефект інтоксикації настає тоді, коли алкоголь досягає мозку і не встигає окиснитися печінкою. Пам'ятайте, що алкоголь перетравлюється не так, як їжа. Він потрапляє у кров частково через шлунок, частково через кишечник.

Концентрація алкоголю та його міцність. Інтенсивність впливу алкоголю на організм залежить також і від його міцності. Міцність відповідає концентрації алкоголю в напої. Вміст (концентрацію алкоголю в напої) визначають, поділивши показник міцності на два. Чим вищою є міцність алкогольного напою, тим сильнішим його інтоксикуючий вплив. Якщо міцність віскі 80º, то вміст у ньому алкоголю становить 40%. Наведемо декілька прикладів різного вмісту алкоголю:

– пиво: 3–6% алкоголю (виготовляється із зерна хлібних злаків);

– вино: 10–14% (з виноградного соку);

– джин, віскі, бренді, ром: 40–50% (алкоголь утворюється в результаті бродіння дріжджів у водному розчині цукру; використовується зброджена суміш зерна хлібних злаків або фруктів).

Концентрація алкоголю у крові – це кількість алкоголю, що переноситься з кров'ю до мозку і зумовлює ступінь інтоксикації. Концентрація алкоголю у крові в межах від 0,01 до 0,02% не справляє істотного впливу на організм людини. За концентрації від 0,03 до 0,10% настає легке запаморочення голови, виникає почуття задоволення, щастя, за 0,10–0,15% з'являються значно серйозніші симптоми, включаючи погіршення моторної функції, зору та слуху. За концентрації від 0,10 до 0,15% надзвичайно небезпечно керувати автомобілем, за 0,20% у людини обов'язково з'являються симптоми сп'яніння, тобто утруднюються мова та рухи, вище 0,40% – настає коматозний стан, а за 0,60–0,70% – смерть.

Таким чином, уживання алкоголю призводить до різноманітних наслідків для організму. Деякі з них носять швидкий, а інші – відстрочений характер. Усі вони можуть завдати шкоду організму.

Чотири стадії вживання алкоголю. Існують різні стадії вживання алкоголю. У більшості випадків неможливо віднести стан тієї чи іншої

людини, що експериментує з алкоголем або наркотиками, до конкретної стадії. Ці стадії частково збігаються одна з одною.

Експериментальна стадія вживання алкоголю. Підлітки, юнаки й дівчата часто експериментують з алкоголем. Вони спостерігають, як змінюється настрій під час уживання алкоголю. Вони вчаться знаходити задоволенні у випивці. Іноді вони почувають себе добре, але найчастіше їм доводиться пережити неприємні моменти – на похмілля їх нудить, болить голова. Негативні наслідки від уживання алкоголю можуть викликати відразу до алкоголю, і молода людина вирішує зовсім не пити.

Але значна кількість підлітків-експериментаторів відчувають задоволення від прийняття алкоголю, що викликає бажання продовжити це заняття та прискорює перехід до наступної стадії – помірного вживання алкоголю.

Помірне вживання алкоголю. Люди, що помірно п'ють, роблять це для того, щоб відчувати себе зручно в компанії. Вони передбачають наслідки випивки, п'ють тільки тоді, коли в цьому є потреба й певною мірою зберігають здатність самоконтролю щодо того, коли і скільки можна випити. Але, на жаль, потім вони не залишаються на цьому рівні. Багато з тих, хто п'є, не знає міри і вживає надто багато – п'ять або навіть більше порцій підряд. Це надмірно.

Призвичаювання до вживання алкоголю. Третя стадія – це вживання алкоголю з метою самозаспокоєння. На стадіях експериментального та помірного вживання люди прагнуть досягти появи приємних відчуттів. Але на третій стадії вони починають пити для того, щоб послабити свої неприємні відчуття або позбутися них. Приміром, уявіть собі дівчину, яка тільки-но дуже сильно посварилася із своїми батьками. Вона дуже розлючена й сердиться як на своїх батьків, так, мабуть, і на себе. Можливо, вона має ще й інші проблеми. Дівчина виправдовує себе тим, що це її батьки винні в тому, що вона напилася. Насправді ж, за допомогою алкоголю вона намагається позбутися негативних емоцій.

Інший приклад – хлопець збирається на вечірку. Там буде багато дівчат і незнайомих йому людей. Він мріє справити гарне враження, але відчуває нервозність, занепокоєння та сором'язливість. Це нормально, бо всі ці почуття становлять частину нашого щоденного життя. Але він вирішує трохи випити, щоб їх подолати, призначаючи собі "лікування". Він уживає алкоголь для того, щоб позбутися неприємних почуттів.

На цій стадії людина потроху починає втрачати контроль над собою і п'є через проблеми, з якими стикається. Щодо молодих людей, то часто їм здається, що їхня репутація залежить від кількості випитого. Вони можуть навіть хвалитися своєю здатністю випити. Вони тренують власну фізичну витримку проти впливу алкоголю. Унаслідок

такого тренування для досягнення звичного ефекту їхній організм починає потребувати більшої кількості алкоголю. Це є застережною ознакою розвитку в них проблеми, пов'язаної з уживанням алкоголю, а, можливо, й з алкоголізмом.

Хімічна залежність від алкоголю. Кінцевою стадією вживання алкоголю є хімічна залежність. На цій стадії люди втрачають контроль над собою. І ця втрата контролю і є головною ознакою. Але це не означає, що той, хто має хімічну залежність від алкоголю, кожного разу п'яніє. Іноді він виглядає як той, хто помірно п'є, і деякою мірою може контролювати себе. Часто йому доводиться витрачати багато енергії на те, щоб створити подобу нормального самопочуття в очах оточуючих.

Але визначальним є те, що, коли хворий на хімічну залежність від алкоголю вдається до пияцтва, ніхто не здатен встановити наперед тривалість цього періоду або кількість алкоголю, яку буде випито.

Основною мотиваційною силою виходу із цього стану є самолікування. Той, хто хворий на хімічну залежність від алкоголю, не отримує задоволення від його вживання. Найбільше, що він має – це короткі періоди фізичного та емоційного полегшення болю. Причиною пияцтва є прагнення досягти гарного самопочуття.

Характерними ознаками залежності від алкоголю є:

1) звикання: це означає, що для досягнення звичного ефекту потрібно випити більшу кількість алкоголю;

2) абстиненція (або синдром відміни): її симптоми виникають тоді, коли хворий перестає пити;

3) пошуки наркотиків: відбувається зміна поведінки, коли хворого позбавляють алкоголю;

4) потреба в алкоголі стає більш важливою, ніж спілкування з людьми.

Одним з останніх широкомасштабних досліджень щодо ставлення української молоді до алкоголю (практика вживання і діапазон наслідків) є колективна робота фахівців Українського інституту соціальних досліджень О.Яременко, О.Балакірєвої, О.Вакуленко (2000), до результатів яких ми вже зверталися раніше.

Одне із завдань дослідження – з'ясувати ставлення респондентів до алкоголю, виявити, як часто його вживають. У підлітковому віці звертання до алкоголю здебільшого є виявом цікавості, бажанням вдавати із себе дорослих, способом самовираження, самоствердження. Воно зумовлене бажанням не бути "білою вороною" серед однолітків, завоювати авторитет тощо. За відсутності навичок і досвіду доволі поширеними наслідками такого прагнення є випадки отруєння, психози, а також прояви агресії – бійки, хуліганство, аварії та навіть вбивства й самогубства.

За даними Українського інституту суспільного здоров'я, показник захворювань на хронічний алкоголізм серед підлітків становив у 1995 р. 0,45 на 10 тис., у 1996 р. – 0,373.

За результатами проведеного опитування серед молодих людей віком 10–22 років лише 23% респондентів не мають досвіду вживання алкогольних напоїв. Переважну більшість серед тих, хто ніколи не вживав алкоголь, становить молодша група опитаних – 10–14-річні (40%). Серед 15–22-річних вживали алкоголь 93%. Виявлено чітку залежність – практика вживання алкогольних напоїв поширюється з віком респондентів. Іноді вживали такі напої, як пиво, вино, горілка, коньяк, віскі, лікер, самогон тощо, кожен третій 10-річний респондент (36%), кожен другий з-поміж 11- та 12-річних (відповідно 49 і 54), 73 – 13-річних, 78 – 14-річних, 85% – 15-річного віку. Питома частка молодих людей від 16 до 22 років, які вживали алкоголь, надзвичайно велика – від 93 до 98%.

Показовими є дані щодо віку першого досвіду вживання алкогольних напоїв. Наприклад, найбільша частка респондентів зазначили, що вперше скуштували пиво у 10 років (28%), у віці від 16 років і старше – 9, ніколи його не вживали 24%. "Знайомство" з вином і міцними напоями відбувається переважно у підлітковому віці 13–16 років і старше (зокрема, у групі респондентів 10–14 років досвід першого вживання хоча б склянки вина мають 43%). Ніколи не пили вина та міцних напоїв відповідно 31 і 43% усіх опитаних. Майже половина (43%) представників молодшої групи (10–14 років) взагалі не відповіли на запитання щодо віку першого вживання пива. Ще 75% їхніх однолітків проігнорували запитання щодо першого вживання міцних напоїв. Такий розподіл може свідчити про схильність дітей і підлітків до скритності, їхню упередженість щодо конфіденційності індивідуальних відповідей на запитання анкети.

З метою з'ясування інтенсивності вживання алкоголю респондентам було запропоновано запитання щодо кількості вжитих ними напоїв протягом останніх 30 днів, оскільки цей період часу значно легше пригадати. Розподіл відповідей усіх респондентів надає можливість констатувати, що незалежно від міцності напоїв періодичність їх вживання молоддю впродовж останнього місяця становить один–два рази. Відсоток дітей та підлітків (10–14 років), котрі зазначили, що вживали алкоголь саме стільки разів, вище порівняно з когортою старших (15–22 роки). Так, пиво випивали один–два рази протягом останнього місяця на час опитування 25% 10–14-річних та 2% 15–22-річних, вино – відповідно 18 і 5%. Щодо міцного алкоголю, то один–два рази протягом останніх 30 днів вживали його здебільшого юнаки та дівчата 15–22 років, останні – удвічі частіше

(відповідно 8 і 15%). Зауважимо, що старша молодь вживає алкоголь більш регулярно – три–п'ять разів на місяць. У цілому серед алкогольних напоїв, які респонденти випивали найчастіше (10–19 і навіть 20–30 разів на місяць, і в основному це стосується 15–22- річних), є пиво.

Середній вік першого сп'яніння ближче до віку старших молодих людей (від 16 років і старших –14% усього масиву опитаних та 29% 15–22-річних). Не доводилося перебувати у стані алкогольного сп'яніння майже половині опитаної молоді (45%), більшість з них становлять респонденти молодшого віку. Так, у відповідь на запитання "В якому віці (якщо таке траплялося) ти вперше відчув/ла алкогольне сп'яніння?" варіант "ніколи" обрали серед 10-річних опитаних 65%, а ще 31% взагалі не відповіли на запитання, 11-річних – 78, 12-річних – 80, 13-річних – 63, половина – серед підлітків 14 років (52%), з-поміж 15-річних ніколи не відчували сп'яніння вже 39%, серед 16-річних – 29, серед респондентів 17 та 19 років – по 19, 18-річних – кожен п'ятий (21%), а серед молодих людей 20 та 21 року "ніколи" відповіли лише по 14, 22-річних – 15%. Серед тих, у кого не має досвіду вживання алкогольних напоїв до стану сп'яніння, у віковій групі 10–14 років дівчат виявлено 71%, хлопців – 63%, у віковій групі 15–22 років таких "непитущих" значно менше, проте дівчат все ж менше, ніж молодих чоловіків – відповідно 25 і 18%. Отже, до вживання алкоголю в надмірній кількості (до стану сп'яніння) здебільшого схильні молоді люди чоловічої статі старшого віку (15–22 роки).

Респондентам віком 15–22 роки було запропоновано визначити ступінь їх сп'яніння під час останньої випивки за 10-бальною шкалою. Найбільш часто вживаними виявилися нижчі показники шкали: майже кожен третій опитаний відчував лише приємні відчуття (38%) – 56% жінок та 43% чоловіків, 16% взагалі ніколи не були п'яними – відповідно 20 і 12%. Про те, що "ледве трималися на ногах", зазначили лише 2% усіх опитаних (табл. 3.11).

Таблиця 3.11. **Оцінка респондентами ступеня сп'яніння під час останньої випивки (% тих, кому виповнилося 15–22 роки)**

Тільки приємні почуття	Тяжке сп'яніння, ледве тримався на ногах	Ніколи не був п'яним	Немає відповіді
38	2	16	5

Рівень схильності 15–22-річної молоді до надмірного вживання алкогольних напоїв можна оцінити за допомогою аналізу розподілу позитивних відповідей на запитання: *"Скільки разів (якщо таке траплялося) Ви перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння (коли неспроможні були повністю контролювати себе та свої дії)?"*. Молодим людям про-

понувалося зазначити кількість разів перебування ними у стані сп'яніння "до нестями" протягом їхнього життя, останнього року та останнього місяця на момент опитування. Результати свідчать, що 15–22-річній молоді більш властиве помірковане вживання алкоголю – впродовж життя жодного разу не напивалися до нестями 42% опитаних, протягом року – 60%, протягом місяця – 78%. Якщо ж таке траплялося, то здебільшого один–два рази, рідше – три–п'ять разів. Частка молодих людей, котрі перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння частіше (від одного разу на тиждень до одного разу на місяць), незначна: протягом останнього місяця на момент опитування таких одиниці, протягом останнього року їх відносна кількість не перевищує 2%.

З респондентами, які визначили, що протягом життя мали практику надмірного вживання алкогольних напоїв до стану неспроможності контролю над власними діями (не враховуючи варіант відповіді "0" разів та тих, хто не відповів на запитання – 53%), подібне траплялося в основному один–два рази – 56%, три–п'ять – 21, шість–дев'ять – 9, 10–19 – 7, 20–30 разів і більше – 7%. Можна говорити про те, що з віком зменшується періодичність випадків надмірного вживання алкоголю. Так, найчастіше про одно–дворазовий досвід пияцтва "до нестями" протягом життя зазначили 15–18-річні, три–п'ятиразовий – молоді люди 19–20 років, шість–дев'ять разів протягом життя надмірно випивали здебільшого 22-річні, "багатий" досвід (перебування у стані безконтрольного алкогольного сп'яніння 10–19 та 20–30 разів і більше) мала переважно група старших опитаних респондентів – 20–22-річні.

Виявлено показову залежність між рівнем надмірного вживання алкоголю та статтю опитаних. Про один–два рази сп'яніння до стану неспроможності контролювати власні дії незалежно від часового періоду (протягом життя, року, місяця) засвідчили переважно представниці жіночої статі. Дещо більше дівчат та молодих жінок, що перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння протягом останніх 30 днів на момент опитування шість–дев'ять разів (6% – жінки, 2% – чоловіки). Хоч абсолютна кількість, що обрали такий варіант відповіді, є незначною, але це певною мірою свідчить про існування нездорових тенденцій у молодіжному середовищі. Залежність показників рівня надмірного вживання алкоголю від статі наведено у табл. 3.12.

Якою має бути кількість вжитого молодою особою спиртного, щоб цього вистачило для досягнення стану сп'яніння? За відповідями респондентів, які визнали, що вживали алкоголь, в основному це одна–дві або три–чотири порції ("порція" – склянка вина (150 мл), пляшка чи банка пива (500 мл), чарка міцного напою (50 мл) або алкогольний коктейль), що відповідно становить 32 і 29%. Серед тих, кому потрібні одна–дві

порції алкоголю, дівчат набагато більше, ніж юнаків (відповідно 47 і 17%). Юнакам для досягнення стану сп'яніння потрібно випити три–чотири (хлопці – 33%, дівчата – 25%) і навіть п'ять–шість порцій алкоголю (хлопці – 20%, дівчата – 8%) (рис.3.9).

Таблиця 3.12. **Залежність рівня надмірного вживання алкоголю від статі респондентів (% 15–22-річних, які перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння, коли неспроможні були повністю контролювати себе та свої дії)***

Кількість разів, коли респонденти перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння	Протягом життя			За останні 12 місяців			За останні 30 днів		
	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього	Чоловіки	Жінки	Усього
1–2	49	65	56	60	75	66	80	84	81
3–5	21	21	21	21	17	20	15	7	12
6–9	11	7	9	7	4	5	2	6	4
10–19	9	4	7	9	2	6	3	3	3
20–30	6	1	4	3	2	2	-	-	-
31 і більше	4	2	3	0,9	0,3	0,6	-	-	-

- *Сума відповідей перевищує 100% за рахунок похибки округлення .*

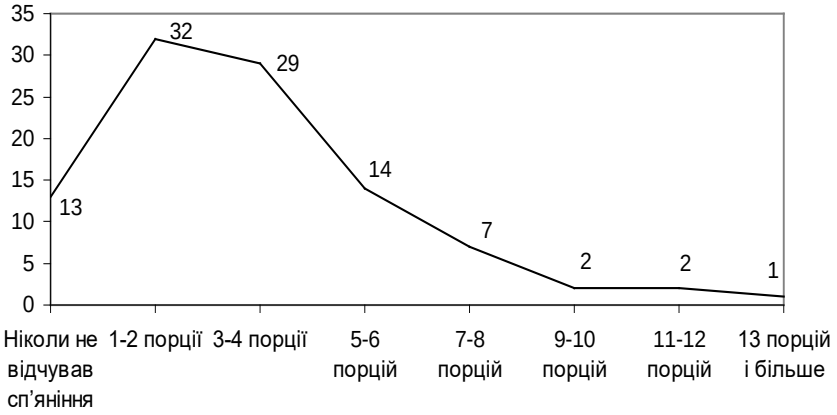


Рис. 3.9. Розподіл відповідей на запитання: "Якою має бути кількість ужитого спиртного, щоб цього вистачило для досягнення стану сп'яніння?"

Отже, у віці 10–22 роки переважна більшість мала досвід уживання алкогольних напоїв, і лише 23% ніколи цього не робили. Найбільше тих, хто ніколи не вживав алкоголю, серед респондентів віком 10–14 років (40%), "знайомі" із цією речовиною майже всі (93%) 15–22-річні. Рівень вживання алкогольних напоїв підвищується з віком респондентів. У віці від 16 до 22

років питома вага тих, хто коли-небудь спробував алкоголь, є надзвичайно високою (від 93 до 98%). Вік першої спроби пива для 28% становить 10 років, для 9% – 16 і більше років, вина та міцних напоїв – переважно в підлітковому віці 13–16 років і старше. Незалежно від міцності напоїв періодичність їх вживання молоддю впродовж останнього місяця в середньому становить один–два рази. Питома вага дітей і підлітків при цьому більша порівняно з когортою старших. Старша молодь вживає алкоголь більш регулярно – три–п'ять разів за місяць. З алкогольних напоїв, які респонденти випивали найчастіше (10–19 і навіть 20–30 разів за місяць), є пиво. Вік першого сп'яніння зміщений у бік старших респондентів. Уживають алкоголь у надмірній кількості до стану сп'яніння здебільшого молоді люди старшого віку та представники чоловічої статі. З віком збільшується й кількість випадків вживання алкоголю до безконтрольного стану. Сп'яніння один–два рази "до нестями" незалежно від часового періоду (протягом життя, року, місяця) притаманне переважно представницям жіночої статі (чоловікам – три–п'ять разів). За відповідями респондентів, які визнали, що вживали алкоголь, норма спиртного, якої достатньо їм для досягнення стану сп'яніння, становить в основному одну–дві або три–чотири порції. Серед тих, кому потрібна одна–дві порції алкоголю, дівчат набагато більше, ніж юнаків (відповідно 47 і 17%). Три–чотири, а то й п'ять–шість порцій алкоголю для досягнення стану сп'яніння необхідно випити більшості юних представників сильної статі.

3.7. Проблема наркоманії. Непродуманий голландський експеримент з наркотиками

Генеральний секретар ООН Кофі Аннан зазначає: "Наркотики руйнують наше суспільство. Через них зростає злочинність, поширюються такі хвороби, як СНІД, гине наша молодь і наше майбутнє". Він додає: "Сьогодні у світу є приблизно 190 млн наркоманів. Жодна країна не вільна від цього. І ні одна країна власними зусиллями не може зупинити торгівлю наркотиками на своїй території. Глобальні масштаби цієї торгівля вимагають міжнародних заходів" (Світ потрапляє..., 1999).

В Україні за останні п'ять років показники поширеності й смертності від наркоманії зросли майже у два рази. У 1999 р. на обліку перебувало 91,5 тис. осіб, з них близько 70 тис. хворих на наркоманію, більше 21 тис. епізодично вживають наркотики. Реальна ж цифра споживачів наркотиків у 10–12 разів більша, зокрема, у 1992 р. на обліку перебувало більше 33 тис. осіб, які споживають наркотики. Таким чином, за сім років кількість офіційно зареєстрованих наркоманів зросла майже втричі (Юнак, 2001).

Ситуація в Росії також катастрофічно погіршується. За останніми офіційними даними встановлено кількість споживачів наркотиків більше 3 млн осіб, а за неофіційними – 6 млн. Близько 20 млн росіян, у тому числі чверть учнів, пробували наркотики. Наркотиками "вражені" не тільки школи та ПТУ, а й також елітні навчальні заклади: Московський державний університет, багато вищих і середніх навчальних закладів, що готують працівників правоохоронних органів. У Збройних силах РФ кожен четвертий представник надстрокової служби споживає наркотики, а пробували їх дві третини призовників.

Середній вік наркоманів (дані голови Комітету з охорони здоров'я та спорту РФ Н. Герасименко) катастрофічно знижується. Більшість з них – молодь до 30 років. Серед них кількість хворих зросла до 10 разів, смертність – у 12 разів, а серед дітей взагалі у 42 рази). Багато з тих, хто почав уживати наркотики, взагалі не доживають до 30 років, перебільшуючи рекорд найкоротшої тривалості життя на 4–4,5 років. Недивним є те, що за останнє десятиліття кількість злочинів на цьому підґрунті, за даними МВС РФ, зросла в 14 разів, а в середовищі наркоманів – майже у 25 разів.

70% молоді познайомилися з наркотиками у школах та місцях розваг. Основна причина – проблеми юного покоління: бідність, тяжке становище у сім'ї, безробіття випускників, особливо у віддалених регіонах Росії. Щорічний обіг наркоринку тільки в Москві та Санкт-Петербурзі досягає 90 млн доларів.

"Подивіться на голландську модель!" Цей заклик став своєрідною мантрою для захисників лібералізації законів, що стосуються наркотиків, в Європі та США. Голландці – прихильники лібералізації, вважають, що роблять правильно, узаконивши з певними обмеженнями торгівлю наркотичними речовинами через мережу спеціалізованих кафе та проводячи м'яку політику відносно всіх форм вживання наркотиків та пов'язаних із цим правопорушень, що базуються на принципі "зменшення зла".

Але чи це насправді так? Пройшло майже чверть століття з того часу, як голландський парламент визначив власний курс у політиці щодо проблем наркотиків, що значно відрізняється від загальноєвропейського. Без сумніву, 27 років – достатній строк для підведення підсумків подібної політики. Як вона вплинула на ситуацію із уживанням наркотиків у країні? Як це відбилося на найближчих сусідах Голландії – Франції, Бельгії, Німеччині та Великобританії? Чи виправдовують результати подібної політики думку про неї як про модель, достойну наслідування іншими країнами? Чи, можливо, вони слугують попередженням для тих, хто захоче слідувати прикладу Голландії?

Така політика відносно наркотиків ґрунтується на прийнятті парламентом у 1976 р. рекомендацій комісії, що очолював психіатр та експерт з реабілітації наркоманів Пітер А.Х. Баан, котрий на той час працював при відомстві психічного здоров'я Голландії. У звіті комісії Баана пропонувалося розмежувати вживання наркотиків так званого першого списку, що становить "неприйнятний ризик" (героїн, кокаїн та ЛСД), та другого списку – продукти переробки коноплі, такі як гашиш і марихуана, що вважаються менш небезпечними, чи "м'якими". По суті, парламент узаконив можливість збереження особою 30 г марихуани чи гашишу – достатню дозу, за підрахунками законодавців, для задоволення тримісячної потреби середнього курця. Водночас члени парламенту проголосували за продовження боротьби як з внутрішньою, так і з міжнародною торгівлею наркотиками з найбільш небезпечного першого списку. Незабаром після прийняття первинних рекомендацій комісії парламент зробив ще один крок на шляху до легалізації продуктів переробки коноплі через відкритий продаж у мережі ліцензованих кафе. При цьому для них встановлюються деякі обмеження: не дозволяється продавати більш 30 г в одні руки, забороняється торгівля сильнодіючими наркотиками, їх реклама, продаж наркотиків неповнолітнім. Крім того, розташовуватися такі кафе мають право не ближче як за 500 м від шкіл. За межами подібних кафе залишався нелегальний імпорт, експорт, виробництво та продаж продуктів переробки коноплі.

До того часу, коли звіт комісії Баана було схвалено, Голландія мала серйозні проблеми з героїновою наркоманією, хоч і не порівняною у масштабах своїх європейських сусідів. Проте голландців особливо не турбували великі міжнародні наркодилери, за виключенням китайських "тріад", чия діяльність було принаймні обмежено ринком збуту.

Як же змінилася ситуація за цей час? Перше і найбільш очевидне – це те, що Голландія (за словами старших чинів митниць та офіцерів поліції Великобританії, Франції та Бельгії) стала "наркостолицею Західної Європи" і не тільки м'яких наркотиків, легалізованих голландським парламентом, але й сильнодіючих, таких як героїн, кокаїн, а тепер і екстазі. Британська митниця та акцизне управління вважають, що 80% героїну, конфіскованого у Великобританії, або переправляється, або тимчасово зберігається в Голландії. Показники Центрального управління з боротьби з нелегальним обігом наркотиків у Франції за 1998 р., за словами одного з вищих чинів цієї організації, спостерігали "вибух" уживання наркотиків, що ввозяться у Францію з Голландії. За словами одного французького офіцера з відділу боротьби з наркотиками, "Голландія – стала своєрідним європейським супермаркетом наркотиків. Тут легко придбати зілля всіх видів. Ціни низькі. Шанси бути спійманим з ними – мінімальні, та провезти

їх додому через наші відкриті кордони не є складним". Ще більш страшною та серйозною проблемою, з якою стикається європейська молодь сьогодні – це синтетичні наркотики типу екстазі та амфетамінів, що поширилися в Європі, як вірус, після того, як їх було вперше виготовлено у Голландії в 1987 р. Британська поліція підрахувала, що кожного уїк-енду у британських клубах і дискотеках вживається мільйон таких пілюль. У більшості випадків подібні синтетичні наркотики доставляються з Голландії, де їх виготовляють. Британська митниця стверджує, що практично всі пігулки, конфісковані в Об'єднаному Королівстві в минулому році, було виготовлено в Голландії чи Бельгії. 98% амфетамінів, конфіскованих у Франції в 1997 р., надійшли з Голландії, також само як і 73,6% пігулок екстазі.

Перетворення Голландії на наркостолицю Європи відбулося не тільки завдяки рішенню голландського уряду узаконити продаж продуктів переробки коноплі в сумнозвісних кафе. Багато європейців вважають це наслідком політики, яка проводиться і яка формує толерантне ставлення до наркотиків. Подібне ставлення, що характеризується опонентами голландської політики як "кавовий менталітет", поступово впроваджується в голландську систему правосуддя.

Ліберальна політика щодо наркотиків повністю провалилась, але її прихильники настільки звикли вважати себе правими, що не припускають і думки про зміну власних поглядів. Так, уживання коноплі зведено до абсолютно банального явища. А звідси легко зробити наступний крок до визнання того, що вживання речовин, що запаморочують свідомість, типу екстазі, теж є нормою.

Опоненти голландської національної політики щодо наркотиків і навіть деякі її прихильники визнають, що тут має місце прийняття бажаного за дійсне, а то й звичайне лицемірство.

Якщо у 70-х роках сигарети з марихуаною містили від 3,5% ТГТ (дельта-9-тертагідроканабіол), речовини, що приводить курця у стан наркотичного сп'яніння, то в сучасних сигаретах його вміст може досягати 35%, що в 10 разів більше того рівня, за яким коноплю віднесено до розряду м'яких наркотиків.

Д-р Е.Баунінг з Міністерства охорони здоров'я, головного бастіону ліберальної політики Голландії в галузі наркотиків, в основному погоджується із цією думкою. "Молодь вживає м'які наркотики, – визнає він, – особливо з високим вмістом ТКГ. Місце, яке посідає в їхньому житті цей наркотик, стає настільки значним, що в них не залишається часу ні на що інше. Вони не знають, що їм робити з їхнім життям".

Голландські прихильники ліберальної політики щодо м'яких наркотиків заперечують, говорячи, що курці коноплі не обов'язково стають споживачами сильнодіючих наркотиків. І вони мають рацію. Не існує ніякої психо-

логічного обґрунтування переходу від паління коноплі до споживачів героїну. Зовсім не обов'язково переходити від паління коноплі до більш сильних наркотиків. Але у Франції, наприклад, 80% "героїнщиків" також є споживачами маріхуани чи гашишу. Фахівці з реабілітаційного центру "Надія" стверджують, що більше 90% із загальної кількості, що лікувалися в них, починали із звичайного паління "травки".

Деякі європейські прибічники лібералізації законів, що стосуються наркотиків, стверджують, що, дозволивши голландській молоді вільно купляти коноплю, вони врятували від героїну прийдешні покоління. І це дійсно так, у Голландії, як і в більшості європейських країн, контингент наркоманів, які вживають героїн, старіє. Разом з тим, звикання до героїну відбувається поступово; молодій людині, яка розпочала вживати його в 19 років, необхідно чотири–п'ять років для того, щоб відчути залежність та, як наслідок, звернутися по допомогу. Але, наприклад, у реабілітаційному центрі міста Дордрехта 40% з 250 наркоманів, що очікують на лікування, молодші 25 років. Тенденції, що виявляються, є типовими і для інших країн Європи.

Сьогодні справжнім лихом у всій Європі є значне поширення наркотиків у таблетках. І тут Голландії належить провідна роль у виробництві та продажу екстазі та амфетамінів. На жаль, відомості про наслідки довгострокового вживання екстазі ще дуже нечисленні. Дослідження проводилися біолого-психіатричним відділом Національного інституту психічного здоров'я в м.Бетезді штату Меріленд. Незважаючи на те, що досліджувалася невелика група людей, було отримано переконливі результати: довгострокове вживання екстазі може викликати незворотні ушкодження серотонінових рецепторів головного мозку. Наслідками може бути хронічна депресія в сьогоднішніх споживачів екстазі, яка розвивається поступово.

3.8. Безпека життєдіяльності та проблема поширення СНІДу, ВІЛ-інфекції

Сучасні дослідники факторів поширення СНІДу серед різних молодіжних груп Л.Бурлачук і І.Гришаєва (1998) зазначили, що в Україні з 1994 по 1995 р. кількість уперше виявлених ВІЧ-інфікованих збільшилася в 34 рази і 15% усіх інфікованих – це діти та підлітки. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, з 1987 по 1994 р. в Україні було офіційно зареєстровано 183 випадків ВІЛ-інфекції.

Усього за період з 1987 по 2000 р. (табл.3.13) офіційно зареєстровано 36 тис. випадків ВІЛ-інфекції. За даними серологічного моніторингу (діагностичне дослідження крові), виявлено більше 64 тис. проб

крові з позитивною ВІЛ-реакцією. Відбувається зростання випадків ВІЛ-інфекції в Україні (на 100 тис. населення) (табл.3.14).

Таблиця 3.13. **Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні**

Динаміка за роками	Кількість зареєстрованих випадків
1995	1490
1996	5400
1997	8913
1998	8575
1999	5827
2000	6212

Таблиця 3.14. **Кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в Україні* на 100 тис. населення (Державний комітет статистики..., 2002)**

Кількість хворих	ВІЛ-інфіковані						Хворі на СНІД					
	1995	1997	1998	1999	2000	2001	1995	1997	1998	1999	2000	2001
з діагнозом, що встановлений уперше	1459 2,8	8741 17,1	8112 16,2	5235 10,5	5654 11,5	6139 12,7	40 0, 1	193 0,4	400 0,8	591 1,2	653 1,3	843 1,7
що перебували на обліку в медичних закладах на кінець року	1475 2,9	15087 30,0	22307 44,7	26146 52,9	29775 60,7	34103 70,7	54 0,1	218 0,4	433 0,9	718 1,5	917 1,9	1224 2,5

* Серед ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України, що перебували на обліку в медичних закладах на кінець 2001 р., 67,9% – це чоловіки, і майже троє з кожних чотирьох – особи, які інфіковані під час уживання наркотиків шляхом ін'єкцій.

Україна посідає перше місце в Європі за кількістю ВІЛ-інфікованої молоді – юнаків і дівчат у віці 15–24 роки. Друге місце належить Португалії, третє – Швейцарії та Іспанії. Такі дані містяться в щорічній доповіді ЮНІСЕФ (Дитячого фонду ООН, що опікується проблемами дітей і молоді). За даними доповіді, в Україні 1,3% юнаків та 0,8% дівчат є носіями ВІЛ-інфекції. Без сумніву, кількість зареєстрованих ВІЧ/СНІД випадків не

відображає реальної ситуацію у країні. За оцінкою національних експертів, в Україні фактично діагностовані та відображені у звітності випадки становлять 10–15% їх реальної кількості. На повноту даних статистичної звітності з ВІЛ/СНІД у нашій країні впливають багато факторів.

Вважаємо за доцільне навести результати порівняльного аналізу поширення кількості ВІЛ-інфікованих та хворих з діагнозом СНІД по 27 регіонах України за станом на 2001 р. на основі даних Міністерства охорони здоров'я України (табл.3.15).

Обізнаність української молоді з проблемами СНІДу та зміни в її поведінці. За результатами опитування українська молодь є достатньо обізнаною щодо існування такої хвороби, як СНІД. Питома вага респондентів, які визнали свою поінформованість з проблем СНІДу, лінійно зростає з віком. Найбільш низький рівень поінформованості притаманний наймолодшим з опитаних – дітям 10 і 11 років (відповідно 40 і 53%, у віковій групі 15–22 роки він становить уже 93%, у тому числі серед 18-річних рівень обізнаності сягає 96%, серед 22-річних – 95% (рис.3.10).

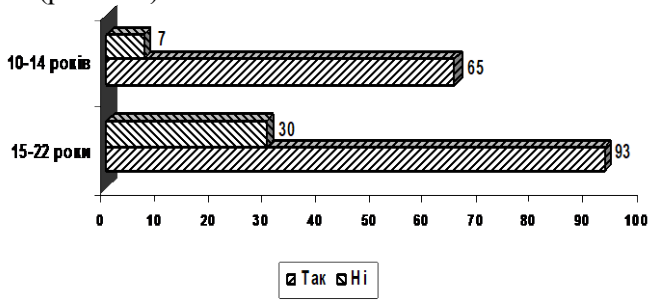


Рис. 3.10. Розподіл відповідей на запитання:
"Чи знаєте Ви що-небудь про проблему СНІДу ?" за віком, %

Подібний розподіл відповідей щодо поінформованості простежується також і залежно від типу навчального закладу, де навчаються респонденти. Рівень обізнаності учнів і студентів зростає з підвищенням статусу навчального закладу. Так, серед учнів шкіл (ліцеїв, гімназій) знають про проблему СНІДу 74%, серед студентів ПТУ – 86, серед студентів вищих навчальних закладів I і II рівнів акредитації – 92, а вищих навчальних закладів III і IV рівнів акредитації – понад 98 %.

Розподіл відповідей відрізняється і за регіонами. Найбільш обізнаною виявилася молодь Запорізької та Миколаївської областей, які, згідно з медичною статистикою, посідають одне з перших місць за рівнем поширення ВІЛ-інфекції в Україні (відповідно 92 і 91% ствердних відповідей). Найменший відсоток поінформованих – у Львівській області (68%).

Таблиця 3.15. **Розподіл ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД по регіонах України (кількість хворих з діагнозом, що встановлено вперше)**

Регіон	ВІЛ-інфіковані					Хворі на СНІД				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Україна	8741	8112	5235	5654	6139	193	400	591	653	843
АР Крим	492	411	279	320	429	33	37	51	92	82
Вінницька	52	68	43	93	102	2	1	3	8	10
Волинська	95	59	12	93	59	-	-	-	-	-
Дніпропетровська	2182	2239	1201	903	938	12	9	27	17	22
Донецька	2076	1810	1341	1430	1333	14	16	22	73	194
Житомирська	54	48	51	52	104	2	1	7	7	18
Закарпатська	27	21	20	16	23	1	1	-	1	3
Запорізька	296	271	135	126	160	1	2	5	18	35
Івано-Франківська	21	19	20	14	15	-	4	3	4	5
Київська	78	73	71	60	209	1	-	1	3	17
Кіровоградська	21	46	32	44	89	-	-	-	1	3
Луганська	170	213	125	148	197	1	-	2	5	12
Львівська	61	74	55	84	110	1	2	6	5	10
Миколаївська	292	496	223	378	379	21	85	131	75	33
Одеська	1075	635	667	702	619	86	138	296	275	287
Полтавська	230	294	186	121	137	-	2	-	-	-
Рівненька	19	20	5	18	25	-	-	-	4	1
Сумська	23	54	51	33	52	-	4	3	3	24
Тернопільська	30	42	12	60	40	5	1	4	-	-
Харківська	282	378	113	145	152	1	-	3	8	7
Херсонська	89	13	69	177	120	1	81	4	18	5
Хмельницька	49	195	172	109	107	-	1	1	1	10
Черкаська	226	134	116	148	178	2	1	3	3	6
Чернівецька	84	40	24	16	20	1	6	4	9	2
Чернігівська	107	72	37	83	176	1	-	1	1	2
м. Київ	504	233	113	202	262	7	8	11	15	41
м. Севастополь	124	154	62	79	104	-	-	3	4	14

Рівень обізнаності сільської молоді істотно поступається інформованості опитаних у містах (рис.3.11).

Адекватність уявлень молодих людей щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції. Респонденти віком 15–22 роки достатньо обізнані щодо можливих шляхів ВІЛ-інфікування. Водночас опитування виявило і певну неадекватність уявлень молодих людей щодо цього питання. Незважаючи на те, що за офіційною статистикою 79% випадків ВІЛ–інфікування є наслідком ін'єкційного вживання наркотичних речовин, опитані на перше місце в ієрархії чинників ризику поставили статеві стосунки.

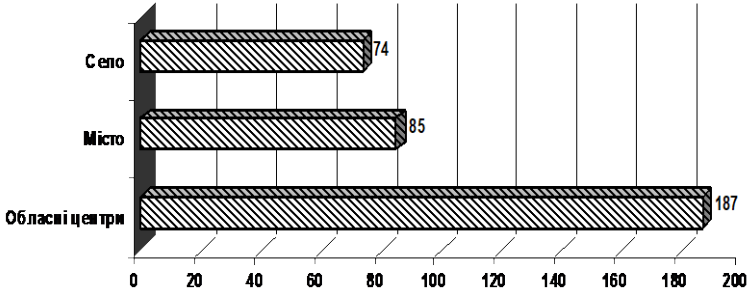


Рис.3.11. Розподіл відповідей на запитання:
"Чи знаєте Ви що-небудь про проблему СНІДу?"
залежно від місця проживання, %

За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України останнім часом спостерігається збільшення випадків ВІЛ–інфікування внаслідок безладних статевих зв'язків. Переважна більшість опитаних визнали статеві контакти потенційно небезпечними з огляду на можливість захворювання на ВІЛ (рис.3.12).

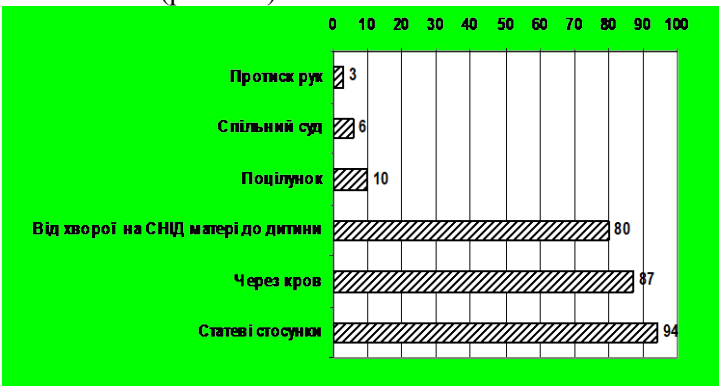


Рис.3.12. Розподіл відповідей на запитання: " Визначте, будь ласка, що з нижченаведеного є можливим шляхом зараження СНІДом?", % (Респонденти могли вказати кілька варіантів відповідей, тому сума не становить 100%)

Разом з тим, деякі опитані не зовсім адекватно уявляють шляхи поширення СНІДу. Так, понад 14% 18–річних, а також більш ніж по 12% 15- та 17-річних юнаків і дівчат серед небезпечних чинників назвали поцілунки. 11% 15–річних і понад 9% 17-річних вважають можливим зараження через користування спільним посудом з ВІЛ-інфікованими. Близько 3% опитаних у всіх вікових групах назвали небезпечними рукостискання.

До необізнаних слід віднести також тих респондентів, котрі не відповіли змістовно на це запитання. Найбільше таких серед опитаних у сільській місцевості – 4%.

За даними епідеміологів, групами найбільшого ризику щодо ВІЛ-інфікування є ін'єкційні наркомани й особи, які ведуть безладне статеве життя. Уявлення української молоді щодо груп ризику в цілому адекватно відбиває ситуацію, хіба що слід зазначити, що ін'єкційні наркомани посідають в умовному "рейтингу небезпеки" друге місце, дещо поступаючись жінкам секс-бізнесу.

Як бачимо, зафіксована фахівцями тенденція щодо збільшення питомої ваги поширення випадків ВІЛ-інфікування статевим шляхом також відбилася у розподілі відповідей.

У 90% випадків підлітки 15-річного віку вважають проституток найбільш ризикованою щодо СНІДу групою населення, водночас лише 80% і дівчат цього віку назвали як найбільш ризиковану групу наркоманів (для порівняння – так само відповіли стосовно жінок секс-бізнесу 83% 22-річної молоді, а 90% представників цієї вікової групи сприймають їх як групу ризику в першу чергу). Найбільше схильна недооцінювати небезпеку наркоманії сільська молодь (рис.3.13).

37% юнаків та дівчат 16-річного віку і приблизно третина 17-річних вважають групою ризику саме молодь. Питома вага таких уявлень помітно зменшується з віком: подібне ставлення висловили також 16% опитаних віком 21 рік і 17% 20-річних.

Епідеміологи вважають, що за умови дотримання певних застережних засобів ВІЛ-інфіковані можуть бути повноцінними членами суспільства, практично без обмежень спілкуючись з оточуючими. Під час опитування респондентам було запропоновано висловити свою думку щодо необхідності ізолювання хворих на ВІЛ. Більше половини опитаних в Україні молодих людей віком від 15 до 22 років вважають, що це треба зробити, ще понад 35% респондентів не визначили свого ставлен-

ня до існуючої проблеми, і лише від 7 до 16% (залежно від віку) переконані, що такої необхідності немає.

Як бачимо, попри незначну питому вагу тих, хто вважає необов'язковою ізолювання ВІЛ-інфікованих, їхній відсоток все ж таки зростає з віком, а отже, уявлення про належне ставлення до хворих стають більш адекватними. Негативне ставлення до ВІЛ-інфікованих у молодших вікових групах, на нашу думку, пояснюється недостатніми знаннями і жахом перед незрозумілим.

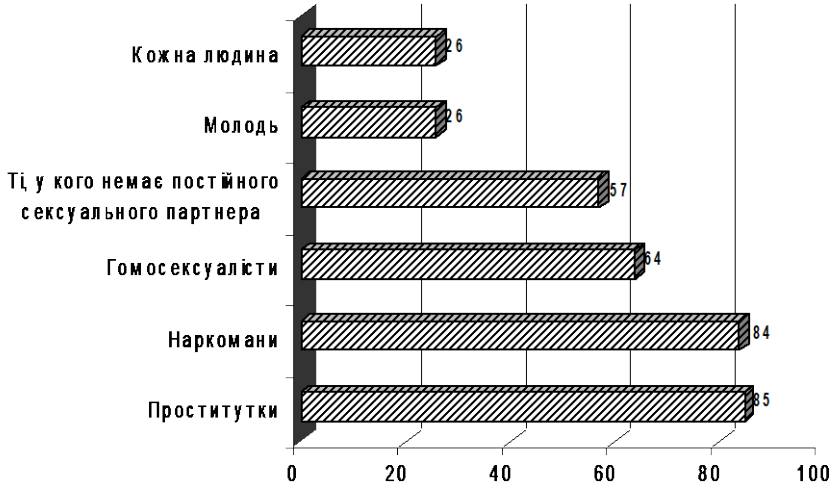


Рис.3.13. Розподіл відповідей на запитання: "На Вашу думку, хто більш за всіх ризикує заразитися СНІДом?", % (Респонтенти могли вказати кілька варіантів відповідей, тому сума не становить 100%)

Істотних відмінностей щодо ізолювання ВІЛ-інфікованих серед респондентів за віком не виявлено, хіба що можна зазначити, що юнаки є більш толерантними порівняно з дівчатами. 13% молодих чоловіків не вважають за потрібне ізолювати інфікованих (серед дівчат підтримують таку саму думку 10%). Ставлення респондентів до ізолювання ВІЛ-інфікованих істотно відрізняється залежно від області опитування. Так, 71% молоді Чернівецької області, понад 61% юнаків і дівчат Миколаївської, а також 60% респондентів у Кіровоградській області дали позитивну відповідь на запитання щодо ізолювання ВІЛ-інфікованих. У деяких областях відсоток тих респондентів, котрі не мають певної позиції із цього питання, є значним, зокрема, таких близько 50% серед молоді Львівської області, 47 – Вінницької, 42% – м. Києва.

Сільська молодь частіше за міську вважає за необхідне ізолювання, а також серед неї найбільша питома вага тих, кому було важко сформулювати власну позицію. Отже, рівень обізнаності й адекватність уявлень молодих мешканців села є найнижчими серед української молоді.

Таким чином, у цілому уявлення респондентів щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції достатньо повно відповідають реальному стану речей, проте уявлення більшості молодих людей щодо необхідності ізолювання ВІЛ-інфікованих свідчать, як правило, про недостатню обізнаність з питання і зайву пересторогу щодо проблеми.

Уявлення про необхідні заходи з боку держави стосовно профілактики розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Найпоширенішим шляхом інфікування є використання наркоманами брудних шприців для ін'єкцій. Одним із запобіжних заходів є безкоштовне надання наркоманам шприців, що дозволить істотно зменшити небезпеку інфікування під час ін'єкції. Ставлення української молоді до програм забезпечення наркоманів шприцами неоднозначне. 38% респондентів, які брали участь у дослідженні, відповіли ствердно, 28% зазначили, що цього робити не слід. Доволі вагомою (34%) є частка тих респондентів, котрі вагалися з відповіддю. З віком відсоток молодих людей, які усвідомлюють важливість і корисність таких заходів, зростає, а тих, у кого немає певної думки із цього приводу – зменшується (рис.3.14).

Наведені дані надають можливість дійти висновку, що в цілому українська молодь не має чітких уявлень щодо доцільності забезпечення наркоманів чистими шприцами за рахунок держави, а отже, заходи в цьому напрямку можуть знайти розуміння і підтримку лише серед частки молодих людей.

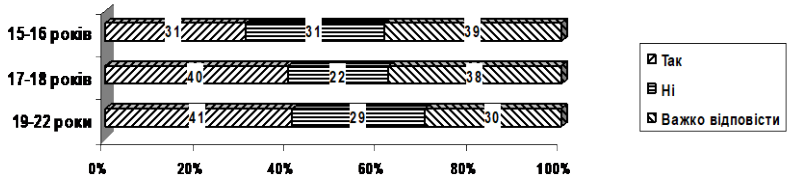


Рис.3.14. Розподіл відповідей на запитання: "Як Ви вважаєте, чи повинна держава забезпечувати наркоманів чистими шприцами для запобігання та профілактики СНІДу", за віком, %

Приблизно така сама картина спостерігається й щодо розподілу відповідей за місцем проживання і залежно закладу навчання. У будь-якій з відокремлених за цими ознаками групі респондентів від 30 до 40% опитаних вагалися з відповіддю (табл.3.16).

Більш схильні підтримати зусилля держави щодо забезпечення наркоманів шприцами молоді мешканці обласних центрів і студенти вищих навчальних закладів III–IУ рівнів акредитації. Такий розподіл може ускладнити ситуацію щодо поширення ВІЛ/СНІДу у великих містах (де, як правило, й розташовані більшість вищих навчальних закладів).

Другим за впливовістю чинником поширення ВІЛ-інфекції є безладне статеве життя, зокрема, практика надання сексуальних послуг за гроші. Істотно зменшити ризик ВІЛ-інфікування в середовищі комерційного сексу можливо за рахунок використання під час статевого акту запобіжних засобів (одними з найбезпечніших серед яких є презервативи).

Таблиця 3.16. **Розподіл відповідей на запитання: "Як Ви вважаєте, чи повинна держава забезпечувати наркоманів чистими шприцами для попередження і профілактики СНІДу?" залежно від місця проживання і закладу навчання, %**

Відповідь	Місце проживання			Тип навчального закладу			
	Обласний центр	Місто	Село	Школа (ліцей, гімназія)	ПТУ	ВНЗ I–II рівнів акредитації	ВНЗ III–IV рівнів акредитації
Так	43	39	31	30	44	33	43
Ні	25	28	31	30	18	30	27
Важко відповісти	33	33	38	40	38	37	30

Понад 41% молодих людей вважають, що держава має забезпечувати жінок секс-бізнесу презервативами, 28% респондентів заперечують це, а 31% не мають визначеної позиції із цього приводу. На наш погляд, такі результати відбивають у цілому "громадську думку" щодо проблеми проституції та шляхів її розв'язання. Більш детально розподілення даних за віком та статтю наведено у табл. 3.17.

Таблиця 3.17. **Розподіл відповідей на запитання "На вашу думку, чи повинна держава забезпечувати проституток презервативами для запобігання та профілактики СНІДу ?" за віком і статтю, %**

Відповідь	Вік, роки			Стать	
	15–16	17–18	19–22	Дівчата	Хлопці
Так	40	41	43	40	43
Ні	29	23	30	26	29
Важко відповісти	32	36	27	34	28

Як бачимо, молодь розподілилася майже порівну: від 40 до 43% – ті, хто позитивно оцінює доцільність такого шляху розв'язання проблеми запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу, від 23 до 30% респондентів не мають власної думки із цього приводу, від 27 до 32% – ті, котрі негативно ставляться до перспективи в такий спосіб запобігти розповсюдженню інфекції. Юнаки схвально ставляться до забезпечення жінок секс-бізнесу презервативами за рахунок держави частіше за дівчат. Найбільше ствердних відповідей отримано від молодих респондентів у Запорізькій та Львівській областях (понад 50%, а також від мешканців Києва – близько 45%).

При аналізі розподілу відповідей за місцем проживання та закладами навчання виявлено, що майже третина молодих мешканців українських сіл вважають за непотрібне застосування державою такого методу боротьби зі СНІДом, а понад 35% не вирішили для себе цього складного питання або навіть не замислювалися над ним. Ствердні відповіді отримано від половини мешканців обласних центрів і по 40% від міського населення. Більш схильні схвалити такі заходи школярі (40%), студенти ПТУ (47%) та ВНЗ III–IУ рівнів акредитації (44%). Частіше за інших вагалися з відповіддю студенти ВНЗ I–II рівнів акредитації (41%).

Таким чином, можна зробити такі висновки:

- Більшість української молоді достатньо поінформована щодо проблем ВІЛ-інфекції та СНІДу, в цілому адекватно сприймає небезпеку їх розповсюдження.
- Рівень обізнаності молодих людей стосовно шляхів поширення ВІЛ/СНІДу має відчутні регіональні відмінності. Найбільш інформованою виявилася молодь Запорізької та Миколаївської областей, найменший відсоток поінформованих у Львівській області (68%).

РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ

ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І МОЛОДІ, ЩО ОБУМОВЛЕНІ СПОСОБОМ ЖИТТЯ

4.1. Загальні підходи до дослідження проблеми

Вивчаючи спосіб життя дітей і молоді, дослідницька група встановила вісім факторів ризику, що є характерними для молодіжного середовища і визначають спосіб життя як здоровий чи ризикований. Дані національного соціологічного дослідження "Спосіб життя молоді України", проведеного УІСД у жовтні 1999 р. у межах українсько-канадського проекту "Молодь за здоров'я" (2000), дозволяють розглядати ці фактори ризику для здоров'я молоді не тільки теоретично, а й підтвердити їхню значущість емпіричним шляхом. Серед цих факторів:

1. Надмірна вага – перевищення нормативних показників ваги відповідно до зросту та віку.

2. Наявність хронічних захворювань. Цей показник розраховувався за самовизначенням респондентів, тобто, чи вважають вони самі, що в них є хронічні захворювання.

3. Небезпечний секс. Цей показник використовувався тільки для молоді старше 15 років і визначався як факт наявності сексуальних контактів без використання контрацептивних засобів.

4. Знижена фізична активність розраховувалася як показник відсутності регулярних фізичних занять у загальному контексті перегляду телепередач більше 4 год у день або роботи на комп'ютері більше 10 год на тиждень.

5. Психологічний дискомфорт. У даному разі за показник психологічного дискомфорту було прийнято постійні конфлікти з батьками, викладачами, друзями.

6. Паління. У дослідженні респондент вважався таким, що палить, якщо він випалює щоденно більше однієї сигарети.

7. Уживання алкогольних напоїв. До групи тих, хто вживає алкогольні напої, було включено молодих людей, котрі вживають будь-який алкогольний напій (пиво, вино, міцні напої) більше чотирьох разів на місяць, тобто щотижня.

8. Уживання наркотиків. Цю групу ризику становлять респонденти, які вживали наркотики більше трьох разів протягом життя, не враховуючи тих, хто пройшов етап експериментального вживання наркотиків.

На діаграмі (рис.4.1.) наведено розподіл питомої ваги різних факторів ризику для здоров'я у віковій групі від 10 до 22 років.

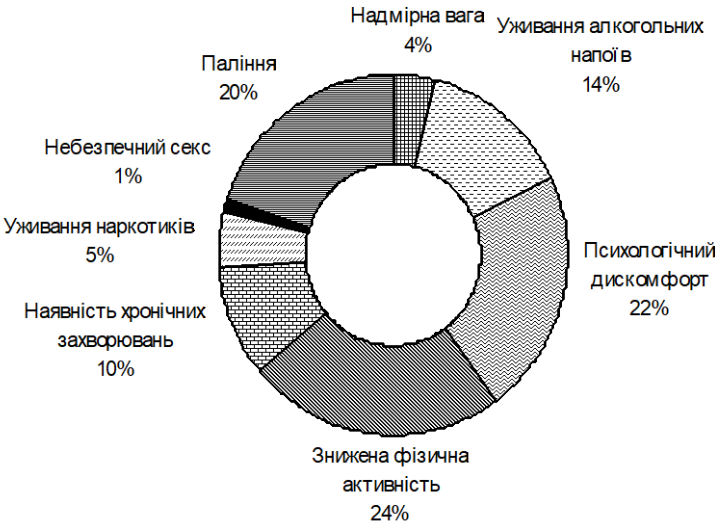


Рис. 4.1. Розподіл питомої ваги різних факторів ризику для здоров'я у групі молоді від 10 до 22 років

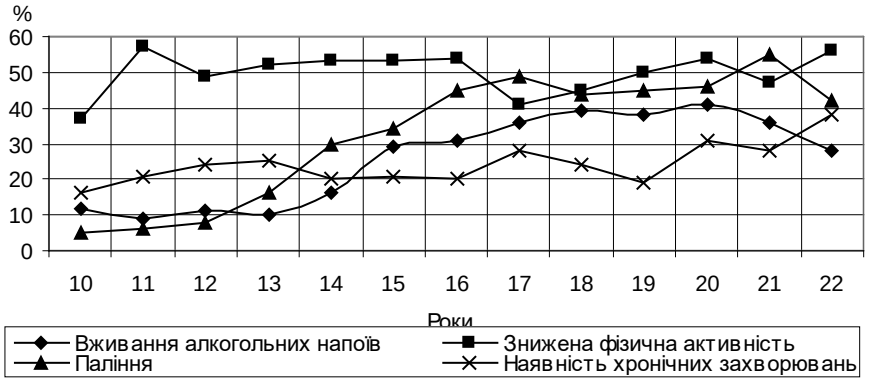
Фактори ризику окремого індивіда формуються не лише за рахунок якихось його індивідуальних якостей. Усі молоді люди схильні до сприйняття як позитивного, так і негативного впливу свого оточення. Наявність стимулюючих чинників ризиків для здоров'я призводить до збільшення (вище за середній показник) прояву таких факторів ризику, як вживання алкоголю, наркотиків тощо. Водночас посилення захисних заходів проти ризиків для здоров'я гальмують розвиток таких шкідливих звичок.

Безумовно, для кожної з вікових груп молоді такі фактори ризику мають різне значення Так, у віці 10–16 років найвищим ризиком є відсутність фізичної активності, а в 16 років до цього додається ще й паління.

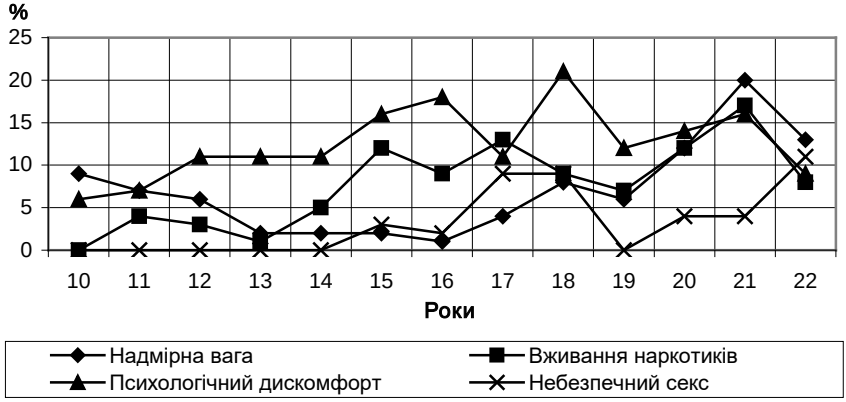
Друге місце за поширеністю у групі 10–13-річних посідають хронічні захворювання, у групі 14–16-річних – паління, 18–22-річних – фактор уживання алкоголю На діаграмі (рис.4.2, а, б) об'єднано показники розподілу всіх наведених факторів ризику за віковими групами.

На формування способу життя молодої людини впливають, як мінімум, шість сфер життєдіяльності: індивідуальний стан, сім'я, ровесники, школа або колектив, де вона працює, товариство та суспільство в цілому. У кожній із цих сфер життєдіяльності залежно від умов формуються як стимулюючі, так і захисні чинники. Слід зауважити,

що всі означені сфери інтерактивно пов'язані з індивідом. Точну природу зв'язків між наявністю факторів ризику для здоров'я в індивіда із стимулюючими і захисними чинниками проти появи ризиків для здоров'я в різних сферах життєдіяльності остаточно ще не визначено, проте теоретичні та емпіричні дані свідчать про сам факт наявності цих зв'язків (рис.4.3).



а



б

Рис. 4.2. Показники зміни різних факторів ризику за віковими категоріями молоді (% по кожній віковій групі)

Рівень наявності ризиків відрізняється не тільки за віковими групами, але й за статтю. На діаграмі (рис.4.4) наведено відповідні результати за розподілом кількості ризиків для здоров'я за віковими групами і статтю молоді.

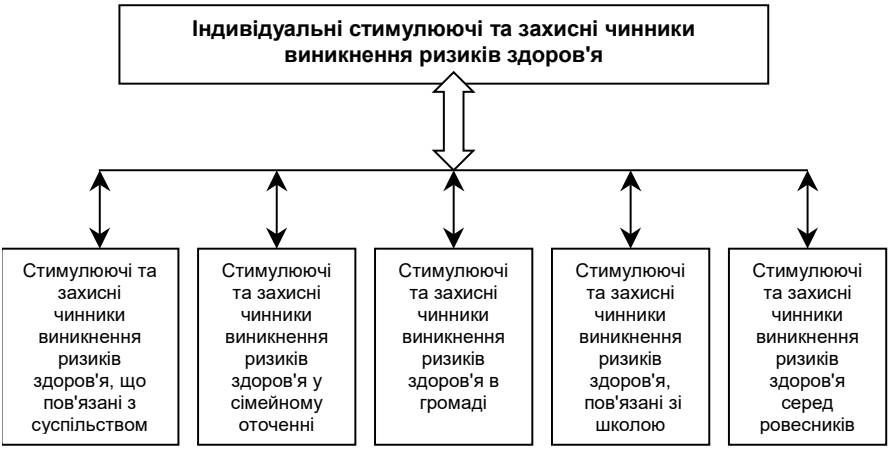


Рис.4.3. Стимулюючі та захисні чинники виникнення ризиків для здоров'я молоді

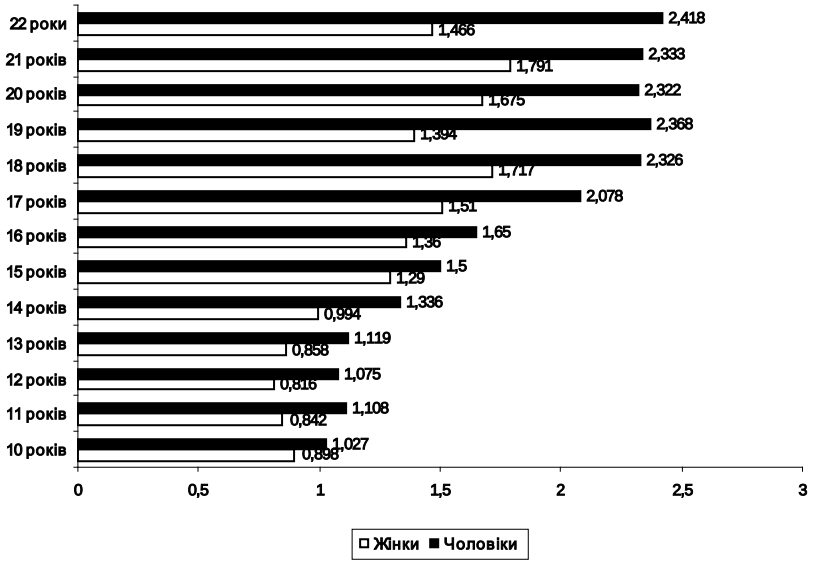


Рис. 4.4. Розподіл кількості ризиків для здоров'я за віковими групами та статтю молоді (середнє арифметичне суми ризиків за віком та статтю)

Як бачимо, середня кількість ризиків для здоров'я в юнаків і дівчат з 13 до 18 років збільшується у два рази.

4.2. Ціннісні орієнтації молоді

Важливим показником процесу трансформаційних змін, які відбуваються в Україні, є рейтинг життєвих орієнтацій сучасної молоді, усвідомлення нею власних перспектив, структурування молодим поколінням українців сфери своїх ціннісних орієнтирів, пріоритетність напрямків у свідомій організації життєдіяльності.

Результати опитувань, здійснених Українським інститутом соціальних досліджень та Центром "Соціальний моніторинг" упродовж 1996–1997 рр. з метою визначення структури та спрямованості ціннісних орієнтацій молоді, дозволяють стверджувати, що протягом останніх двох років ціннісні орієнтації молоді суттєво не змінилися.

Коли йдеться про структурування особистого ціннісного світу в цілому, на перше місці серед речей, особливо значущих для молодих людей, виступає сім'я та родичі (дуже важливими їх назвали 85% опитаних молодих людей).

Які ж саме аспекти сімейного життя роблять його таким важливим для української молоді? Відповіді на запитання, для чого люди створюють сім'ю, розташувалися таким чином: на першому місці – потреба у спільному житті з близькою, дорогою людиною (76% усіх респондентів позначили цю відповідь як один з трьох найважливіших чинників, що спонукають людей до створення сім'ї), на другому – народження та виховання дітей (74%).

Далі йдуть бажання уникнути самотності (46%), взаємодопомога (28), легалізація сексуальних стосунків (18), спільне ведення домашнього господарства (16) й поліпшення власного матеріального добробуту (11%). На останньому місці опинилася потреба в організації дозвілля (3% респондентів). І нарешті, лише 5% молодих українців вважають створення сім'ї за непотрібне.

Ієрархізуючи свій ціннісний світ, молодь віддає безперечну перевагу саме цінностям мікрорівня (сім'я, родичі, сусідство) перед сферами суспільного, національного, а також макрорівня, що стосується спільної долі людства у планетарному масштабі. Слід, проте, зазначити, що переважна орієнтація на царину локального осередку пов'язана з тим, що саме на цьому рівні найбільш яскраво й безпосередньо виявляються саме ті аспекти людського буття, які стосуються реалізації потреб у гармонізації життєвого світу, налагодження стосунків з іншими, створення збалансованого й комфортного осередку життєдіяльності.

Важливість основних життєвих цінностей серед чоловічої та жіночої молоді не має суттєвих розбіжностей, хоч секс є більш значущим

для юнаків. Для них також є важливішим мати власну справу. Релігія є більш значущою для жінок (53%), ніж для чоловіків (46%). Різниця в оцінках життєвих цінностей спостерігається залежно від віку молодої людини. Для 15–17-річних більш важливими є вільний час: відвідування вечірок, танців, дискотек, кафе та хобі. Молодь вікових груп 20–24 та 25–28 років майже аналогічно оцінює життєві цінності. Для 25–28-річних найвищими є оцінки роботи, політики та сексу. Цікаво, що можливість мати власну справу є більш значущою для 15–19-річних, ніж для 28-річних (табл.4.1).

Таблиця 4.1. **Розподіл відповідей респондентів про рівень важливості життєвих цінностей залежно від віку респондентів (% тих, хто дав відповідь "дуже важливо" або "швидше, важливо").**

Життєва цінність	15–17 років (*N*=456)	18–19 років (*N*=308)	20–24 років (*N*=680)	25–28 років (*N*=560)
Сім'я	99	97	96	98
Друзі, знайомі	98	95	97	94
Вільний час	90	88	81	81
Політика	18	20	23	26
Робота	74	86	90	95
Успіх у суспільстві	67	72	68	68
Мати власну справу	70	70	63	60
Релігія	48	47	52	49
Відвідування вечірок, танців, дискотек, кафе	69	59	49	39
Хобі	83	77	79	74
Секс	51	76	76	80

Серед ціннісних орієнтацій молоді на окрему увагу заслуговує ставлення молодих людей до роботи.

Найбільш важливим для молоді є висока оплата праці, що зазначили 93% респондентів. При цьому серед 25–28-річних таких 96%, а серед працюючих – 97%. Наступними за значенням є гарантована та цікава робота, на що вказали по 76% респондентів. Далі важливим індикатором є робота, де можна чогось досягти (62%). Не є важливим для молоді, щоб робота була відповідальною або не дуже напруженою (табл.4.2).

Таблиця 4.2. **Розподіл відповідей респондентів різного віку щодо важливості різних ознак роботи, %**

Ознака роботи	15–17 років (*N*=456)	18–19 років (*N*=308)	20–24 років (*N*=680)	25–28 років (*N*=560)
Висока оплата праці	89	91	94	96
Не дуже напружена робота	45	37	36	29
Гарантована робота	71	72	79	77
Робота, яка викликає повагу	61	53	52	57
Зручні часи роботи	45	47	48	46
Можливість виявити ініціативу	49	46	43	41
Тривалість відпустки, достатня кількість неробочих днів	47	42	47	45
Робота, де ви почуваєте, що можете чогось досягти	68	68	56	61
Відповідальна робота	37	33	30	37
Цікава робота	79	74	75	75
Робота, яка відповідає здібностям	61	59	61	62

Серед негараздів українського суспільства, що понад усе непокоять молодь, перші місця посідають економічні проблеми, а саме: безробіття, зростання цін, зубожіння населення, незадовільний стан вітчизняної економіки, низький рівень заробітної плати, загальне зниження рівня життя. Те, що на останньому місце в ієрархії суспільних проблем, які хвилюють нинішнє молоде покоління, опинилася політика, знову ж таки свідчить про певне обмеження світоглядного обрію молоді локальним життєвим світом (табл. 4.3).

Отже, цінності спілкування, щирих, відкритих стосунків є значною мірою локалізованими в найближчому оточенні опитаних. У суспільному житті виявляється тенденція до прагнення успіху, здобуття авторитету, позицій лідерства, значною мірою егоцентричні орієнтації. Прагматичні орієнтації не є пов'язаними у свідомості української молоді із цариною сім'ї, що, можливо, пояснюється відсутністю відчуття безпосереднього зв'язку між цими сферами. Це, у свою чергу, спричинено тим, що сім'я є для молодих людей тією нішею, що уможливлює збереження гармонійності життєвого світу.

Саме тут людина переважно шукає й знаходить можливості для реалізації сутнісної потреби у справжньому співіснуванні з іншим. Разом з тим, молоді люди схильні дещо недооцінювати значення матеріально-економічної сфери життєдіяльності. Аналіз отриманої інформації дозволяє стверджувати, що, надаючи першочергового значення родинному життю, критерієм його задоволення молодь вважає не матеріальний добробут, а комунікативну гармонію.

Таблиця 4.3. **Перелік проблем, що викликають найбільшу стурбованість респондентів, за даними соціологічних досліджень, проведених УІСД упродовж 1994–1997 рр., % до всіх опитаних**

Проблема	1994	1995	1996	1997
1. Безробіття	54	56	61	72
2. Низький рівень заробітної плати	70	69	63	69
3. Несвоєчасні виплати заробітної плати та інших соціальних виплат	–	–	–	68
4. Зростання злочинності	66	75	57	63
5. Загальне зниження рівня життя	63	54	52	58
6. Низький рівень медичного обслуговування	–	49	42	57
7. Стан економіки в цілому	–	–	–	66
8. Зростання цін	76	81	59	54
9. Некомпетентність влади	39	35	31	34
10. Проблеми, пов'язані з місцем проживання	–	27	32	38
11. Падіння моралі	39	36	36	39
12. Розшарування суспільства на багатих та бідних	23	26	26	34
13. Проблема отримання житла	31	43	30	31
14. Малі можливості задоволення культурних потреб	–	27	21	37
15. Стан відносин з Росією	36	22	20	16
16. Зменшення можливостей зміни спеціальності, підвищення кваліфікації	–	13	12	12
17. Ситуація в Криму	27	20	16	13
18. Можливість повернення комуністичного минулого	12	11	9	7
19. Розкол церкви	9	10	8	7

Молодь надзвичайно стурбована зростанням рівня злочинності. На злочинців як на ту соціальну групу, яка найбільш загрожує соціально-

му та політичному порядку в країні, вказали 50% всіх опитаних. І це зайвий раз засвідчує те, що безпека життєвої мікросфери є для молодої людини більш значушою, ніж безпека мезо- чи макросфери. Негативне ставлення продемонструвала молодь і до тих категорій людей, що уособлюють загрозу здоров'ю, поширення шкідливих звичок та стиль життя. Це наркомани (на них як на соціальне небезпечну й дестабілізуючу суспільство групу вказали 43% всіх респондентів), алкоголіки (відповідно 22%), хворі на СНІД (20%). У негативному ставленні до безпринципних і непорядних людей (33%) та гомосексуалістів (18%) виявилися прихильність до збереження усталеного життєвого ладу й стабільність традиційних цінностей.

Слід відзначити досить високий рівень сприйнятливості молоді до тих соціально-економічних перетворень, яких зазнає сьогодні наша держава. Лише 2% молоді висловили занепокоєння можливістю повернення комуністичного минулого, а встановлення капіталістичних принципів життєдіяльності суспільства лякає лише 3% сучасної української молоді. На користь поступової підготовки свідомості молодих, українців до особливостей ринкової економіки свідчить, зокрема, той факт, що й на фоні надзвичайної стурбованості станом вітчизняної економіки лише 11% схвильовані розшаруванням суспільства на багатих і бідних. Останнє сприймається як один з неминучих наслідків ринкової переорієнтації суспільства.

Загальною кризою моралі стурбовані 11% молоді. Лише 9% опитаних чоловіків і 14% жінок позначили кризу моралі як одну з найбільш хвилюючих проблем сучасного українського суспільства. Присутні в цьому питанні й вікові відмінності. Криза моралі непокоїть лише 8% молоді віком 15–17 років і майже вдвічі більше (14%) молодих людей віком 25–28 років. Це свідчить про адаптацію молоді до тих коректив, що вносяться до системи ціннісних орієнтацій і моральних норм тими структурними соціально-економічними перебудовами, до яких сьогодні залучена Україна.

Незважаючи на потужну хвилю "вестернізації" й "американізації", переважна більшість молодих українців все ж таки віддає перевагу слов'янській культурі (58% опитаних). 16% респондентів більше приваблює західноєвропейська, 15% – американська й 7% – східна культура.

Сьогоднішня українська молодь є прибічницею активної життєвої позиції. Більшість молодих людей зазначили, що у своєму житті вони найбільше покладаються на особисті знання, здібності та сили (76% усіх респондентів). Щодо того, звідки молодь сподівається отримати можливу допомогу у влаштуванні власного життя, першу позицію,

знову ж таки, займає сім'я (49% усіх опитаних покладаються на підтримку з боку батьківської й ще 27% з боку власної сім'ї). 21% респондентів розраховують на підтримку з боку друзів і знайомих, і лише 5% молодих респондентів сподіваються на допомогу з боку держави.

Більшість респондентів схильні вважати, що долю людини визначає, головним чином, вона сама, а не зовнішні обставини. Це засвідчує достатню зрілість сучасної вітчизняної молоді щодо самостійності, покладання на особисті здібності й сили, готовність до активного будування свого життя та щастя.

Оцінюючи чинники, важливі сьогодні для досягнення успіху, переважна більшість (95%) вказали на освітній фактор. Отже, нинішнє молоде покоління цілком усвідомлює колосальну роль освіти в людському житті. Серед факторів успіху дуже важливе значення надається й тим аспектам освітньої підготовки та навчання, які відповідають потребам "ринкової" переорієнтації суспільно-економічного життя. Знання іноземних мов і володіння такими технічними засобами, як комп'ютер, автомобіль тощо вважають дуже важливим для досягнення успіху 62% респондентів, важливим певною мірою – 30%, а зовсім не важливим – лише 7%. Цей фактор "практичної" освіти й кваліфікації, оволодіння сучасними технологіями комунікації та технічними засобами має дуже велике значення – серед інших факторів за рівнем важливості він посідає четверте місце.

"Знання іноземних мов" як чинник досягнення успіху вважають дуже важливим 50% опитаних, важливим певною мірою – 40%, а зовсім не важливим – 9%. Знання іноземних мов у сучасних умовах розширює межі інформативного світу і простору для контактів та оцінюється як один з визначальних факторів досягнення успіху.

Поряд з такою оцінкою місця саме сучасних аспектів освіти існує й традиційне визнання загальної значущості хорошої освіти, яка не є безпосередньо пов'язаною з її практичним утіленням та "ринковою цінністю". У цьому разі цінність освіти вбачається не в сучасних "ноу-хау" та ринковій конкурентоспроможності здобутої освіти, а в її поєднанні з традиційними цінностями наполегливої праці та чесних стосунків з людьми.

Серед інших суспільних інститутів церква виділяється помітним авторитетом серед молоді. Однак серед опитаних 35% зазначили, що вони не сповідують ніякої релігії, 48% – сповідують православ'я, 12% – католицизм. Кількість прибічників інших конфесій дуже незначна.

Схоже, що на вибір сповідування молодими людьми певної релігії (або не сповідування ніякої) помітно не впливає освітній рівень респондентів. Так, серед опитаних з вищою освітою 50% сповідують пра-

вослав'я, 37% – не сповідують ніякої релігії. І в тому, і в іншому випадку дані дещо вищі, аніж по вибірці в цілому.

Більш суттєвою є залежність у визначенні свого віросповідання (або несповідування ніякою релігії) від статі опитаних. Серед юнаків більше, ніж у середньому по вибірці, тих, хто не сповідує ніякої релігії (38%), і менше тих, хто сповідує православ'я (44%). Тоді як серед дівчат і молодих жінок менше тих, хто не сповідує ніякої релігії (31%), більше православних (52%), порівняно із середніми даними по вибірці. А от католики практично однаково представлені як серед жінок, так і серед чоловіків.

Респондентам було запропоновано визначити своє ставлення до віри. 60% віднесли себе до віруючих, 20 – до невіруючих, 4% – до переконаних атеїстів. Ще 16% не змогли визначитися із цього питання.

Проведене дослідження засвідчило, що визнання належності до певного віросповідання не обов'язково передбачає віднесення себе до віруючих, і навпаки (табл.4.4).

Таблиця 4.4. **Співвідношення належності до певного віросповідання і ставлення до віри, %**

Відповідь	Віруючий (*N* = 1201)	Невіруючий (*N* = 409)	Переконаний атеїст (*N* = 75)
Не сповідую ніякої віри	14	78	85
Православ'я	63	20	10
Католицизм	19	1	3
Інші	4	1	2

Так, серед молодих людей, які вважають себе переконаними атеїстами, практично кожен сьомий відносить себе до певного віросповідання. Ще відчутніше це помітно серед невіруючих, де кожен п'ятий вважає себе православного віросповідання. А от серед тих, хто вважає себе віруючими, кожен сьомий не відносить себе до певного віросповідання. Тобто проблема віри для частини молодих людей не є тотожною належності до певної конфесії. А серед невіруючих, навіть переконаних атеїстів, чимало опитаних відносять себе до тієї конфесії, до якої належать (чи належали) їхні батьки, рідні.

Такий висновок підтверджується і співвідношенням належності до певної конфесії із частотою відвідування релігійних служб (табл.4.5).

При цьому респондентам було запропоновано не враховувати вінчання, похорони та хрещення. Частіше, ніж раз на тиждень, відвідують служби 1% опитаних, раз на тиждень – 6; раз на місяць – 11; тільки в релігійні свята – 29; раз на рік – 14%. Кожен четвертий практично

ніколи не відвідує релігійну службу. Більш тісний зв'язок із церквою існує в респондентів, що належать до католицького віросповідання, тоді як понад третини православних відвідують служби раз на рік або й ще рідше. Разом з тим, кожен восьмий респондент із числа тих, хто "не сповідує ніякої релігії" (за самооцінкою), одночасно вказав на своє відвідування церковних служб у дні релігійних свят.

Таблиця 4.5. **Співвідношення належності до конфесії та відвідування релігійних служб, %**

Належність до конфесії	Раз на тиждень	Раз на місяць	Тільки в релігійні свята	Раз на рік	Рідше, ніж раз на рік	Ніколи, майже ніколи	Важко відповісти
Не сповідує ніякої релігії	–	–	13	14	12	55	6
Православ'я	6	12	42	15	10	11	4
Католицизм	33	35	27	4	1	–	–
У цілому серед опитаних	8	11	29	14	10	26	2

Сьогодні ми спостерігаємо не лише зростання поваги молодого покоління до релігійних традицій свого народу, а й бажання значної частини молоді транслювати усвідомлення цінності релігії й віри майбутнім поколінням. 60 % опитаних вважають за необхідне або, принаймні, корисне виховання в дітей такої якості, як релігійність.

У результаті аналізу отриманої під час опитування інформації виявилося, що той чи інший варіант відповіді на запитання про самовизначення опитуваних стосовно віри стійко корелює з відповідями на багато інших запитань, що дозволяє моделювати й досить змістовно експлікувати ту ціннісну сферу, в якій переважно зосереджується релігійність.

Серед іншого, ті молоді люди, які проголошують себе віруючими, більш стурбовані станом довкілля й екологічними проблемами, демонструють значно більшу зацікавленість сімейними та побутовими проблемами. Дуже велике значення в житті людини вихованню дітей надають 64% віруючих, 48 невіруючих і 45% молодих людей, байдужих до питань віри (Український інститут соціальних досліджень, 1997). Спостерігається значна зорієнтованість віруючих респондентів на більшу кількість дітей у сім'ї.

Віруючі набагато більше уваги приділяють проблемі щирого спілкування та взаєморозуміння. Відсутність взаєморозуміння дуже турбує 30% віруючих респондентів, 23 байдужих до релігії і лише 18% тих, які про-

голосили себе невіруючими. Нечесністю оточуючих дуже стурбовані 39% віруючих, 31 невіруючих і 26% байдужих до релігії. Визначаючи вагомість різних факторів для досягнення успіху в житті: повага до людей, здатність співчувати, зрозуміти позицію іншого – дуже важливими проголосили 49% віруючих, 42 невіруючих і 39% байдужих до релігії. У тому, щоб навчитися терпимості та повазі до поглядів і думок, звичаїв й уподобань інших людей, дуже зацікавлені 13% віруючих, 7 байдужих до релігії та лише 4% тих, хто вважає себе невіруючими.

Серед якостей, які, на думку респондентів, слід першочергово виховувати в дітей у сім'ї, віруючі більше цінують гарні манери (як на обов'язкову якість цього вказали 82% віруючих, 78 невіруючих і 70% байдужих до релігії респондентів), почуття відповідальності (84, 79 і 77% відповідно), терпимість і повагу до інших (73, 58 і 60%), бережливість (74, 71 і 70%), релігійність (35, 21 та 18%), безкорисливість (42, 36 і 36%), слухняність (63, 61 і 57%), повагу до батьків (92, 89 і 82%), повагу до традицій та обізнаність з національною культурою (40, 35 і 35%), звичку до здорового способу життя (78, 74 і 67%), а також чесність, порядність і відвертість (78, 73 і 69%). Більшість із цих якостей, пов'язані саме з комунікативними аспектами людського буття, спрямовані на гармонізацію цієї важливої сфери, а також на відтворення традицій, що є підґрунтям стабільності та гармонійності не лише мікросфери життєдіяльності, а й суспільної організації в цілому. Це свідчить про те, що релігійність є сьогодні важливою складовою тієї групи стабілізуючих чинників, які сприяють відновленню злагодженості особистого й суспільного життя українців, створюють можливості для повноцінної участі нашої держави як рівного й повноцінного партнера в міжнародному співробітництві, націленому на розв’язання нагальних проблем людства у планетарному масштабі. Важливість серед іншого цієї складової виховання в майбутніх поколінь релігійності визнається значною частиною навіть тих респондентів, що не вважають себе віруючими. Обов'язковість або, принаймні, корисність виховання цієї якості відзначили 39% тих респондентів, які вважають себе невіруючими, 17 переконаних атеїстів і 35% опитаних, які проголосили себе байдужими до питань релігії та віри.

Група респондентів, що проголосили себе віруючими, більше цікавиться й проблемам національної культури, а також питаннями культури та мистецтва. Про те, що релігійність виступає фактором виховання гармонійної, всебічно розвиненої особистості, свідчить, зокрема, значно більша зацікавленість віруючих проблемами здоров'я. Так, здоровий спосіб життя часто стає темою розмови з друзями в 42%

віруючих респондентів, лише у 29% невіруючих і байдужих до релігії. Як це не дивно, віруючі частіше обговорюють і наукові проблеми, а також питання моди, одягу й зовнішності.

Важливим уявляється те, що респонденти, які самовизначилися як такі, хто коливається між вірою й невір'ям, за структурою відповідей на інші запитання анкети є дуже близькими до тих, хто проголосив себе віруючими. Отже, можна припустити, що той конститутивний принцип, який є причетним до формування ціннісної сфери віруючих, навіть діючи латентно, справляє значний вплив на формування ціннісного світу людини й орієнтує її в більш "позитивному" напрямку пошуку гармонійності у власному та суспільному житті й у стосунках з оточуючими та довкіллям.

Значні відмінності у структурі ціннісних орієнтацій зафіксовано стосовно групи респондентів, які проголосили свою байдужість до питань релігії та віри. Ця категорія молодих людей характеризується меншою зацікавленістю такими питаннями, як, наприклад, стан економіки, міжнаціональні відносини, національна культура, мистецтво, стан довкілля, екологія. Ця група молоді є також дещо меншою мірою залученою до навчання й характеризується нижчим рівнем трудової мотивації, менш схильною до орієнтації на здоровий спосіб життя. Навіть таким пріоритетним сферам життєдіяльності, як сфера сімейного життя, шлюб, виховання дітей, ведення домашнього господарства, побут молоді люди, байдужі до релігії, надають меншого, ніж інші, значення.

Більше, ніж інших, цю категорію молоді турбує лише рівень особистих прибутків і фінансової спроможності.

Слід зазначити й певну невизначеність образу релігійності й віри у свідомості сучасної української молоді. Хоч віруючими себе проголосили 44% усіх опитаних молодих людей, питання релігії, церкви, віри часто обговорюють лише 11% респондентів. 29% тих, хто проголосили себе віруючими, ніколи не розмовляють на цю тему з друзями, а часто обговорюють ці питання лише 18% віруючих респондентів. Віру й дотримання релігійних обрядів проголосили сферою людської життєдіяльності, що має дуже велике значення, лише 21% тих респондентів, які визначили себе віруючими. 26% з них позначили її роль як відносно малу, а 14% – як зовсім малу. 46% тих, хто вважає себе віруючими, не є членами жодної релігійної організації. А з тих, хто проголосили себе невіруючими, 11% є членами релігійних організацій. Дуже важливою особисто для себе релігію проголосили лише 26% віруючих. 20% вважають її швидше не важливою, а 9% – не важливою зовсім. Отже, віра, свідомість молодих українців є не завжди пов'язаними з її формальними

аспектами та соціальними втіленнями релігійності. Однак, як ми бачили, релігійність є суттєвим елементом ціннісного світу більшості молодих людей України, який разом з іншими важливими складниками надає гармонії життєвому простору молоді.

У сучасних умовах трансформації суспільства, постійної економічної та політичної нестабільності звернення до свого коріння, до національних цінностей, до етнічного походження, пошук самоідентифікації особистості з групою, певною соціальною спільнотою все більше виконують стабілізуючу функцію. Саме завдяки цьому психологічному процесу особистість суб'єктивно віднаходить свої соціальні координати, власне місце в системі соціальних зв'язків і суспільних відносин.

Так, дані дослідження свідчать, що сучасне молоде покоління поряд з проблемами економічного, політичного характеру турбують і проблеми етнічні. 56% опитаних відповіли, що обговорюють проблеми національної культури, і 47% – проблеми міжнаціональних відносин. Звідси випливає, що майже кожна друга молода людина тією чи іншою мірою цікавиться етнічними аспектами життєдіяльності сучасного суспільства.

Традиційність світогляду української молоді детермінована досить сильною орієнтацією на повагу до родини, до тих культурних цінностей, що передаються від старших до молодших поколінь. Етнокультурний аспект тісно переплітається з релігійним, і, таким чином, релігійність виступає також важливим показником орієнтації на традицію.

Соціальна установка на традицію виявилася також у відповідях респондентів щодо вибору етнічної належності. Так, 52% молодих людей здійснили цей вибір самостійно, тоді як 46% – під впливом матері або батька. На 3% опитаних при виборі своєї національності справили вплив друзі та знайомі, на 8% – близькі родичі.

Отже, при виборі етнічної належності молоде покоління керується або національністю батьків, або власними внутрішніми чинниками. Це ще раз доводить, що сім'я, родинне оточення відіграє вирішальну роль у процесі етнічної самоідентифікації індивіда.

Важливим компонентом культури та чинником національної самоідентифікації є рідна мова. Мову розглядають як одну з найбільш виразних ознак етнічності, як спільний аналог етнічного явища. За даними вищезгаданого соціологічного дослідження, українську мову назвали рідною 68% молодих людей української національності, 5% росіян і 7% опитаних іншої національності, тоді як російську – третина українців, 95% росіян і 76% респондентів іншої національності. Спадщина тривалого домінування в Україні російської мови й зараз впливає на мовну ситуацію, оскільки значна частина українців вважає рідною мо-

вою російську. Отже, рідна мова виступає важливим чинником етнічного самовизначення.

Сьогодні серед молоді відбувається різке зниження рівня сприйняття міжкультурних відмінностей, що виявляється у визнанні більшістю можливості існування іншокультурних цінностей, норм, форм поведінки. Можна навіть констатувати певний інтерес до цінностей інших культур серед сучасного молодого покоління. Дані свідчать, що найбільша орієнтація й інтерес спостерігаються в молодого покоління до слов'янської культури (59%), дещо менший – до західноєвропейської (17), американської (14) та східної (7%). Ці дані певною мірою спростовують поширене уявлення про те, що сучасна молодь зорієнтована і засвоює переважно цінності американського способу життя. Разом з тим, кореляційний аналіз показав, що на американську культуру зорієнтовані переважно 15–17-річні юнаки й дівчата. При цьому було виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки між інтересом до американської культури та орієнтацією молоді на цінності дозвілля, відпочинку, відвідування вечірок, дискотек і досягнення успіху в суспільстві, здобуття авторитету.

Кореляційний аналіз засвідчив залежність між орієнтацією молоді на певний тип культури та ціннісними виборами. Так, серед молодих людей, для яких приваблює американська культура, найменшим виявився відсоток тих, для кого робота має значимість у житті, і найбільшим тих, хто орієнтується на дозвілля, відвідування вечірок. Політика й релігія є найвагомішими для тих молодих людей, які орієнтовані на слов'янську культуру, причому політикою найменшою мірою цікавляться прихильники східної культури.

Аналіз відповідей респондентів на запитання "Як би Ви оцінили рівень соціального напруження у Вашому місті (смт, селі)?" свідчить, що майже три чверті з них відзначають наявність, на їхню думку, певного соціального напруження. Причому третина вказує на сильне соціальне напруження та навіть на можливість участі населення в акціях масового протесту. У відповідях опитуваних виявляється тенденція до оцінки більшого соціального напруження у великих містах та більшого спокою в сільській місцевості (рис.4.5, 4.6).

Чоловіки менше, ніж жінки, вагаються при оцінці рівня соціального напруження у своєму населеному пункті. Легше відповісти на це запитання респондентам старших вікових груп. Так, 27% опитаним віком 15–17 років важко було відповісти на це запитання, а віком 25–28 років – лише 10%. З віком дещо більше опитаних вважають, що існує значуще соціальне напруження.



Рис.4.5. Розподіл відповідей респондентів на запитання: "Як би Ви оцінили рівень соціального напруження у Вашому місті (смт, селі)?", %

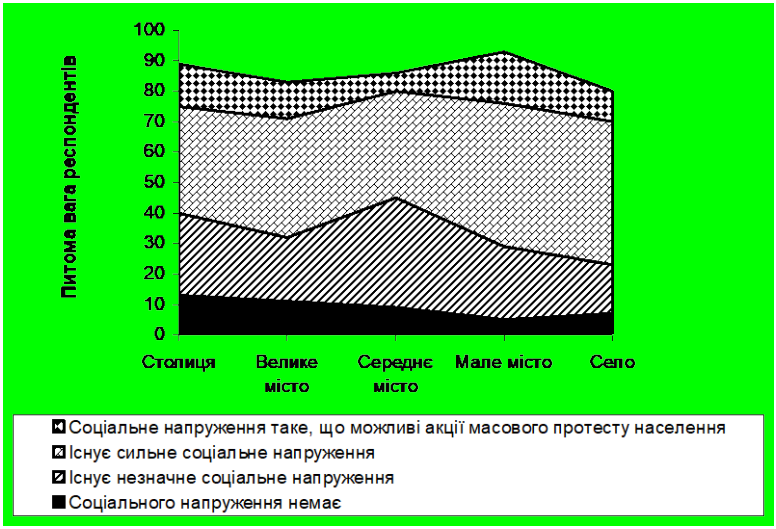


Рис.4.6. Розподіл відповідей респондентів на запитання: "Як би Ви оцінили рівень соціального напруження у Вашому місті (смт, селі)?" (залежно від типу населеного пункту)

Відповіді респондентів на запитання "Як Ви ставитеся до різних форм протесту?" надають можливість зробити висновок, що переважна більшість негативно ставиться до таких крайніх форм протесту, як вуличні безпорядки, погроми та створення незаконних збройних фор-

мувань. Відповіли на ці запитання, що "засуджують" та "швидше, засуджують" такі форми протесту відповідно 90 та 86% опитаних. Практично половина з опитаних негативно ставиться і до інших несанкціонованих форм протесту. Різні їхні форми підтримує лише 12–21% опитаних. Винятком може слугувати бойкот як форма протесту. За рівних співвідношеннях "за" і "проти" (30 і 29%) значній частині важко визначитися зі ставленням до цього.

У своїй масі опитані підтримують законні форми протесту (рис.4.7). На вказані запитання відповідали "швидше, підтримую" та "підтримую" від половини до 75% респондентів.

Серед найбільш популярних форм протесту є: звернення з вимогами до органів влади – підтримує 75%; законні мітинги та демонстрації (71); критичні виступи у пресі (70%).

Не виявляються суттєві тенденції в розподілі відповідей респондентів залежно від типу місця їхнього проживання. Хіба що можна відзначити, що зі зниженням статусу населеного пункту у відповідях опитуваних простежується підтримка таких форм протесту, як звернення з вимогами до органів влади, критичних виступів у пресі та збирання підписів під колективними відозвами.

Можна зробити однозначний висновок, що опитані чоловіки більше, ніж жінки, підтримують усі названі в запитанні несанкціоновані форми протесту. Вони також менше засуджують їх проведення. Характерно, що серед санкціонованих форм протесту ними більше підтримуються та менше засуджуються активніші з них (збирання підписів під колективними відозвами, законні мітинги та демонстрації, законні страйки).

Респонденти старших вікових груп у відповідях частіше, ніж молодь, підтримують (та менше засуджують) більш виважені форми протесту (зокрема, це стосується критичних виступів у пресі, збирання підписів під колективними відозвами).

Тут залежність є пропорційною віку. Ця тенденція не є вже такою очевидною при визначенні ставлення до більш активних форм протесту. Так, майже однаково ставляться опитані всіх вікових груп до звернення з вимогами до органів влади, проведення законних мітингів і демонстрацій, законних страйків, тоді як старші висловлюють більшу підтримку. Також простежується явна тенденція до більшого засудження та меншої підтримки різних несакційованих форм протесту опитаними старшого віку. Причому тенденція простежується тим чіткіше, чим більш екстремістським є характер протесту.

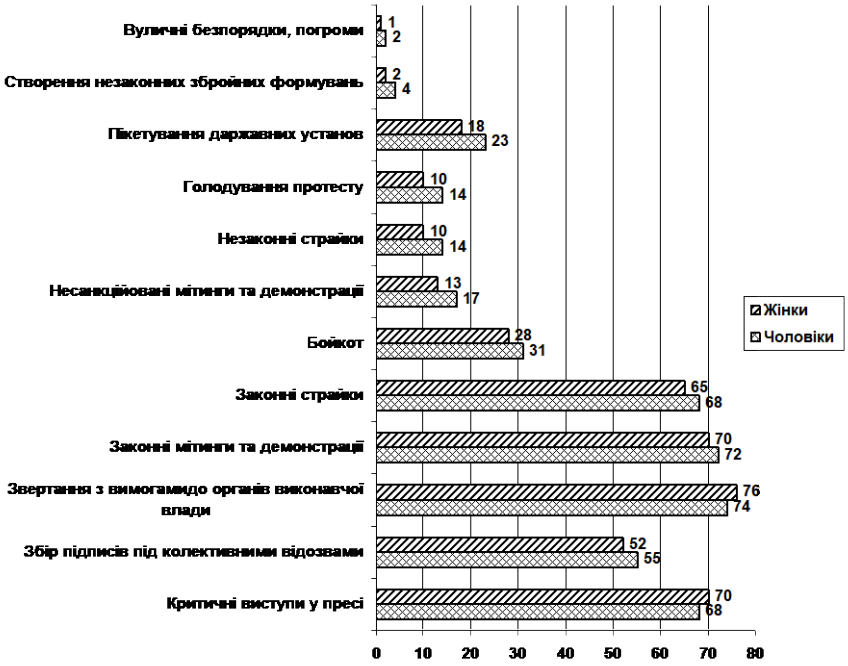


Рис. 4.7. Розподіл відповідей чоловіків і жінок щодо підтримки різних форм протесту, %

4.3. Сучасне розуміння здоров'я людини та його основних компонентів

Формування ідеї здорового способу життя (ФІЗСЖ.) протягом своєї майже 25-річної історії становлення пройшло шлях від первинного накопичення фактів і свідчень до розробки цілісної теорії. Зараз ЗСЖ виступає як самостійна наукова дисципліна, котрій притаманні всі відповідні компоненти – власні теорія, методологія, методика, ідеологія, принципи тощо. Уведення в цю дисципліну потребує певних знань щодо сучасного розуміння феномена здоров'я людини взагалі. Нижче наведеної деякі основні поняття, котрі стануть у нагоді для розуміння теорії і практики ФІЗСЖ.

Слід зауважити, що феномен здоров'я людини протягом усієї історії розвитку людства привертав увагу багатьох дослідників, науковим доробком яких стала велика кількість різноманітних характеристик цього явища. Науковці використовують багато визначень і показників різного змісту, які висвітлюють різні аспекти феномена здоров'я (профілі здоро-

в'я, його рівні, складові тощо). Наведемо загальні поняття щодо характеристики здоров'я та їхнє визначення, що 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 вживалося й у практичній медицині. Якщо в людини, котра звернулася до лікаря, не було симптомів захворювання, вона вважалася здоровою. Тобто у практиці лікування, особливо в первинних ланках системи охорони здоров'я, не враховувався той факт, 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 частку 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 головним серед розмаїття впливів на здоров'я людини, а отже, медичне визначення здоров'я як відсутність хвороби не відповідає життєвим реаліям.

Досягнення сучасної науки свідчить про те, що здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, котрий може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, залучення капіталу, як індивідуальна й суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з навколишнім середовищем, що, у свою чергу, постійно змінюється. Виходячи із цього, розумієш, як складно визначити здоров'я в повному обсязі, якщо це взагалі можливо – історія розвитку науки про здоров'я налічує 80 різноманітних визначень.

Загальноприйнятим у міжнародному обігу є визначення здоров'я, викладене у преамбулі Статуту ВООЗ (1948 р.): *"Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб 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, вони тісно взаємопов'язані і саме в сукупності визначають стан

здоров'я людини Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров'я наука диференціює поняття фізичного психічного, соціального і 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, генетична спадщина, рівні фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери *психічного здоров'я* відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад, збудливість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уявлень, 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, вірогідність 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, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей у контексті її ідеалів і світогляду – усе це визначає стан духовного здоров'я індивіда.

4.4. Вплив ровесників і старших товаришів на формування здорового способу життя молоді

Результати аналізу відповідей на запитання проведеного національного опитування (Молодь за здоров'я…, 2000) "До кого або до яких джерел ти звернувся б, якби побажав отримати більше інформації про алкоголізм, наркоманію, паління?" дозволили виокремити групу молоді, яка вважає за доцільне звернутися за такою інформацією до ровесників. За середнього показника для масиву 22% із числа тих респондентів, котрі мають намір звернутися по додаткову інформацію до ровесників, за віком цей показник має значні варіації: від 13% – у 10-річному віці до 31% – у 14-річному (рис.4.8).

Можна умовно виділити три етапи у зміні показників довіри до ровесників як джерела інформації про шкідливі звички:

1) 10–12 років – етап повільного зростання довіри до ровесників (від 13 до 15%);

2) 13–14 – етап швидкого зростання довіри до ровесників (від 15 до 31%);

3) 15–22 – етап стабілізації довіри до ровесників (від 22 до 27%).

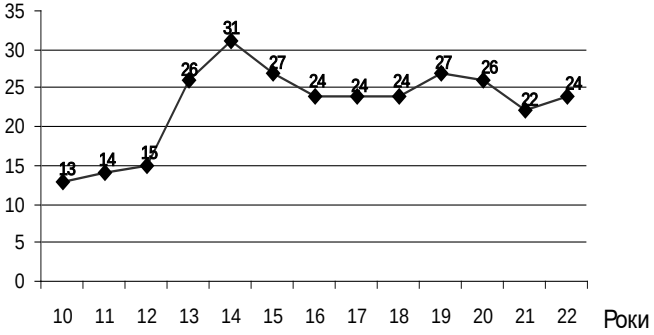


Рис.4.8. Частка молодих людей, які готові звернутися до ровесників

Період швидкого зростання довіри до інформації від ровесників збігається із зменшенням довіри до інформації від батьків і вчителів. Отже, місце дорослих в інформуванні молоді посідають ровесники та старші товариші. Тобто конфлікт дорослих з підлітками ускладнює процес позитивного впливу на них дорослих.

Нагадаємо, що майже третина молодих людей саме від ровесників отримують інформацію щодо здорового способу життя. За даними соціологічних опитувань, коло питань, що обговорюють юнаки й дівчата зі своїми друзями та однолітками, є досить широким. І проблеми, пов'язані зі здоровим способом життя, посідають помітне місце в цьому спектрі.

За результатами опитування УІСД за програмою "Молодь столиці", серед тих проблем, що турбують сьогодні молодь, 83% називають "здоровий спосіб життя", 89% – "стан власного, здоров’я". Цей рівень стурбованості впливає й на ті питання, які молоді люди обговорюють між собою. Серед них, окрім теми про власне здоров'я та здоровий спосіб життя, є й інші, що тісно пов'язані з ними: організація відпочинку, сімейні та сексуальні стосунки. Крім того, слід зауважити, що тоді, коли проблема турбує молоду людину, вона частіше обговорює цю тему зі своїми друзями. Так, з тих, хто цікавиться здоровим способом життя, 55% часто говорять про це з друзями, і навіть з тих, кого ця проблема не турбує, 20% усе ж таки досить часто обговорюють її. Те ж саме стосується й інших тем, які близькі до проблеми здоров'я. Серед тих, хто опікується проблемами власного здоров'я та здорового способу життя, предметом обговорення значно частіше стають сімей-

ні, побутові, екологічні, сексуальні теми, питання заробітку грошей, а також модний одяг, зовнішність тощо.

Такі теми, як здоровий спосіб життя та проблеми власного здоров'я, частіше обговорюються молодими людьми, які перебувають у шлюбі, та жінками. Вікові розбіжності у вияві інтересу до цих тем також простежуються, але вони тісно пов'язані зі статтю. Зокрема, дівчат стан власного здоров'я турбує, й особливо це помітно у 15–16-річних. Саме на цю вікову групу припадає "пік" зацікавлення даною темою. Юнаки частіше ведуть розмови між собою щодо власного здоров'я лише у 17–18 років, тоді як проблема здорового способу життя хвилює юнаків дещо раніше – у 15–16-річному віці. А для 19–22-річних дівчат і юнаків ця тема стає вже менш актуальною.

Проблема організації відпочинку цікавить усі категорії молоді майже однаково, але більшою мірою дівчат 15–16 років. Частота обговорення сексуальних проблем зменшується з віком, хоч у цей період зростає частота обговорення сімейних і побутових проблем. Проте обидві теми значно частіше стають темами розмов серед молодих жінок. Проблема заробітку грошей, наприклад, частіше обговорюється чоловіками та людьми більш старшої вікової групи.

Про вплив друзів на формування здорового способу життя свідчить також те, що серед чинників, які утримують респондентів від паління, є такий як "мої друзі не палять". Цей показник становить 23% серед тих, хто не пробував палити у 10–14 років, та 12% –15–22-річних.

Таким чином, можна стверджувати, що друзі й ровесники є одним з впливових джерел інформації для молоді з питань формування здорового способу життя. Важливо підкреслити, що з дорослішанням друзі та ровесники починають домінувати і серед джерел потрібної інформації. З одного боку, це пов'язано з "набуттям досвіду" серед ровесників, з іншого – з "гостротою тематики", особливо щодо алкоголю, наркотиків і статевих стосунків. Крім того, саме ровесники є найбільш "легкодоступним" джерелом інформації в умовах недостатнього розвитку інформаційних центрів й анонімних консультацій.

За вищеописаною методикою було виділено групу молоді, котра надає перевагу інформації про шкідливі звички, яку вона отримала від старших товаришів.

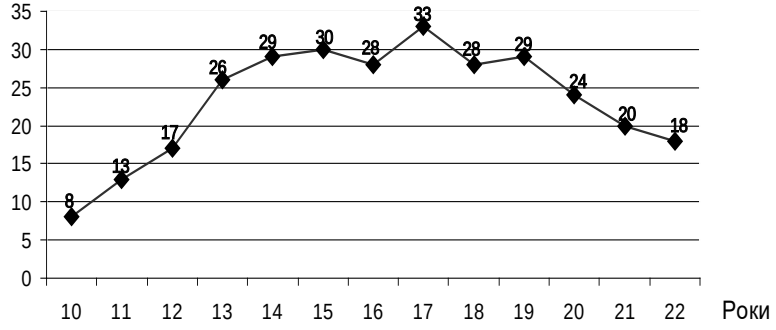


Рис.4.9. Частка молоді, яка готова звернутися до старших товаришів по додаткову інформацію з питань алкоголізму, наркоманії, паління (% у кожній віковій групі)

Можна умовно виділити два вікові етапи у зміні ролі старших товаришів як джерела додаткової інформації про шкідливі звички:

1) 10–17 років – *етап підвищення ролі інформації від старших товаришів (від 8 до 33%);*

2) 18–22 роки – *етап зниження ролі інформації від старших товаришів* (з 33 до 18%).

Варто зазначити, що до поняття "старші товариші" респонденти включають не лише молодих людей, з якими неформально зустрічаються на так званих "тусовках", а й учителів, педагогів клубів за місцем проживання, соціальних працівників, з якими молоді люди спілкуються поза навчальними закладами.

Ровесники реально стають тією групою, яка на певний період є надзвичайно важливою для кожного підлітка. Групи ровесників справляють як позитивний, так і негативний вплив на спосіб життя молодої людини.

Позитивний вплив залежить від "якісного", так би мовити, складу групи ровесників. Якщо об'єднуються молоді люди, які активно залучені до суспільних справ і можуть мати найрізноманітніші інтереси (волонтерська робота, активна суспільна робота в школі і поза нею, творчі групи, заняття спортом тощо), то їх взаємний вплив, як правило, носить позитивний характер.

Якщо основу колективу молодіжної групи становлять ровесники з асоціальною поведінкою (такі, що вживають алкоголь, наркотики, скоюють правопорушення), то слід очікувати на взаємний вплив, який ще більше поглиблює негатив кожного з них. Батьки такі колективи називають "шкідливими компаніями". Безумовно, не можна говорити

про те, що підлітки, які розпивають на дозвіллі спиртні напої, обов'язково приречені на алкоголізм, але слід пам'ятати, що психологи спостерігають у таких компаніях зниження відчуття небезпеки. Тут усе робиться з підвищеним ризиком, що викликає ще більше взаємне задоволення всіх учасників.

Серед захисних індивідуальних чинників особистості є такі, що свідчать про:

- емоційну стабільність,
- почуття власної гідності,
- комунікативну взаємодію,
- самостійність у розв'язанні різноманітних проблем,
- тісний зв'язок із соціальними інститутами (школою, позашкільними закладами, сім'єю тощо),
- почуття гумору,
- цілеспрямованість і самодисципліну.

Звичайно, це не повний список особистісних чинників, які дозволяють молодій людині протистояти впливу шкідливих звичок та цілеспрямовано вести здоровий спосіб життя. Але вищеназвані риси окреслюють загальний образ молодої людини, не лише й тільки "відмінника", а людини, яка має певний запас внутрішніх переконань і достатньо пристосована до дорослого життя.

На противагу наведемо перелік індивідуальних характеристик, які можна розглядати як передумову розвитку різноманітних асоціальних звичок і чинників ризику для здоров'я.

- нерозвинений самоконтроль, нестача наполегливості,
- низька самоповага і невпевненість у собі,
- емоційна і психічна неврівноваженість,
- життєві цінності, які припускають зловживання алкоголем і наркотиками,
- низька успішність,
- відсутність взаєморозуміння в школі і(або) в сім'ї,
- прояв асоціальної поведінки в ранньому віці (агресія, злочини тощо).

Практично впливати на такі молодіжні колективи через засоби масової інформації дуже важко. Існує практика індивідуального впливу на лідера групи, а через нього – на всіх її членів, але це вже завдання соціальних працівників, педагогів та інших фахівців.

4.5. Вплив засобів масової інформації на формування здорового способу життя молоді

Загальновідомо, що в наш час ЗМІ справляють найбільш вагомий вплив на суспільну свідомість. Через здатність швидко і майже тотально охоплювати найбільш широкі аудиторії ЗМІ можуть трансформувати традиційну систему духовного виробництва, і сьогодні в розвинених суспільно-політичних системах панує теза, що ті, хто володіє ЗМІ, володіють громадською думкою.

Відповідно до концепції відомого канадського соціолога і культуролога Г.Маклуена, ера мас-медіа і електронної інформації радикально змінює як життя людини, так і її саму. Сучасні ЗМІ як складова масової культури скорочують на планеті простір і час, знищують національні кордони, пов'язуючи в єдину мережу найвіддаленіші куточки.

Саме через ЗМІ серед різних категорій населення (читачів, слухачів, глядачів) пропагуються певні ціннісні установки, світоглядні стереотипи та моделі поведінки, унаслідок чого спільні смаки і форми "культурного споживання" поширюються як серед привілейованих, так і малозабезпечених категорій населення. З огляду на це, у змаганні за культуру мас-медіа перебувають практично поза конкуренцією.

Інформаційний простір України протягом останніх років зазнав значних кількісних якісних змін. Кардинальні зміни відбуваються і у книговиданні. Так, існує більше 200 видань для дітей і молоді.

Інформаційні засоби формування основ здорового способу життя різні, але насамперед це, звичайно, телебачення, радіо та преса. За даними наукового звіту "Ціннісні орієнтації молоді" (1998 р.) Українського інституту соціальних досліджень, перше місце серед форм проведення вільного часу молодих людей посідає перегляд телепередач: 80% молоді віком від 15 до 28 років дивляться телевізор щоденно й лише 1% не дивляться його зовсім. Та роль, яку телебачення відіграє в організації дозвілля молоді, робить його важливим інструментом формування суспільної свідомості.

Більша частина української молоді задовольняє свою інформаційну потребу саме за допомогою телевізора. Однак чи є цей спосіб ефективним – питання спірне. Адже телевізор тут виступає засобом отримання не стільки інформації, скільки задоволення від видовищ. 61% молодих українців мають вдома радіоприймачі, однак лише 25% іноді слухають радіопередачі.

Серед друкованих видань, яким віддає перевагу сучасна українська молодь, досить поширеними виявилися періодичні видання (70% опитаних читають їх часто). Тут перше місце посідають журнали розва-

жального та інформаційного профілю (38%) і газети (36%), при цьому 16% молодих людей читають газети щоденно, 33 – два–три рази на тиждень, 20 – раз на тиждень, 24% – лише випадково. І лише 6% фактично не читають газет. Як одну з найулюбленіших форм дозвілля 48% усіх респондентів зазначили читання газет і журналів.

В інформаційному бюлетені УІСД "Моніторинг громадської думки населення України" №4(29) за квітень 1999 р. наведено дані, які засвідчують, наскільки довіряє населення ЗМІ (табл.4.6).

Таблиця 4.6. **Рівень довіри населення України до ЗМІ (% загальної кількості опитаних)**

ЗМІ	Повністю довіряю	Швидше, довіряю, ніж ні	Швидше, не довіряю	Повністю не довіряю	Важко відповісти
Преса	10	46	25	11	8
Телебачення	12	52	20	9	7
Радіо	12	50	20	9	9

Із цієї таблиці можна побачити, що чималий відсоток населення України довіряє ЗМІ. При цьому серед засобів масової комунікації за рівнем довіри лідирує телебачення – йому довіряють 64% респондентів, на другому місці – радіомовлення – 61; пресі довіряють – 56%. Як видно, пресі довіряють менше, ніж іншим ЗМІ.

До того ж, користуватися телебаченням значно дешевше, ніж передплачувати або купувати пресу, що значною мірою спричиняє різкий інформаційній попит, перш за все, на телебачення. Така картина спостерігається зараз у багатьох суспільствах, але у вітчизняних реаліях це викривлення посилюється надто різким падінням попиту на кіномистецтво в умовах кінотеатру (загальносвітові тенденції передбачають повільніше зниження ролі культури кінотеатру), зниженням до мінімуму контактів з театральним мистецтвом.

Так, В.Собкін і Н.Кузнєцова у статті "Трансляція моделей статевої поведінки у засобах масової інформації" (1999) зазначають, що сучасна ситуація в Росії характеризується відсутністю цензури на поширення порнопродукції в засобах масової комунікації. Думка про те, що ці засоби є каналами розповсюдження порнопродукції, є загально визнаним. Це питання неодноразово порушувалося громадськістю, різними політичними партіями, обговорювалося у владних структурах.

У 1997 р. Центром соціології освіти (ЦСО) було проведено пілотне дослідження трансляції ранкових, денних, вечірніх і нічних передач по каналах ОРТ, НТВ і ТВ-Центр. Загальний обсяг експертних телевізійних оглядів за спеціально розробленою процедурою становив 119

год. У результаті аналізу було виділено 486 сцен насилля та еротики, які пройшли через процедуру контент-аналізу. Розроблена схема контент-аналізу враховувала: частоту показу сцен насильства й еротики на відповідному каналі; час трансляції на відповідному каналі; жанр повідомлення (художній фільм, інформаційна програма, хроніка і т.п.); види агресії та еротичних дій (удар, вбивство, поцілунок, оголення тіла, статевий акт тощо), спрямованість агресії (чоловік – жінка; чоловік – чоловік; дорослий–дитина; міжгруповий конфлікт тощо) та цілу низку інших аспектів.

На нашу думку, слід виділити деякі характерні результати, отримані російськими фахівцями, що мають безпосереднє відношення до теми нашого монографічного дослідження.

Аналіз отриманих матеріалів показує зростання трансляцій сцен насильства та еротики від ранкового до вечірнього ефіру. Так, якщо в ранкових телепередачах було виявлено 102 епізоди, то у вечірніх – 151 (збільшення у 1,5 рази). Змінюється динаміка трансляцій і під час недільного циклу, найбільш спокійною є середина тижня (середа), та різко збільшується агресивність телеекрану наприкінці тижня (у 2,4 рази). Слід звернути увагу на жанри, в яких в основному транслюються сцени насильства та еротики.

Безумовним лідером тут є художні фільми. На них припадає 57,0% трансляцій. На другому місці – реклама (23,3%), на третьому – хроніка (12,6%). Трансляції насильства й еротики в таких жанрах, як новини чи мультфільми займають незначний обсяг (відповідно 4,9 та 2,3%).

Узагальнюючи результати емпіричних досліджень про вплив засобів масової інформації на моделі статевої поведінки, слід також враховувати вікові, індивідуально-психологічні особливості сучасної молоді у взаємозв'язку з формуванням психосексуального здоров'я як одного з компонентів психосоматичного здоров'я особистості.

РОЗДІЛ П'ЯТИЙ

ШЛЯХИ Й МЕТОДИ СПРИЯННЯ ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ: АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ

5.1. Політика Всесвітньої організації охорони здоров'я

Базисні позиції стратегії підвищення рівня й поліпшення стану здоров'я населення та відповідно реформування системи охорони здоров'я в Європі визначаються політикою Європейського бюро ВООЗ на основі результатів вивчення й аналізу цього питання у країнах регіону (Лехан, 2001).

Проте такі фактори сьогодення, як різке розшарування країн європейського регіону за рівнем економічного розвитку, середньою забезпеченістю, станом здоров'я громадян і фінансуванням державних систем охорони здоров'я створюють певні ускладнення в реалізації політики ВООЗ через потребу адаптування загальноєвропейських завдань до умов кожної конкретної країни.

Це відбивають й основні рекомендації Робочого бюро ВООЗ щодо політики держав регіону у сфері забезпечення здоров'я населення у XXI ст. ("Здоров'я–21"), сформульовані як завдання на шляху її реалізації з адаптуванням до умов кожної конкретної країни, виходячи із загальноєвропейських тенденцій: постаріння населення, зниження рівня народжуваності, підвищення рівня смертності, технізація та подорожчання медичних послуг, підвищення стресогеності соціальних умов, зростання рівня освіченості населення та обізнаності з основ медичних знань.

В Європі спостерігається підвищення як суспільних вимог до рівня здоров'я, так і вартості його відновлення та підтримання. Ці фактори створюють мотивацію в реформування європейських систем охорони здоров'я як на макрорівні національних проблем і проблем управління, так і мікрорівні служб охорони здоров'я на основі пошуку нових шляхів і технологій забезпечення здоров'я націй та зміни картини захворюваності в Європі (табл.5.1).

Схема пропонує новий підхід до проблеми збереження здоров'я населення з винесенням її за межі компетентності однієї галузі, значну частину завдань адресуючи, крім системи охорони здоров'я, й іншим суспільним сферам. На основі рекомендацій щодо системного підходу до встановлення впливів різних факторів на рівень здоров'я та розробки стратегії

його оптимізації акценти перенесено з оптимізації соціальних умов на активізацію ролі людини у формуванні здорового способу життя.

Таблиця 5.1. **Взаємозв'язок між глобальними та регіональними завданнями щодо досягнення здоров'я для всіх (Здоров'я для всіх…, 1999)**

Регіональні завдання	**Основні складові завдання**	**Глобальні завдання**
1. Солідарність у справі охорони здоров'я	Обмін інформацією, ідеями, ресурсами, знаннями та досвідом	1. Посилення справедливості в питаннях здоров'я
2. Рівноправ'я в питаннях охорони здоров'я	Зменшення соціальних та економічних розбіжностей між окремими групами населення за допомогою відповідної політики, законодавства та заходів	
3. Основи здорового життя	Доступ до високоякісної служби охорони здоров'я матері та дитини. Інвестування в соціальний та економічний стан (добробут) батьків і всієї сім'ї	2. Поліпшення можливостей для виживання та підвищення якості життя
4. Скорочення обсягів і темпів поширення інфекційних захворювань	Міжнародні узгоджені стратегії в галузі епіднагляду, імунізації та боротьби з хворобами. Повна або часткова ліквідація поліомієліту, кору та правцю новонароджених	3. Повна або часткова ліквідація певних захворювань
5. Скорочення обсягів і темпів поширення інфекційних захворювань	Попередження і боротьба з основними факторами ризику інфекційних захворювань. Суспільна політика зміцнення здоров'я, загальноєвропейський рух за здоровий спосіб життя	
6. Зменшення травматизму як наслідку насильства та нещасних випадків	Збільшення акценту на питаннях забезпечення безпеки і соціальної згуртованості в побуті та на виробництві	
7. Здорове та безпечне фізичне довкілля	Національні та субнаціональні плани заходів з гігієни довкілля. Правові й економічні механізми, які дозволяють зменшити обсяги відходів виробництва і забруднення довкілля	4. Поліпшення доступу до комунальних послуг
8. Більш здоровий спосіб життя	Заходи, спрямовані на те, щоб спростити здоровий вибір стосовно харчування, фізичних вправ та сексуальності	5. Сприяння здоровому способу життя

Закінчення табл.5.1

9. Багатофакторність чинників здоров'я	Урахування впливу різних факторів на підставі оцінки впливу того чи іншого виду діяльності на здоров'я	
10. Інтегрований аспект охорони здоров'я	Первинна медико-санітарна допомога сім'ям і громадянам через гнучкі системи направлення хворих у стаціонари	6. Поліпшення доступу до якісної медичної системи обслуговування
11. Фінансування служб охорони здоров'я і виділення ресурсів	Створення систем фінансування охорони здоров'я, які забезпечують загальне охоплення, солідарність і сталість	
12. Розвиток кадрових ресурсів для охорони здоров'я	Навчання медиків на основі принципу "здоров'я для всіх". Навчання працівників громадської охорони здоров'я спроможності захищати і підтримувати інтереси охорони здоров'я населення на будь-якому рівні (від місцевого до національного)	
13. Наукові дослідження та інформація з питань охорони здоров'я	Формування політики у сфері наукових досліджень з урахуванням потреб "здоров'я для всіх". Створення механізмів, які дозволяли б упроваджувати у практику останні дані наукових досліджень	7. Підтримка наукових досліджень з охорони здоров'я. Упровадження систем медичної інформації
14. Мобілізація партнерів в інтересах охорони здоров'я	Пропаганда, створення союзів й об'єднань й спільних дій в інтересах охорони здоров'я. Напрямки діяльності та діючі особи, які визначають взаємовигоду інвестування у здоров'я населення і використовують ці знання на практиці	
15. Політика і стратегії досягнення здоров'я для всіх	Розробка та реалізація політики "здоров'я для всіх" (у завданнях і показниках) на всіх рівнях (від національного до місцевого) із залученням відповідних секторів та організацій	

Системний підхід до розв'язання проблеми підтримання здоров'я населення означає залучення не лише самої галузі охорони здоров'я, але й освіти, культури, соціального забезпечення тощо. Безперечно, умовою формування оптимального рівня здоров'я є належне економічне забезпечення не лише шляхом безпосереднього фінансування, але й через створення для населення необхідних побутових умов, надання

комунальних послуг, забезпечення екологічно чистими продуктами харчування тощо. А це можливо лише за наявності чітких міжгалузевих механізмів, які б здійснювали контроль і реалізацію політики збереження здоров'я населення. Загальновідомими є спільні зусилля європейських країн щодо виявлення та запобігання в регіоні захворюванням на ящур та пріонову хворобу.

5.2. Ефективність регіональної стратегії державної політики збереження здоров'я населення України

Регіональний принцип державної політики має враховувати специфіку інтересів провінцій у загальнонаціональній політиці, збалансовуючи їхні економічні вимоги й потреби, надаючи різнопланову допомогу відсталим регіонам. Зокрема, це важливо і в разі виникнення епідеміологічно небезпечної регіональної ситуації.

У соціально-гуманітарній сфері така політика полягає в забезпеченні рівних можливостей для всіх громадян, що проживають на територіях з різними економіко-географічними характеристиками.

В Україні нинішні регіони складалися відповідно до промислово-економічних інтересів без урахування механізмів регіональної політики. Це не може не ускладнювати розв'язання нагальних проблем перехідного періоду.

За умов ринкової економіки з появою підприємництва та його впливу на рівень доходів в окремих регіонах, на стан людського і суспільного капіталу іншою стає і взаємодія різних факторів суспільного розвитку в усіх регіонах країни. Це багатопланове явище, ми ж розглядаємо лише один аспект – охорону здоров'я громадян.

На сьогоднішній день в Україні спостерігається очевидне посилення регіонів і послаблення ролі центрального державного управління. З огляду на різні природно-географічні, кліматичні, господарські, кон'юктурно-економічні та побутові умови в регіонах України перехідний період по-різному відбився на їхньому розвитку, призвівши до значно більшого розмаїття у порівняльних показниках регіонів, зокрема й тих, що стосуються системи охорони громадського здоров'я.

Це означає, що в Україні при здійсненні регіональної політики щодо поліпшення здоров'я населення передусім слід визначити, які саме проблеми і якими методами розв'язувати з переважною опорою на регіональний рівень та які інституційні й організаційні заходи національної політики необхідно здійснити для їх підтримки.

Порівнюючи інтегровані показники стану здоров'я населення України із середньоєвропейськими (Перспектива–2010. Програма реорганізації медичної допомоги, 1999), можна констатувати, що перші значно нижчі:

середня тривалість життя становить 68 років;

середня тривалість життя чоловіків – 63;

середня тривалість життя жінок – 74;

середній вік населення – 37,8;

співвідношення показників народжуваності : смертності – 7,8 :15,3.

Таблиця 5.2. **Тенденції середньої тривалості життя населення України (1991–1996 рр.)**

Роки	Міське населення		Сільське населення	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
1991	65,5	74,4	63,0	73,9
1992	64,5	74,1	62,5	73,7
1993	63,7	73,4	62,1	73,1
1994	62,9	72,9	61,6	72,8
1995	61,5	72,4	61,0	72,6
1996	61,9	72,8	61,0	72,7
Зміни	–4,4	–2,1	–3,2	–1,9

Крім того, показники середньої тривалості життя в Україні (табл. 5.2) мають значні регіональні розбіжності, впливаючи на формування регіональної політики стратегії збереження здоров'я населення. Адже регіони відрізняються між собою за такими важливими показниками:

- рівень зв'язку із центром (віддалені, невіддалені);
- фінансова й соціальна автономність;
- рівень довіри до регіонального керівництва;
- рівень соціальної та громадської самосвідомості;
- рівень освіченості населення;
- обсяги інвестицій;
- господарська спеціалізація;
- економічний потенціал;
- рівень безробіття;
- рівень бідності, зокрема, суб'єктивна його оцінка;
- середня заробітна плата:
- головні фактори стресогенного напруження;
- природні ресурси;
- рівень розвитку галузі охорони здоров'я;

- екологічні, зокрема антропогенні, умови.

За цих розбіжностей між регіонами можна узагальнити регіональні особливості таким чином:

- забезпеченість (на одну особу) основними фондами охорони здоров'я, фізкультури і соціального забезпечення;
- розвиток мережі та потужність закладів охорони здоров'я;
- потужність об'єктів соціального комплексу;
- рівень людського розвитку (освіта);
- культура здоров'я як складова традицій регіону;
- екологічні показники;
- інфраструктура забезпечення закладами охорони здоров'я**;**
- інфраструктура забезпечення рекреаційними можливостями;
- фінансування закладів охорони здоров'я та рекреації.

Ефекту впливу одного фактора практично не існує, вони впливають комплексно. Кожен регіон України має індивідуальні передумови для формування та охорони громадського здоров'я, темпи можливих змін і свій ресурсний потенціал. І можна вважати, що рівень здоров'я визначає дія регіональних, або фонових, особливостей, які, у свою чергу, є результатом взаємодії таких чинників:

- економічних (техногенних);
- соціальних (суспільних);
- екологічних (природних, антропогенних);
- демографічних (біологічних).

За системного підходу до реалізації регіональних принципів у політиці охорони здоров'я слід враховувати:

- зв'язок з усією системою (регіон як частина держави, континенту, світу);
- використання різноманітних джерел фінансування (фонди, бюджет, страхування, благодійність, інвестування, у тому числі міжнародне);
- загальнонаціональну цілеспрямованість заходів;
- адекватний розвиток інфраструктури охорони здоров'я;
- розвиток культури здоров'я населення (зокрема освіти).

Визначальним чинником впливу на здоров'я є рівень та якість життя, тобто соціальні умови, зокрема:

- побутові умови життєдіяльності;
- рівень доходів;
- умови праці;
- доступність сфери відтворення здоров'я;

- морально-психологічні аспекти;
- рівень інтелектуального розвитку.

Об'єктивні статистичні дані медичного обстеження населення України свідчать про зростання впливу на здоров'я техногенних чинників. Вони мають регіональну специфіку, по-різному впливаючи на показники стану здоров'я міського і сільського населення.

Не викликає сумніву, що серед комплексу чинників погіршення здоров'я населення України екологічні негаразди посідають чільне місце. Такого висновку можна дійти і опосередковано, порівнюючи демографічні показники різних регіонів країни з притаманними їм рівнями екологічного забруднення. Безумовно, важко виділити ефект впливу окремих негативних екологічних чинників на життя і здоров'я людини. Проте за останні 15 років зросла захворюваність на так звані соматичні, неінфекційні хвороби, причини яких криються у способі життя, залежать від харчування, якості продуктів і довкілля.

Привертає увагу загальне зниження імунітету населення України, про що свідчить млявий перебіг більшості хвороб, підвищення рівня простудних захворювань, зростання показників щодо загрозливих інфекційних захворювань, таких як дифтерія, туберкульоз тощо. Високий рівень алергійних захворювань у містах з інтенсивним екологічним забрудненням спостерігається передусім серед дітей і людей похилого віку.

Стратегію охорони здоров'я населення, спрямовану на усунення або зменшення загроз здоров'ю, може бути ефективніше реалізовано в регіоні. І здоров'я населення є показником рівня прогресивного розвитку і конкурентоспроможності регіону. Потенціал здоров'я забезпечується комплексом регіональних заходів, які мають здійснити держава, суспільство, система охорони здоров'я, коженгромадянин щодо оптимізації стану власного і суспільного здоров'я.

5.3. Реструктуризація міжгалузевих механізмів державного управління охороною громадського здоров'я

Про значення здоров'я громадян у міжнародному статусі держави, у визначенні рівня її прогресивного розвитку свідчить те, що порівняльними показниками рівня соціального прогресу країн з різним типом культури і суспільства ООН обрала здоров'я і свободу громадян. Вважається, що у принципі можна порівняти та створити на основі цього порівняння повну релятивну шкалу рівнів соціального розвитку всіх країн, якщо використати певні комплексні показники стану здоров'я населення та спроможності громадян до самостійних дій.

У проекті ООН 1990 р. як базисний показник людського прогресу запропоновано інтегральний показник здоров'я, а саме, тривалість життя. І здоров'я населення в таких порівняннях стає показником конкурентоспроможності держави як такої.

Економічне зростання України значною мірою залежить від стану здоров'я населення і можливості його поліпшення. Рівень здоров'я населення України міжнародні організації визначають як низький. За спостереженнями експертів Світового банку, опублікованими в 1999 р., загальний коефіцієнт смертності зріс в Україні за останні п'ять років на 14,7%, тоді як загальноєвропейський – на 6,6%. Смертність від серцево-судинних хвороб збільшилася на 39,7%, від злоякісних утворень – на 4,5, травм і отруєнь – на 23,2, хвороб органів дихання – на 32,1%. Загальний коефіцієнт смертності в Україні вищий за європейський на 36,4%, смертність від серцево-судинних хвороб – на 72,4, від травм і отруєнь – на 59,3, хвороб органів дихання – на 32,7% (рис. 5.1). Смертність немовлят в Україні перевищує середній показник для Європи у два рази. Якщо порівнювати Україну з 15 країнами-членами ЄС, то показники здоров'я населення України нижчі, більш ніж у два рази. За інтегральним показником стану здоров'я – тривалістю життя – серед країн СНД Україна посідає передостаннє (перед Молдовою) місце. Загалом стан здоров'я населення України можна оцінити як дуже низький, хоч і значною мірою залежний від як індивідуальних, так і соціальних характеристик.

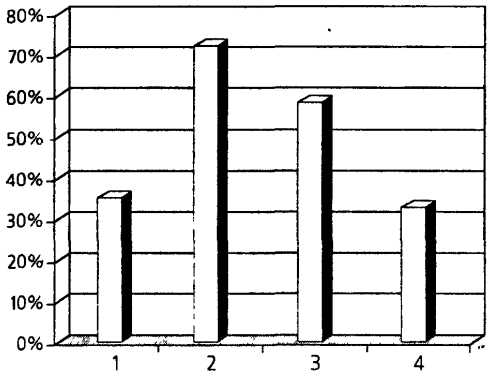


Рис. 5.1. Переважання деяких показників смертності населення України над середньоєвропейським рівнем: коефіцієнт загальної смертності (1), смертності від серцево-судинних захворювань (2), від отруєнь і травм (3), від захворювань дихальної системи (4)

Якщо класифікувати причини смертності на екзогенні та ендогенні, то виявиться, що смертність у різних вікових групах варіює таким чином: до 15 років та після 70 переважають ендогенні причини, тобто

генетичні та онтогенетичні, а у працездатному віці – екзогенні причини смертності. До того ж для чоловіків і жінок рівень ризику відрізняється як за типом діючого фактора, так і за віковим діапазоном. Для чоловічого населення майже в усіх вікових групах працездатного віку екзогенні ризики значно поширеніші, ніж для жіночого. Для чоловіків увесь діапазон піка екзогенних ризиків охоплює 30–54 роки, і найбільший екзогенний ризик припадає на 40–44 роки. У динаміці коефіцієнт смертності з екзогенних причин для чоловіків за останні роки зріс на 50%. Для жінок екзогенні ризики мають незначний пік у 30–35 років. Загалом серед екзогенних чинників переважають побутові та виробничі отруєння й травми, а також дорожньо-транспортні пригоди. В окремих регіонах України значний вплив справляють екологічні фактори. Отже, проблема зниження впливу екзогенних факторів ризику на здоров'я та смертність населення для України є актуальною.

На окрему увагу заслуговують соціальні стреси, породжені економічною нестабільністю, соціальною нерівністю, безробіттям і загрозою втрати роботи, низьким матеріальним забезпеченням чи просто бідністю, недостатнім або нераціональним харчуванням. Стреси як такі визнано причинами втрати здоров'я законодавчо (КЗОП), але такі соціальні фактори визначаються в Україні як екзогенні ризики для здоров'я і як причини смертності вперше.

Таким чином, в Україні спостерігається криза громадського здоров'я і відсутність реальних механізмів його зміцнення. Система охорони здоров'я, яка сформувалася в Україні, спрямована головним чином на надання медичної допомоги хворій людині й практично не виконує такої функції, як, власне, охорона здоров'я. Але надавати якісну медичну допомогу за сучасних високих витратних технологій наша система охорони здоров'я теж не спроможна, тому дуже гостро постає потреба її перебудови відповідно до сучасних вимог населення та існуючих європейських стандартів. Оскільки економічні можливості України як держави і більшості її населення на сьогодні вкрай низькі, а потреби у збереженні здоров'я і збільшенні тривалості життя населення – високі, то проблема зміцнення здоров'я населення в Україні перетворилася на загальнонаціональне завдання, для вирішення якого недостатньо зусиль лише в одній галузі – системі охорони здоров'я, а необхідна належна міжгалузева співпраця за умови створення чи зміцнення або реструктуризації міжгалузевих зв'язків державного управління, громадських організацій і безпосередньо людини з урахуванням відповідних стратегій ВООЗ щодо державного управління у сфері поліпшення здоров'я населення.

Основною структурою, зацікавленою у збереженні й зміцненні здоров'я населення, є держава. Державна стратегія збереження та зміцнення здоров'я нації в концептуальному плані враховує зовнішні й внутрішні фактори ризику і впливу на здоров'я населення та формує тактичні завдання макро-(національного) і мікро-(регіонального та місцевого) рівнів охорони здоров'я. Державна політика щодо питання формування, зміцнення здоров'я населення є визначальною у створенні рушійних механізмів як ідеологічних, так і структурних, включно із створенням ефективного законодавчого поля для розв'язання проблеми здоров'я нації. Структури уряду, безпосередньо причетні до виконання функцій охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги, охорони довкілля, мають пов'язувати свою діяльність у сфері збереження та зміцнення здоров'я населення з економічним розвитком держави. У зв'язку з кризовим станом економіки політика держави щодо реформування системи охорони здоров'я населення спрямована на безпосереднє надання медичних послуг населенню, створення або сприяння створенню державних, громадських і приватних структур, що надають послуги з підтримання й охорони здоров'я, на різних рівнях управління – національному, регіональному й місцевому.

Завданням національного рівня управління, безумовно, є вироблення ідеології в галузі охорони здоров'я нації й надгалузеве управління із забезпечення партнерства між окремими секторами. Політика держави має виходити з пріоритету здоров'я нації не лише в конкретних кроках виконавчої влади, але й у програмах політичних діячів різного рівня, включно й з передвиборних, звітах про конкретні досягнення саме в цьому визначальному для існування нації питанні.

Значна роль у соціальній ефективності реформ належить освітній галузі, без якої неможливо реалізувати нову концепцію профілактичної медичної освіти, де людина – не пасивний предмет піклування медицини, а самостійний активний будівник свого здоров'я в повному обсязі.

Стратегічно доцільним є формування мультифункціональних команд, які входитимуть до структури первинної медико-санітарної допомоги. У таких функціональних одиницях пріоритет має залишатися за фахівцями з питань упровадження здорового способу життя, тобто превентивної профілактики більшості поширених захворювань.

Можна вважати, що посилення профілактичної складової, формування й упровадження здорового способу життя, спрямування всіх сфер суспільства на оздоровлення життєдіяльності, умов праці та побуту, передачі його наступним поколінням – це те нове, що надасть реформам у галузі охорони здоров'я сучасних рис, поставить людину в

центр їхньої уваги, перетворить суспільство на активного співучасника формування громадського здоров'я.

Значний вплив на здоров'я населення в перехідний період справляють суто соціальні фактори: бідність значної кількості людей не через ледачість або брак розуму, а через неможливість пристосуватися до нових соціальних умов, непотрібність деяких професій тощо; надмірна соціальна нерівність і несправедливість. Тут і страх втратити роботу й стати безробітним, приниження людської гідності більшості населення низьким матеріальним забезпеченням – усе це стресогенні фактори, тиск яких нагромаджується, спричиняючи виникнення низки захворювань, серед яких перше місце посідають серцево-судинні.

Відсутність реальних економічних можливостей подолання нинішнього кризового стану щодо охорони здоров'я населення не є нездоланною перешкодою на шляху її реформування. На думку багатьох фахівців, реальним кроком є реструктуризація закладів превентивної медицини та їх спрямування на сучасні завдання зміцнення здоров'я практично здорового контингенту населення із залученням громадських, опікунських, індивідуальних та інших форм фінансування, особливо на регіональному рівні управління, та освітня форма впровадження культури здоров'я. За такого підходу необхідно розробити науково обґрунтовані шляхи більш активної участі людини у формуванні та зміцненні власного здоров'я.

5.4. Активізація ролі людини в підтримці індивідуального здоров'я

Країни Європи згідно з програмою ВООЗ "Здоров'я–21 століття" для підвищення ефективності реформ і, відповідно, рівня здоров'я надають великого значення стратегії активної участі самої людини у зміцненні власного здоров'я.

Новий погляд на здоров'я включає умови фізичного середовища, а також соціально-економічні чинники існування групи людей, популяції і населення в цілому та передбачає активну участь у процесі збереження здоров'я нації самого населення. І для України такий підхід не є протипоказаним.

Функціональний ланцюжок ланок охорони здоров'я: зміцнення здоров'я – профілактика захворювань – діагностика – лікування – реабілітація – розглядається як цілісна система, в якій ослаблення однієї ланки підсилює напруження інших, за обов'язкової зорієнтованості на кінцевий результат – здоров'я і тривалість життя. Акцентування на

першій ланці системи сприяє активній участі людини в побудові й охороні особистого здоров'я.

У країнах ЄС заходи щодо зміцнення здоров'я громадян зазвичай описують формулою: інформація + освіта + професійний тренінг (health promotion = health information + health education + professional traininig), охоплюючи як населення, так і спеціалістів з громадського здоров'я.

Для кожної держави найперспективнішим є зміцнення здоров'я молоді. Про це говорив Л.Кучма на загальних зборах Академії медичних наук України 9 квітня 1997 р. та на Конгресі української молоді 26 травня 1997 р. Кабінетом Міністрів України в 1999 р. було прийнято Програму "Діти України".

У плані виконання цих постанов Міністерство освіти і науки України вводить три навчальні предмети з метою виховання здорового способу життя і зміцнення здоров'я молоді: валеологія, безпека життєдіяльності та основи медичних знань.

Проте впровадження навчальних предметів з культури здоров'я затримувалося відсутністю професійних кадрів і, в першу чергу, управлінських. Тому і складені програми часто мали ненауковий характер і не враховували притаманну молоді рису – недооцінку пріоритету здоров'я.

Модель виховання культури здоров'я в молоді може бути ефективною тільки за врахування трьох визначених віковою психологією факторів, як це засвідчили результати проведення українсько-канадських програм "Молодь за здоров'я" і "Партнери в охороні здоров'я":

- домінування пріоритету друга, колективу та його лідерів;
- домінування авторитету й ментальності колективу;
- категорія здоров'я може бути пріоритетною тільки при підпорядкуванні її іншій меті – майбутній кар'єрі, особистому успіху тощо.

Участь шкіл України у програмі "Європейська мережа шкіл здоров'я" (ЄМШЗ) дала відчутні позитивні результати у зміцненні здоров'я школярів. На звітній конференції ЄМШЗ (2000 р.) зазначено, що найбільшого успіху досягнуто при поєднанні зусиль педагогів та медиків і за підтримки їх регіональними адміністраціями. (Так, у м. Комсомольську Полтавської області мер міста з розумінням поставився до рішення представників шкільного парламенту шкіл ЄМШЗ і сприяв утворенню центру здоров'я молоді. Значних успіхів у зміцненні здоров'я молоді і навчанні здоровому способу життя досягли педагоги Закарпаття, які мають тісний зв'язок з медиками центрів здоров'я краю і органами адміністративного регіонального управління).

На рівні регіональної адміністрації необхідно розробляти для освітян і медиків загальні перспективні плани зміцнення здоров'я насе-

лення, в яких першою ланкою є шкільна молодь і вчителі, другою – батьки, які власне і становлять прошарок працездатного населення регіонів. Така модель включає так звані опікунські ради – громадські організації, які можуть організовувати або надавати допомогу, в тому числі й матеріальну.

Найбільш незахищеною є молодь 15–24 років, для якої в Україні не розроблено ефективної програми залучення до здорового способу життя, хоч вона і є найбільш схильною до девіантної поведінки, шкідливих побутових звичок – уживання алкоголю, наркотиків тощо. На нашу думку, модель роботи із цим віковим діапазоном населення має спиратися на такі його природні характеристики:

- схильність до угрупувань, до створення організацій;
- схильність до фізичної активності.

Саме такі молодіжні організації мали успіх у роботі із зміцнення здоров'я молоді й боротьби із шкідливими побутовими звичками (наприклад, центр "Ахалар" у м.Чернігові). Не слід забувати, що проблема наркоманії набула глобального масштабу. Перетворившись на товар, наркотики мають постійну підтримку з боку тіньової економіки, а посилення соціальних стресових ситуацій створює підґрунтя для їх виживання.

Не розширюється в Україні й залучення громадських організацій до формування ідеології здорового способу життя. До цієї роботи можуть приєднатися центри здоров'я, відродження яких має відбуватися в напрямку роз'яснення політики держави з питань охорони здоров'я та її реформування, а також інформаційної роботи щодо сучасних явищ у сфері послуг оздоровлення, а саме:

- нетрадиційних методів лікування;
- самолікування;
- нових фармацевтичних засобів тощо.

5.5. Завдання освіти у формуванні здорового способу життя

Процес погіршення стану здоров'я населення України практично повторює загальносвітові тенденції. Проте стурбованість цим громадськості та урядів у розвинених країнах виявляється в запровадженні спрямованих на поліпшення здоров'я населення національних програм. Так, очевидним є успіх упровадження в побут і освіту деяких країн навчання здоровому способу життя (health promotion and health education). У більшості країн така освіта набула практичної спрямованості на наукових засадах медицини та біології. Програми з навчання здоровому способу життя було підтримано іншими загальнонаціональними заходами. Здоровий спосіб життя демонстрував економічні і

моральні переваги, і це було покладено в основу гуманітарної державної політики. Наприклад, значному зниженню тютюнопаління у США сприяло уведення додаткових вимог до якості товару, підвищення ціни страхового полісу для тих, хто палить, навіть зниження заробітної плати за перекури тощо.

У Росії розвиток освіти й знань про здоровий спосіб життя отримав поштовх завдяки існуванню серйозної наукової школи з теоретичних основ медицини, філософії та методології медицини, екологічної фізіології тощо. Саме на цій науковій базі і виникла наука про здоров'я – валеологія (Брехман, 1987). У Санкт-Петербурзькому та Далекосхідному відділеннях РАМН було створено центри наукової валеології, які видають наукові праці та підручники, що розвивають наукові підходи до понять здоров'я, його формування та впровадження валеології як навчального предмета.

У системі освіти, охорони здоров'я, молодіжній політиці і в цілому в культурі України нове поняття "валеологія" з'явилося в 1994 р. з ініціативи групи медиків, які опікувалися проблемами стану здоров'я школярів. Міністерство освіти і науки України схвалило програму безперервної валеологічної освіти, за якою факультативно з 1995 р. пропонувалося введення уроків валеології як предмета про збереження здоров'я людини, завданням якого стало поширення засобами шкільної освіти здорового способу життя серед молоді. Причому здоров'я розглядалося в контексті визначення цього поняття Асамблеєю ВООЗ (1993 р.), що містило фізичну, соціально-психологічну і духовну складові.

Рішення виокремити навчальний предмет, який надав би можливість збагатити знання про закономірності збереження здоров'я кожного окремого громадянина, сформувати в нього психологію життя і здоров'я як пріоритетної цінності, було викликано катастрофічним погіршенням здоров'я населення України. Державний курс освітньої політики України було спрямовано на виховання нового покоління, якому жити в новій державі (програми "Діти України" (1999) та "Освіта України. XXI століття").

На жаль, упроваджена в систему шкільної освіти в Україні валеологія не спиралася на наукові, методичні та дидактичні розробки вітчизняних вчених, які б надали її розвитку належного спрямування. Наукові розробки з питань здоров'я здорової людини (Войтенко, 1991; Апанасенко, 1998) не виходили за межі санологічних чи фізкультурних уявлень. Вважалося, що кадрове забезпечення валеологічної освіти відбудеться за рахунок центрів здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, а також спеціалізації вчителів суміжних за змістом професій – фізкультурників, біологів, а також вчителів початкової

школи, що виявилося недостатнім. Разом з відсутністю або, принаймні, недостатністю системних наукових розробок така практика призвела до низького рівня підготовки освітніх кадрів з валеології та панування суто побутового світогляду, зокрема, й серед осіб, які визначали зміст валеологічної шкільної освіти.

Практично, новий підхід до виховання й освіти, запропонований валеологією та спрямований на збереження й зміцнення здоров'я населення, не одержав підтримки на загальнодержавному, регіональному або муніципальному рівнях з відомих економічних причин. Проте головними вадами уведення валеологічної освіти в шкільну програму було зниження ролі офіційної медицини при навчанні школярів здоровому способу життя та відсутність органічного взаємозв'язку між галузями охорони здоров'я та освіти. Не існувало й організації, яка б могла об'єднати єдиною метою – виховання і впровадження здорового способу життя – фахівців і керівні органи – Міністерство освіти, Міністерство охорони здоров'я, Державний комітет молодіжної політики, спорту і туризму.

Об'єктивні й необ'єктивні причини труднощів становлення валеологічної освіти в Україні були як організаційними, так і інтелектуальними.

5.6. Запровадження ідеології здоров'я – завдання державної політики

Напрямок на всебічне сприяння індивідуальному й громадському здоров'ю, взятий державними і громадськими організаціями розвинених країн, продиктовано вимогами, які постають перед суспільством. Інтенсифікація всіх процесів життєдіяльності відбувається тільки завдяки високим можливостям людей адекватно відповідати цим вимогам фізично, психічно і духовно. Визнаючи рівень здоров'я нації за показник спроможності країни конкурувати на міжнародному рівні, уряди, національні й регіональні парламенти, а також громадські організації розвинених країн брали на себе відповідальність за активне сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, що знайшло відображення в таких міжнаціональних документах, як "Україна. Людський розвиток…" (1996; 1997) і Оттавська хартія (1993). Зокрема, в Оттаві було затверджено п'ять напрямків діяльності суспільств і урядів щодо зміцнення здоров'я населення:

- орієнтація державної політики на зміцнення здоров'я;
- створення сприятливого довкілля;
- посилення дій громадськості;
- розвиток особистих навичок;
- переорієнтація служб охорони здоров'я.

Провідною тезою політики ВООЗ у XXI ст. є впровадження багатоаспектної відповідальності за здоров'я населення. Аудит національних і регіональних систем охорони здоров'я нині включає оцінку соціально-економічних стратегій і в інших сферах життєдіяльності суспільства. Такий підхід до забезпечення високого рівня здоров'я населення можливий за умови проникнення поняття цінності здоров'я в усі сфери життєдіяльності суспільства, тобто за панування у країні ідеології здоров'я людини, при створенні міжгалузевих механізмів забезпечення здорової життєдіяльності.

Під ідеологією здоров'я можна розуміти, по-перше, те, яку вагу здоров'я як суспільна цінність має у свідомості людей, у політиці державного управління та різних галузях діяльності; по-друге, наскільки важливістю індивідуального й громадського здоров'я просякнуті різні форми суспільної свідомості – політика, мораль, право, освіта, мистецтво, засоби масової інформації тощо.

В Україні як демократичній державі метою державотворення, всіх економічних і соціальних реформ, що проводяться останнім часом, є поліпшення умов і підвищення рівня життя населення, зокрема, в такій його якісній інтегральній характеристиці, як можливість прожити довге життя, зберігаючи добре здоров'я. Останній показник внесено до переліку складових національної безпеки України. До національних інтересів держави в Концепції національної безпеки України, яку Верховна Рада схвалила 16 січня 1997 р., віднесено зміцнення генофонду українського народу, його фізичного й морального здоров'я та інтелектуального потенціалу. А загрозою національній безпеці України в соціальній сфері визнано "низький рівень здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони".

Проте визнання цінності й значущості здоров'я ще не означає існування ідеології здоров'я, якщо відсутнє проникнення цієї ідеї в усі сфери життєдіяльності суспільства, а також попит на здоров'я та інші важелі підтримки високого його рівня й тривалості життя населення.

В Україні перехідного періоду відбувається не лише значне погіршення стану здоров'я населення, але й відсутнє визнання його як реальної життєвої цінності. Аналогічний процес в економіці, якому притаманне підвищення цін і знецінення грошей, тобто падіння платоспроможності населення, називають інфляцією. Проекція явища на сферу охорони здоров'я дозволяє констатувати, що в Україні спостерігається практичне знецінення такої важливої категорії як здоров'я нації. Не існує галузі життєдіяльності суспільства, яка б серйозно висувала вимоги щодо стану здоров'я громадянина і, головне, спонукала до його поліпшення. Не на нашу користь свідчить порівняння ставлення

до здоров'я державних службовців, і особливо вищого ешелону, із ситуацією в розвинених країнах. Так, профілактика серцево-судинних захворювань (основного ризику для здоров'я нації) у США поширювалося на всі верстви населення і, в першу чергу, на державних службовців. Показники вмісту холестерину у крові, який вважається показником схильності до захворювання серцево-судинної системи, є обмеженням при вступі на державну службу.

Документ ВООЗ "Здоров'я–21" наводить рекомендації щодо основ міжсекторальної стратегії та сучасної політики досягнення здоров'я в головних секторах – енергетиці, промисловості, транспорті, сільському господарстві, харчовій промисловості, правосудді, засобах масової інформації, службі соціального забезпечення і тільки на завершення – в системі охорони здоров'я.

Провідна думка цього розділу документу ВООЗ полягає в тому, що зміцнення та охорона здоров'я нації мають бути головними критеріями вибору політики й стратегії в економічних і соціальних секторах, а також ураховуватися в інших секторах з метою досягнення вищих результатів.

Для України з появою приватних підприємств охорона здоров'я їхніх робітників і контроль продукції на відповідність вимогам щодо безпеки для здоров'я стали значною проблемою, яку, разом з тим, можна розв'язати за допомогою методів міжгалузевого підходу. Таким саме важливим є й вирішення питання безпеки у транспортній галузі. Для всіх європейських країн транспортні викиди діоксиду вуглецю є основним фактором забруднення повітря, а дорожньо-транспортні пригоди є головною причиною травматизму і загибелі людей працездатного віку. Зростання ж ризиків у транспортній галузі теж вимагає розв'язання цієї проблеми за допомогою міжгалузевих підходів.

Харчова промисловість та її база – сільське господарство – потерпають від застосування нових, недостатньо досліджених контамінантів, які сприяють збільшенню виходу продуктів харчування, але водночас знижують їхню якість. При цьому начебто конкурують інтереси харчової промисловості і сільськогосподарського виробництва, а насправді програє здоров'я населення. Для забезпечення населення якісними продуктами харчування і в достатньому обсязі знову ж таки потрібен міжгалузевий підхід в управлінні.

Важливою ланкою у впровадженні здорового способу життя є засоби масової інформації, які спроможні пропагувати ідеологію здоров'я, але ефективність їхньої діяльності є можливою знову ж таки з опорою на відповідні реальні потреби галузей життєдіяльності суспільства.

Попри всі труднощі перехідного періоду в Україні спостерігаються певні структурні зрушення як в економіці, так і в суспільному житті, зокрема, і в галузі підтримання та охорони здоров'я.

Загальний стан останньої визначають такі чинники:

- знецінення індивідуального і громадського здоров'я;
- підвищення очікувань населення щодо можливостей охорони здоров'я;
- некритичність оцінки ролі громадянина у збереженні власного здоров'я;
- некритичність оцінки стану й ролі громадського здоров'я політичними силами;
- суперкритичність оцінки системи охорони здоров'я;
- структурна недовершеність систем, що забезпечують підтримання здоров'я;
- деформованість управління охороною здоров'я;
- розбалансованість системи управління по вертикалі;
- невизначеність ролі та функцій регіонального управління;
- відсутність нових технологій управління;
- дефіцит інформації;
- фінансово-економічна невизначеність;
- відсутність ідеології здоров'я й технології його охорони.

Таким чином, невідповідність вибору суспільства потребам часу вимагає нагального реформування галузі, яка традиційно має охороняти здоров'я громадян, створення умов для розвитку міжгалузевих механізмів забезпечення здоров'я населення, в яких управлінню охороною здоров'я належала б роль ідеолога і стратега здоров'я нації.

Високу ціннісну значущість категорії здоров'я можна пояснити тим змістом, який увесь розвинений світ вкладає в поняття здоров'я сьогодні. Воно включає не тільки поняття фізичного добробуту, але й психічного, соціального і духовного, що ще раз підтверджує необхідність міжгалузевих механізмів його забезпечення і розширює коло суспільних галузей. Такий погляд на забезпечення здоров'я нації вимагає нових підходів до системи управління. У деяких країнах запроваджується спеціальна система управління (корпус управлінців вищої кваліфікації) з відповідною підготовкою, які спроможні проводити необхідну міжгалузеву роботу.

Новий погляд на поняття здоров'я вимагає нової ідеології його забезпечення та нових технологій. Таким чином, виклик часу – потреба у здоров'ї і право на нього. Вибором суспільства при цьому може бути ідеологія здоров'я й механізми її реалізації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: Шаг первый // Нар. образование. – 1995. – № 5.
2. Актуальні проблеми валеологічної освіти в навчальних закладах України: Матеріали Всеукр. наук.-метод.конф. (Кіровоград, 19–21 червня 1995 р.). – Кіровоград, 1995.
3. Актуальные проблемы гигиены детей и подростков: Материалы науч.-практ.конф., Харьков, 24– 25 мая 1995 г.). – Х., 1995.
4. Алфимов В.Н., Артемов Н.Е., Тимошенко Г.В. Творческая личность старшеклассника: Модель и развитие. – К.; Донецк, 1993.
5. Алфльорова М. Взаємозв'язки стресових станів, самопочуття та активності студентів за даними анкетування: Безпека життя і діяльності людини – освіта, наука, практика // Матеріали 1-ї наук.-метод. конф. – К., 2002.
6. Андрєєв В.И. Диалектика воспитания и самовоспитания творческой личности. – Казань,1988.
7. Андрієва Т., Красовський К. Як зробити ефективними шкільні програми профілактики паління? – К., 2000. (Сер. Профілактика алкогольних, наркотичних та тютюнових проблем).
8. Анохин П.К. Общие принципы формирования защитных приспособлений организма // Весн. АМН СССР. – 1962. – №4.
9. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы // Философские проблемы биологии. – М.,1973.
10. Апанасенко Г.Л. О безопасном уровне здоровья человека // Асклепион. – 1996. – №1–4
11. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – С.Пб., 1992.
12. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А Медицинская валеология. – К., 1998.
13. Аристотель // Соч.: В 2 т. – М.,1976.
14. Бабенко О.І., Задорожна О.М., Черевко Р.І. Безпека життєдіяльності в надзвичайних ситуаціях: Навч.посібник. – К.,1996.
15. Бака М.Т., Мельничук Л.С., Сівко В.Й. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Консп. лекцій. – Житомир, 1995.
16. Бакач Т. Охрана окружающей среды. – М., 1980.
17. Банчукова Т., Тупицына Л. Если хочешь быть здоров… Изучение потребностей в сохранение и укреплении здоровья и организация

профилактической работы в школе // Основы безопасности жизни. – 2001. – №2.

18. Басов М.Я. Общие основы педологии. – М.; Л., 1931.

19. Басс І.І., Каспрук А.А. Іван Франко. Життєвий і творчий шлях. – К., 1983.

20. Безопасность жизнедеятельности: Консп. лекций / Сост. Л.В. Дементий, А.П. Авдеенко. – Краматорск, 1998.

21. Безопасность жизнедеятельности: Сб. норм. док. по подготовке учащейся молодежи в области защиты от чрезвычайных ситуаций. – М., 1998.

22. Безопасность жизнедеятельности: Учеб. / Под. ред. Э.А.Арустамова. – М., 2001.

23. Безопасность жизнедеятельности: Учеб. для вузов / Под ред. С.В. Белова. – М., 2001.

24. Безпека життєдіяльності: Лаб. практикум / Упоряд. В.С.,Шовкопляс, Л.Г.Шовкопляс, В.А.Ігнатенко. – Ніжин, 2002.

25. Безпека життєдіяльності: Метод. вказівки / Уклад.: О.П.Слободян, Н.М.Пушанко, М.М.Яцюк. – К., 2002.

26. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник / В.А.Лушкін, В.І.Торкатюк, Б.М.Коржик та ін. – Житомир, 2001.

27. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. Ч.1. Середовище проживання і основи фізіології праці людини / Уклад.: С.Д.Микитюк, П.І.Булига, Н.А.Стратійчук. – Чернівці, 1999.

28. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. Ч.2. Безпека життєдіяльності в умовах надзвичайних ситуацій / Уклад.: С.Д.Микитюк, П.І.Булига, Н.А.Стратійчук, Е.М.Федоров. – Чернівці, 2000.

29. Безпека життєдіяльності: Навч.-темат. план, програма, плани практ. занять / Упоряд. С.М.Білоус. – К., 1998.

30. Безпека життєдіяльності: Програма курсу, метод. вказівки та контр.завдання / Уклад. Л.І.Северин. – Вінниця, 2000.

31. Богомолов А.С.Диалектический логос. – М., 1982.

32. Бондарев Л.А. Формування особистості вихователя в умовах університетської освіти. – Донецьк, 1996

33. Бородулин Ф.Р. История медицины. – М., 1961.

34. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.

35. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л., 1987.

36. Брехман И.И. Народная медицина в свете теории информации // Тез. Всесоюз. науч. конф. "Этнографические аспекты изучения народной медицины". – Л., 1975.

37. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопр.философии. – 1982. – №2.

38. Броун Д. Система врачебной науки // С.Пб., 1806, 1807. – Ч.1–3.

39. Брюховецька Л. Сповідь неуярмненої душі: Етичні проблеми раннього християнства у творах Лесі Українки // Вітчизна. – 1996. – №7– 8.

40. Буліч Е.Г., Муравов І.В. Теоретичні основи валеологічної освіти // Матеріали Всеукр. наук.-метод. конф. "Актуальні проблеми валеологічної освіти в навчальних закладах України" (Кіровоград, 19–21 червня 1995 р.). – Кіровоград, 1995.

41. Бурлачук Л.Ф., Гришаева І.В. Фактори ризику: що молодь та підлітки знають про СНІД? // Практ. психологія та соц. робота. – 1998. – №3.

42. Бэкон Ф. Соч.: В 2 т. – М., 1977. – Т.1

43. Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. – С.Пб., 1993.

44. Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья: Сб. науч. трудов. – Вып.4 / Под ред. Ю.И.Добрякова. – Владивосток, 2000.

45. Валеологічна освіта та виховання: сучасні підходи, доступність і шляхи її розвитку в Україні: Зб. наук.-практ. статей / За ред. В.М.Оржеховської. – К., 1999.

46. Валеологічна освіта: Нарада у Міністерстві освіти України // Освіта України. – 1999. – № 45.

47. Васильева О.С., Журавлева Е.В. Исследование представлений о здоровом образе жизни // Психол. вест. Рост. ун-та. – 1997. – Вып.3.

48. Вісник наукових праць (Охорона праці, охорона навколишнього середовища, безпека життєдіяльності, ресурсозбереження). Т.1. – Алчевськ, 2002.

49. Войтенко В.П. Здровье здоровых: Введение в санологию. – К., 1991.

50. Воложин А.И., Субботин Ю.К.,Чикин С.Я. Путь к здоровью. – М., 1989.

51. Воронов В.Л. Симфония разума. – М., 1977.

52. Всемирная история: В 24 т. – М., 1958. – Т.5.

53. Всеукраїнська науково-практична конференція "Безпека підприємств у надзвичайних ситуаціях. Підвищення рівня підготовки різних категорій населення, які навчаються з безпеки життєдіяльності": Матеріали конф. – К., 1998.

54. Второй международный симпозиум "Безопасность жизнедеятельности в XXI веке" (Днепропетровск, 29 января 2002 г.). – Днепропетровск, 2002.

55. Вундт В. Миф и религия. – С.Пб., 1913.

56. Вундт В. Этика. – С.Пб., 1887.

57. Гавриленко І., Лобас Л. Науково-природнича освіта в епоху ризикованих технологій // Освіта та управління. – 1997. – №1.

58. Гаврильченко А. Якщо ви вирішили звільнитися від паління. – К., 1999. (Сер. Профілактика алкогольних, наркотичних та тютюнових проблем).

59. Гасанов Э.К. О совершенствовании методологии популяризации медицинских знаний // Гигиена и санитария. – 1989. – №.8.

60. Гегель Г. Соч.: В 14 т. – М.,1929–1958.

61. Герман Н.В. Безпека життєдіяльності в педагочній спадщині українських просвітителів (кінця XIX – початку XX століття): Автореф. дис…канд. пед. наук. – К., 2000.

62. Гиппократ. Избр. книги. – М., 1936.

63. Голобородько Г.П. Формування поняття здорового способу життя в учнів основної школи: Автореф.дис....канд.пед.наук. – Х., 1997.

64. Гордиенко Н.И. Чернобыльская катастрофа и ее последствия в Бердянске: К 10-й годовщине катастрофы на ЧАЭС // Південна зоря. – 1996. – 24 квіт.

65. Гостюшин А.В., Шубина С.И. Азбука выживания. – М.,1996.

66. Гравит В.А.Программа изучения дисциплины "Безопасность жизнедеятельности". – К., 1996.

67. Гречкина Н.П. Активизация самостоятельной работы студентов в процессе внеаудиторных занятий: Автореф. дис…канд.пед.наук. – Минск, 1985.

68. Губарев В. От Коперника до "Коперника". – М.,1973.

69. Даведянова И.С., Завражин С.А. Изучение отклоняющегося полового поведения несовершеннолетних (конец XIX –первая треть XX в.) // Педагогика. – 1998. – №6.

70. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). – М., 1962.

71. Данилевский В.Я. Душа и природа. – Х., 1897.

72. Данилевский В.Я. Опытное физиологическое доказательство закона сохранения энергии. – С.Пб., 1880.

73. Данилевский В.Я. Чувство и жизнь // Зап. Харьк.ун-та. – 1895. – Кн.3.

74. Дементий Л.В., Авдеенко А.П. Справочное пособие к лекционному курсу "Безопасность жизнедеятельности": Учеб.пособие. – Краматорск, 1999.

75. Державна національна програма "Освіта". Україна XXI століття. – К., 1994.

76. Діденко С.В. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків: Навч. посібник. – К., 2003.

77. Дмитрук О.Ю., Щур Ю.В. Безпека життєдіяльності географа з основами професійної підготовки. – К., 1998.

78. Дмитрук О.Ю., Щур Ю.В. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. – К., 1999.

79. Довженко А.Р. Здоровье в нашей воле. – К., 1990.

80. Дорогунцов С., Федоріщева А. Технологічний прогрес та безпека населення і виробництва // Вісн. АН України. – 1994. – №1.

81. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест диференцированой самооценки функционального состояния // Вопр. психологии. – 1973. – № 6.

82. Дубров А.П. Лунные ритмы у человека. – М., 1990.

83. Дубровский В.И. Здоровый образ жизни. – М., 1999.

84. Егоров С.Ф. Хрестоматия по истории школы и педагогики в России (до Великой Октябрьской социалистической революции). – М., 1974.

85. Желібо Є.П., Заверуха Н.М., Зацарний В.В. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник / За ред. Є.П.Желібо, В.М.Пічі. – К.;Л., 2001.

86. Жураковский Г.Е. Очерки по истории античной педагогики. – М., 1982.

87. Захарченко М.В., Орлов В.М., Голубець А.К., Тітенко В.Ф. Безпека життєдіяльності у повсякденних умовах виробництва, побуту та у надзвичайних ситуаціях: Навч.посібник. – К., 1996.

88. Здоров'я для всіх в 21-му столітті. – Копенгаген, 1999. (Європ.регіон.бюро ВООЗ).

89. Здоров'я та освіта: Матер. 1-ї Всеукр. наук.-практ.конф. (Львів, 23– 24 квітня1993 р.). – Львів, 1993.

90. Зеркалов Д.В., Лоза В.Г. Техногенна безпека: Слов.-довід. – К., 2001.

91. Зорій Н.І. Філософсько-методологічні засади валеологічної педагогіки // Хист. – 1997. – №1.

92. Индивидуально-психологические особенности личности при использовании различных методик массажа для профилактики артериальной гипертензии: Метод. рекомендации // Сост. А.В. Корниенко, А.Я.Тихонова. – К., 1990.

93. Инновационные технологии в гуманитарном вузе / В.И. Носков, А.В.Кальянов, О.В. Мирошниченко и др. / Под ред. В.И. Носкова. – Донецк, 2002.

94. Институт психологии здоровья и личности. *htpp://psy-health.boom.ru/*

95. Ирхин В.Н. Здоровье личности как проблема национальных ценностей образования: история и современность. – М., 1996.

96. История философии: В 5 т. – М., 1961. – Т.5.

97. Кант И. Соч.: В 6 т. – М., 1966. – Т.6.

98. Карамзинов Ф.В., Русак О.Н., Гребенников С.Ф., Осенков В.Н. Безопасность жизнедеятельности: Слов.-справ. / Под ред. С.Ф.Гребенникова. – С.Пб., 2001.

99. Кебриков О.В. К проблеме качества в медицине // Методологические проблемы современной медицины. – М.,1965.

100. Киколов А.И. Обучение и здоровье. – М., 1985.

101. Кириченко Т.Г. Формування здорового способу життя студентів педагогічного вузу в професії фізичного виховання: Автореф. дис. ... канд.пед.наук. – К., 1998.

102. Клиорин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституциях человека. – Л., 1979.

103. Ключові проблеми розвитку загальної, середньої, дошкільної, позашкільної та професійно-технічної освіти // Освіта України. – 2000. – №34.

104. Кобевник В.Ф., Северин Л.І., Половинчук В.П., Васильківський І.В. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. – Вінниця, 1998.

105. Кожин В.Н. Безопасность жизнедеятельности. – Луганськ, 1998.

106. Колбанов В.В., Зайцев Г.К. Валеология в школе. – С.Пб., 1992.

107. Коменский А.Я. Великая дидактика // Избр. пед. соч.: В 2 т. – М., 1982. – Т.1.

108. Кон И.С. Психология ранней юности: Книга для учителя. – М., 1989.

109. Коновалов А.А. Валеология как предмет обучения будущих специалистов // Тез. докл. Укр. метод. совета кафедры мед. подготовки (Бердянск, июнь 1992 г.). – К., 1992.

110. Кононович С.С. Епифаний Славинецький и "Гражданство обычаев детских" [Ученый и педагог XVII в.] // Сов. Педагогика. – 1970. – №10.

111. Концепція освіти з напрямку "Безпека життя і діяльності людини" // Інформ. вісн. "Вища освіта". – 2001. – №6.

112. Концепція освіти у напрямку "Безпека життя та діяльності людини" / В.Кузнецов, В.Лук'янчиков, Н.Малишева та ін. // Освіта України. – 1997. – №50.

113. Корнієнко О.В Здоров'я населення України різних вікових категорій (соціально-демографічний аналіз (1986– 1992 роки)) // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія, Психологія. Педагогіка. – 1997. – Вип.4.

114. Корнієнко О.В. Багатофакторність моделей поведінки людей, орієнтованої на хворобу чи здоров'я // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2003. – Вип.18.

115. Корнієнко О.В. Діагностика індивідуально-психологічного стилю життя здоров'я "здорової людини" // Матеріали других міжнарод. психол. читань "Актуальні проблеми сучасної психології". Секція. "Медична психологія". – Х., 1995.

116. Корнієнко О.В. Етапи формування науки валеології як основи безпеки життя людей XXI століття // Міжнарод. наук.-практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку" (Чернівці, 27–30 квітня 1998 р.). – Чернівці, 1998. – Ч.2.

117. Корнієнко О.В. Здоров'я "практично здорової" людини як проблема валеології // Вісн. Київ.ун-ту. Соціологія, Психологія. Педагогіка. – 1996. – Вип.2.

118. Корнієнко О.В. Індивідуально-психологічна діагностика при розробці програм збереження здоров'я жінок (на матеріалі кризисного періоду життя): Автореф.дис…канд.психол.наук. – К.,1994.

119. Корнієнко О.В. Індивідуально-психологічні особливості структури мотивації майже здорових жінок середнього віку життя // Вісн. Київ. міжнарод. ун-ту. Сер. Педагогічні науки психологічні науки. – 2002. – №2

120. Корнієнко О.В. Індивідуально-психологічні особливості структури мотивації практично здорових жінок середнього віку життя // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2003. – Вип. 15–16.

121. Корнієнко О.В. Концепція та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності" на факультеті соціології та психології // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 1999. – Вип.7.

122. Корнієнко О.В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Навч.посібник. – К., 2000.

123. Корнієнко О.В. Проблема підтримання психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя // Вісн. псих. здоров'я. – 1999. – №2.

124. Корнієнко О.В. Програма тренінгу: "Здоров'я молоді – майбутнє держави" для центрів психосоматичного здоров'я (в структурі вищих начальних закладів України) // Матеріали IV міжнарод. психол.

читань "Психологія у сучасному вимірі: теорія та практика" // Вісн. Харк.ун-ту. –2002. – №550.

125. Корнієнко О.В. Психосоматичне здоров'я дітей України на межі століть (на прикладі результатів проекту "Україна: клінічна психологія та допомога дітям") // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2000. – Вип.9.

126. Корнієнко О.В. Психосоматичне здоров'я людей середнього віку життя: проблеми викладання дисципліни, наукові дослідження, практична робота // Матеріли третіх міжнарод. психол. читань: "Особистість і трансформаційні процеси у суспільстві. Психолого-педагогічні проблеми сучасної освіти" (Харків, 6–7 травня 1999 р.): У 2 ч. – Х., 1999.

127. Корнієнко О.В. Психосоматичне здоров'я як міждисциплінарна проблема (порівняльний аналіз стану здоров'я різних вікових категорій населення України та Росії) // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія. Психологія. Педагогіка. – 2003. – Вип. 19.

128. Корнієнко О.В. Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління // Практ. психологія та соц. робота. – 1998. – №10.

129. Корочкіна Л.М., Горідько М.Я., Цареградська Т.Л. Безпека життєдіяльності: Консп. лекцій. – К., 1997.

130. Корсаков С.С. Избр.произведения. – М., 1954.

131. Костантинов Н.А. История педагогики. – М.,1982.

132. Красовський К. Як я можу допомогти звільнитися від паління близькій людині. – К., 1999. (Сер. "Профілактика алкогольних, наркотичних та тютюнових проблем").

133. Кривошеєва Г.Л. Система формування культури здоров'я студентів // Рідна шк. – 2000. – №5.

134. Кривошеєва Г.Л. Формування творчого підходу майбутніх педагогів до проблеми валеологічного виховання школярів Донеччини // Матеріали Всеукр. наук.- метод. конф. (Донецьк, 3–4 листоп. 1999 р.). – Донецьк, 1999.

135. Куинджи Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Метод. пособие. – М., 2001.

136. Кун Л. Всеобщая история физической культуры и спорта. – М., 1982.

137. Кучма В.Р., Манибаев Т.Ш. Экология и здоровье детей и подростков: Проблемы и пути решения. – М., 1992.

138. Кучма Л.Д. Здоров'я нації – майбутнє держави: Виступ на загальних зборах Академії мед. наук України 9 квіт. 1997 р. // Уряд. кур'єр. –1997. – 12 квіт.

139. Кучма Л.Д. Проблема молоді – проблема держави: Виступ на Конгресі укр. молоді 26 трав. 1997 р. // Уряд. кур'єр. – 1997. – 29 трав.

140. Ламетри Ж.О. Избр.соч. – М.; Л., 1925.

141. Лапін В.М. Безпека життєдіяльності людини. – Львів, 1998.

142. Леви В.Л. Везет же людям…// Психология здоровья. – М., 1988.

143. Леви В.Л. Искусство быть собой: Психотехника самовнушения. – М., 1991.

144. Ленин В.И. Полн.собр.соч. – Т.29.

145. Лисицин Ю.П. Санология – основа первичной профилактики // Вестн. Рос. АМН. – 1995. – №8.

146. Лозинський А.А. К истории некоторых важнейших медицинских систем 18-го и 19-го векав // С.Пб., 1905.

147. Локк Дж. Избранные философские произведения. –М., 1960.

148. Локк Дж. Мысли о воспитании // Величие здравого смысла: Человек эпохи Просвещения: Кн. для учителя / Сост.С.Я.Карп. – М., 1992.

149. Лукас К., Сейден Г.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. – М., 2000.

150. Лункевич В.М. От Гераклита до Дарвина. – М., 1936.

151. Луцик Р.В., Грабовский А.П. Безопасность жизнедеятельности. – К., 1995.

152. Маковельский А.О. Досократики. – Казань, 1914.

153. Максимова Н.Ю. Психологическая профілактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учеб.пособие.– Ростов н/Д., 2000.

154. Манжосов В. Диагностика здоровья в домашних условиях. – М., 2001.

155. Марков В. Педагогические проблемы формирования здорового образа жизни в высшей школе // Основы безопасности жизни. – 1999. – №11.

156. Маркс К., Энгельс Ф. Собр. соч.

157. Матюшкин И.Ф., Изуиткин А.М., Корюкова Є.Н. Культура и здоровье человека: Учеб.-метод.пособие. – Горький, 1980.

158. Мерклина Л.А., Понедельник С.В. Участие медицинских работников Ростовской области в формировании здорового образа жизни семьи // Современная семья: проблемы и перспективы. – Ростов н/Д, 1994.

159. Минздрав предупреждает – уже без намеков. В обязательных надписях на рекламе сигарет появилось пугающее слово "рак" // Газета по-киевски. – 2003. – №40.

160. Миронов А.В. Система экологической подготовки студентов – будущих учителей начальных классов // Начал.шк. –1991. – №12.

161. Миценко І.М. Забезпечення життєдіяльності людини в навколишньому середовищі. – Кіровоград, 1998.

162. "Молодь за здоров'я " – українсько-канадський проект: Роль засобів масової інформації та інших джерел у формуванні здорового способу життя. – К., 2000.

163. Моляко В.О. Психологічні наслідки Чорнобільської катастрофи. Проблеми та перспективи розвитку психології в Україні: Матер. II з'їзду Товариства психологів України (Київ, 23–27 вер, 1996 р.). – К., 1996.

164. Моніторинг громадської думки населення України // Інформ. бюл. Укр. ін-ту соц. Досліджень. – 1999. – №4.

165. Моносзон Е.И. Становление и развитие отечественной педагогики. – М., 1987.

166. Морено Дж. Социометрия. – М.,1958.

167. Мороз О.Ю. Становлення системи фізичного виховання в навчальному закладі нового типу // Проблеми освіти: наук.-метод. зб. – 1998. – Вип.14.

168. Мягченко А.П.,Гречишина О.Д. Экология и валеология человека. – Бердянск, 1999.

169. Мягченко О.П. Безпека життєдіяльності людини та суспільства. – Бердянськ, 2001.

170. Мягченко О.П. Безпека життєдіяльності людини. – Бердянск, 2000.

171. Навчальна програма нормативної дисципліни "Безпека життєдіяльності" для вищих закладів освіти. – К., 1999.

172. Назарова Н.С.Охрана окружающей среды и экологическое воспитание студентов. – М., 1989.

173. Наш общий дом – планета: Материали Асамблеи Всемирной организации охраны здоровья ООН. – Копенгаген, 1993.

174. Некрасова Л.С. Инфекционные болезни – глобальная угроза человечеству // Мед.вести. – 1997. – №2.

175. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. – Л.,1989.

176. Никитина Г.В., Романенко В.Н. Формирование творческих умений в процессе профессионального обучения. – С.Пб., 1992.

177. Ницше Ф. Так говорил Заратустра // Собр.соч.: В 2 т. – М., 1990. – Т.1.

178. Нові технології навчання: Наук.-метод. зб. –1991. – Вип.1.

179. Носков В.И. Проблемы и пути оптимизации физического воспитания в системе непрерывного образования // Вісн. Харк. ун-ту.– 1999. – № 452.

180. Носков В.І. Проблеми підготовки психологів у системі вищої освіти // Психологія: Зб. наук. праць. – 1999. – Вип.4.

181. Олексюк О.М. Безпека життєдіяльності: для студентів Вищої школи права. – К., 2000.

182. Осипчук Н. Кожний п'ятий злочин – в 14 років // Освіта України. –1998. – №14.

183. Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку: Метод. настанови / Упоряд. О.В.Корнієнко. – К., 1998.

184. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О.Бачинського. –К., 1995.

185. Островерха Ю.А., Пістун І.П.,Хобзей М.К. Охорона життя і здоров'я учнів та безпека їх життєдіяльності: Матеріали на допомогу вчителю. – Львів,1999.

186. Очерки истории отечественной психологии. – К.,1955.

187. Павлов И.П. //Полн. собр. соч. – М.-Л., 1951

188. Панкова Л.М., Кузнецов А.С. Валеология в школе и дома // Нар.образование. – 1996. – №10.

189. Педагогика здоровья. – М., 1990.

190. Перспектива 2010. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. – К., 1999.

191. Пістун І.В., Кіт Ю.В. Безпека життєдіяльності (Психофізіологічні аспекти). Практичні заняття: Навч. посібник. – Львів, 2000.

192. Пістун І.П. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. – Суми, 1999.

193. Пістун І.П., Пішенюк В.Ф., Березовецький А.П. Безпека життєдіяльності. – Львів, 1995.

194. Платонов А.Л. День защиты в чрезвычайных ситуациях // Основы безопасности жизни. – 1998. – №3.

195. Подолинський С.А. Життя та здоров'я людей на Україні. – Женева, 1880.

196. Про стан безпеки життєдіяльності в закладах і установах освіти // Інформ. зб. Міністерства освіти України. – 1997. – №13.

197. Програма і методичні вказівки до курсу "Основи медичних знань та охорони здоров'я дітей": для пед. ін-тів та ун-тів. – К., 1995.

198. Програма підготовки студентів вищих навчальних закладів з дисципліни "Безпека життєдіяльності" / Уклад. В.А.Лук'янчиков, В.В.Мухін, М.М.Яцюк та ін. – К., 1995.

199. Профілактика правопорушень серед неповнолітніх та молоді: Роздуми після спільної колегії трьох міністерств // Освіта України. – 1997. – №20.

200. Психология личности: тексты, опросники, методики / Сост. Н.В. Киреева, Н.В. Рябчикова. – М., 1995.

201. Психолого-педагогические основы активизации работы студентов по овладению будущей професией: Сб.науч.трудов. – Днепропетровск, 1990.

202. Райгородський Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учеб. пос. – Самара,1998.

203. Римська Е. Урок нового типа // Основы безопасности жизни. – 1998. – №2.

204. Роменець В.А. Історія психології епохи Просвітництва: Навч. посібник. – К.,1993.

205. Ротенбегр В.С., Бондаренко С.М. Мозг. Обучение. Здоровье: Кн. для учителя. – М.,1989.

206. Русак О.Н., Малаян К.Р., Занько Н.Г. Безопасность жизнедеятельности: Учеб. пособие. – С.Пб., 2000.

207. Руссо Ж.Ж. Рассуждение о науках // Антология мировой философии: В 4 т. – М., 1970. – Т.2.

208. Сапронов В. Вопросы безопасности в образовании // Основы безопасности жизни. – 1998. – №6.

209. Світ потрапляє в наркотичну залежність // Пробудись. –1999. – 8 листоп.

210. Сельє Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.,1960.

211. Сергеев К.К. Валеология – здоровье, долголетие. – Тольятти, 2000.

212. Сеченов И.М. Избанные произведения. М.,1953.

213. Сеченов И.М. Избанные философские и психологические произведения. – М., 1947.

214. Симонов В.П. Метод К.С. Станиславского и физиология эмоций. – М.,1962.

215. Симонов В.П. Потребности как фактор отражательной деятельности мозга // Философские проблемы биологии. – М., 1973.

216. Симонов П.В. Теория отражения и психофизиология эмоций. – М., 1970.

217. Смирнов В.З. Очерки по истории прогрессивной российской педагогики XIX столетия. – М.,1963.

218. Собкин В., Кузнецова Н. Проблема полового воспитания в отражении СМИ // Основы безопасности жизни. – 1999. – №8.

219. Собкин В., Кузнецова Н. Трансляция моделей полового поведения в средствах массовой информации (По материалам аналитического доклада "Российский подросток 90-х:движение в зону риска", подготовленного по заказу фонда народонаселения ООН и ЮНЕСКО // Основы безопасности жизни . – 1999. – №11.

220. Совершенствование природоохоронного образования и воспитания ученической и студенческой молодежи в свете требований реформы общеобразовательной и профессиональной школы: Тез. докл. респ. науч. семинара (Мелитополь, 22–25 сент. 1987 г.): В 3 ч. – Мелитополь, 1988.

221. Солдатова Т.А. Здравотворение: система здоровьетворящего образования) // Проблемы педагогической валеологии. – С.Пб.,1997.

222. Сонькин В.Д., Зайцева В.В. Кульчевский В.Д. Конституция и физическое здоровье человека // Физическая культура индивида. – М., 1994.

223. Соціально-педагогічні та медико-психологічні заходи протидії вживанню наркотичних засобів неповнолітніми та молоддю/ Уклад. О.І.Пилипенко. – К.,1995.

224. Спрянський В.И. Кому быть здоровым и счастливым в XX веке. – С.Пб., 1997.

225. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні // За ред. В.М. Лехана. – К., 2001.

226. Стрий Л.А. Безопасность жизнедеятельности: Учеб. пособие. – Одесса,1997.

227. Тазетдинова А.Б., Гончаров А.Г., Андреева Т.И. Роль гигиенических знаний, умений и навыков в формировании здорового образа жизни студентов // Казан. мед. журн. – 1995. – №4.

228. Таннери П. Первые шаги древнегреческой науки. – С.Пб., 1902.

229. Тархова Л. Как уберечь ребенка от тюрьмы и панели – М., 1997.

230. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология. – С.Пб., 1995.

231. Термінологічний словник з безпеки життєдіяльності / В.Л.Лущенков, Д.А.Будко, О.В. Гранкіна та ін. – К., 1995.

232. Торохова Е.И. Валеология: Слов. – М., 1999.

233. Уден К.Ф. Болезни, свойственные различным возрастам. // С.Пб., 1818.

234. Указ Президента України "Про Комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД" від 14 лист. 1997 р. // Офіційн. вісн. України. – 1997. – №47.

235. Україна. Людський розвиток. Звіт 1996. ПРООН. – К., 1997.

236. Україна. Людський розвиток. Звіт 1997. ПРООН. – К., 1998.

237. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи/ О.Яременко, О.Балакірева, О.Вакуленко та ін. – К., 2000.

238. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.,1990.

239. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М., 1989.

240. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ. – М.; Петроград, 1922.

241. Хрестоматия по истории зарубежной педагогики. – М., 1981.

242. Царенко А.В., Яцук Г.Ф. Валеологія: Навч.посіб. – К., 1998.

243. Цвилюк Г. Школа безопасности, или как вести себя в экстремальных ситуациях. – М., 1997.

244. Чесноков Я.В. Лекции по исторической этнологии. – М., 1998.

245. Чикин С.Я. Врачи-философы. – М., 1990.

246. Чирва Ю.О., Баб'як О.С. Безпека життєдіяльності: Навч. посібник. – К., 2001.

247. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб.пособие. – М., 1999.

248. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. – М., 1992.

249. Шкільний курс "Валеологія": Збірн. матеріалів. – К., 1994.

250. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Некоторые методические аспекты проблемы диспансеризации // Вест. АМН СССР. – Т. 1985. – № 5.

251. Экология и безопасность жизнедеятельности: Учеб. пособие / Д.А.Кривошеин, Л.А.Муравей, Н.Н.Роева и др.; Под.ред.Л.А.Муравья. – М.,2000.

252. Экспериментальная психология: В 2 т. – М., 1966.

253. Эксперименты по внедрению в учебный процесс новых технологий обучения в вузах Украины: Метод. рекомендации. – К., 1991.

254. Экхольм Э. Окружающая среда и здоровье человека – М., 1980.

255. Эмпирик Секст. Соч.: В 2 т. – М., 1976. – Т.2.

256. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. / Гл.ред. Б.В.Петровский. – М., 1984.

257. Энциклопедический словарь русского библиографического института Гранат. – 7-е изд: В 33 т. – М. – Т.12.

258. Юзікова Н. Діти потребують захисту // Право України. – 1998. –№6.

259. Юнак В.Ю.Наркоманія –дорога в безодню. – К., 2001.

260. Яблоков А. Страна-мутант // Экос. Охрана окружающей среды. – 1991. – №2.

261. Ярошевский М.Г. История психологии. – М., 1976.

262. Amir D. Preventive behaviour and health status among the elderly // Psychol. and Health. – 1987. – №.1.

263. Antonowsky A. Health, stress and coping. – San Francisco, 1979.

264. Antonowsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. – San Francisco, 1987.

265. Beach D.L., Mayer J.A. The effects of social demand on breast self-examination self-report // J. of Behav. Medicine. –1990. – Vol.13.

266. Belloc N. B. Relation of health practices and mortality // Prevent. Medicine. – 1973. – Vol.2.

267. Belloc N.B., Breslow L. Relationship of physical health status and health practices // Prevent. Medicine. – 1972. – №1.

268. Bertalanffy L. von General system theory. – New York, 1968.

269. Breslow L. The potential of health promotion // Handbook of health, health care, and health professions. – New York, 1983.

270. Brownell K.D. Personal responsibility and control over bodies: When expectation exceeds reality // Health Psychol. –1991. – Vol.10.

271. Brumswick A.F., Merzel C.R. Biopsychological and epidemiologic perspective on adolescent health. – New York, 1986.

272. Burbach D.J., Peterson L. Children's concept's of physical illness: A review and critique of the cognitive-developmental literature // Health Psychol. – 1986. – №5.

273. Canada's Health Promotion / Ed. by T.Stephen. – Canada, 1993.

274. Cannon W.B. Organization for physiological homeostasis.// Physiol. Rev. – 1929. – Vol.9.

275. Cataldo,M.F. Chilhood injury control. – New York,1986.

276. Dimatteo M.R., DiNicola D.D. Achieving patient compliance: The psychology of medical practitioner's role. – New York, 1982.

277. Engel G.L.The clinical application of the biopsychological model. // Amer. J. of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137.

278. Eysenk H.J. The biological basis of personality. – Springfield, 1967.

279. Golding J.E., Cornish A.M. Personality and life-style in medical students // Psychopharmacol. Aspects Psychol. and Health. – 1987. – Vol. 1.

280. Grainger R.D. Choosing mental health // Amer. J. of Nursing. – 1993. – Vol. 93, №1.

281. Harris D.M., Guten S. Health-protective behavior: An explorary study // J. of Health and Soc. Behavior. – 1979. – №.20

282. Horn J.C., Meer J. The vintage years // Psychol. Today. –1987.
283. Hunt W.A., Matarazzo J.D., Weiss S.M, Gentry, W.D. Associate learning, habit and health behavior // J. of Behavior Med. – 1979. – Vol. 2.
284. Jessor R. Adolescent development and behavioral health. – New York, 1984.
285. Jung C.G. Psychological types. – Princenton, 1921.
286. Kasl S.V., Cobb S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior // Arch. Environmental Health. – 1966. – Vol.12.
287. Kasl S.V., Cobb S.Health behavior, illness behavior and sick role behavior: II. Sick role behavior // Arch. Environmental Health. – 1966. –Vol.12.
288. Kelly R.B., Stephen J.Z., Alemagno S. Prediction of motivation and behavioral change following health promotion: Role of health belief, social support and self-efficacy // Soc.Sci.Med. – 1991. – Vol.32, №3.
289. Kornienko O. The general survey of volunteering movement in Ukraine within international educational context // Second European University conference "From Vancouver to Vladivostok: Volunteering universities for participating society", Satander (Spain), 2001. *http:www.lbvs.kiev.ua/conference*
290. Kornienko O. The research on public opinion in the Ukraine since the disintegration of the URSS // First Europ. conf. of universities: "University volunteering as the vehicle to participating european culture", Vilnius, 1999. – Vilnius, 1999.
291. La Grega A.M., Stone W.L. Behavioral pediatrics. – New Jersey, 1985.
292. Lenglie J.K. Social networks, health beliefs and preventive health behavior // J.Health Soc. Behavior. – 1977. – Vol.18.
293. Levental H., Prohaska T.R., Hirschman R.S. Preventive health behavior across the life span. – Hanover, 1985.
294. Lipowski Z.J. What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry // The psychosomatic approach: Contemporary practice and whole person care. – New York, 1986.
295. Maddux J.E., Roberts M.C., Sledden E.A., Wright L. Developmental issues in child health psychology // Amer. Psychologist. – 1986. – №.41.
296. Matarazzo J.D.Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology // Amer. Psychologist. – 1982. – Vol.37.
297. Mechanic D.The stability of health and illness behavior: Results from a 16 year follow-up // Amer. J. Public Health. – 1979. – Vol. 69.
298. Public Health 6th Report. – London, 1864.

299. Rosenstock I.M., Kirscht J.P. Why people seek health care // Health Psychology. – San Francisko, 1979.

300. Ryan R.S., Travis J. The wellness workbook. – Berkeley, 1981.

301. Turk D.C., Ruby T.E., Salovey P. Health protection: Attitudes and behaviors of LPNs teachers and college students // Health Psychol. – 1989. – Vol.3.

302. United States Department of Health and Human Services. Health United State: 1990. – Washington, 1991.

303. Woods A.M., Birren J.E. Late adulthood and aging. – New York, 1984.

Корнієнко Олексій Васильович



Кандидат психологічних наук, доцент
Закінчив у 1983 році Київський державний інститут фізичної культури (факультет масових видів спорту), у 1993 році – Київський національний університет імені Тараса Шевченка (філософський факультет). Впродовж 1991-1994 років навчався в аспірантурі факультету соціології та психології (кафедра психодіагностики та медичної психології).
У 1994 році захистив кандидатську дисертацію і продовжує працювати на посаді доцента кафедри психодіагностики та медичної психології.

●

Напрямки досліджень: Валеологія. Психосоматичне здоров'я як проблема "практично здорової особистості". Психологія здоров'я. Гуманістичний напрямок теорії особистості. Безпека життєдіяльності. Психодіагностика особистості для її самовдосконалення, самореалізації.

Наукові інтереси: Розробка індивідуально-психологічних програм (консультування) з метою підтримання психосоматичного здоров'я молоді, дорослих людей. Профілактика адиктивної поведінки: тютюнопаління, наркоманія, алкоголізм. Проблеми ВІЛ, СНІД. Навчання методам корекції та підтримання здоров'я в американських, європейських та східних оздоровчих системах: тілесно-орієнтована психотерапія, психологічна саморегуляція з класичним/східним масажем, дихальні, фізичні вправи, раціональне харчування, здоровий спосіб життя тощо.

Основні публікації:

- Здоров'я "практично здорової" людини як проблема формування науки валеології (1996)
- Здоров'я населення України різних вікових категорій (соціально-демографічний аналіз (1986-1992роки) (1997)
- Етапи формування науки валеології як основи безпеки життя людей XXI століття (1998)
- Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління (1998)
- Концепція та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності" на факультеті соціології та психології (1999)
- Психосоматичне здоров'я дітей України на межі століть (на прикладі результатів проекту "Україна: клінічна психологія та допомога дітям") (2000)
- Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей (2000)
- Second European University conference "From Vancouver to Vladivostok: Volunteering Universities for participating society". Prepared report and website http://www.lbvs.kiev.ua/conference/ Satander (Spain) 26th June-1st July 2001
- Програма тренінгу: "Здоров'я молоді - майбутнє держави" для центрів психосоматичного здоров'я (в структурі навчальних закладів України) (2002)
- Багатофакторність моделей поведінки людей, орієнтованої на хворобу чи здоров'я (2003)
- Психосоматичне здоров'я як міждисциплінарна проблема (порівняльний аналіз стану здоров'я різних вікових категорій населення України та Росії) (2003)