



**ОСНОВИ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ
ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

**МЕТОДИЧНІ НАСТАНОВИ
для студентів відділення психології
факультету соціології та психології**

КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

**ОСНОВИ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ
ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

**МЕТОДИЧНІ НАСТАНОВИ
для студентів відділення психології
факультету соціології та психології**

**Київ
Редакційно-видавничий центр
«Київський університет»
1998**

Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку: Методичні настанови для студентів відділення психології факультету соціології та психології / Упорядн. О.В.Корнієнко. - К.: РВЦ «Київський університет», 1998. - 32 с.

Рецензент Бурлачук Л.Ф., д-р психол.наук

**Затверджено радою
факультету соціології та психології
15 вересня 1997 року**

Вступ

Необхідність та актуальність видання методичних настанов з теми «Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку» обумовлено комплексом причин, серед них найбільш слушними є такі:

1. Відповідності до наказу №182/200 від 20.06.95 Міністра освіти України у всіх вищих навчальних закладах уводиться обов'язкова для всіх спеціальностей дисципліна «Безпека життєдіяльності».

2. Спрямованість опублікованих за останні роки програм та навчальних посібників під традиційною назвою «Безпека життєдіяльності» різними авторами (Пістун та ін, 1995; Луцик, Грабовський, 1995; Гравіт, 199) звичайно забезпечує важливу навчально-методичну та профорієнтаційну функцію. Але на сьогоднішній день інструкції з охорони праці, правил дорожнього руху, пожежної, електричної, радіаційної безпеки, а також ті, які містять базові поняття про гігієну праці, навчання, відпочинок, нагадують ідеологічно орієнтовані підручники з цивільної оборони, розраховані на середньостатистичну людину. Через це запропонований підхід не може охопити різноманітності сучасного людського буття та потреб у специфічних знаннях, віруваннях, навичках, які конче потрібні дітям, підліткам, молоді, людям середнього й похилого віку.

3. У даній роботі зроблено акцент на обговоренні комплексних проблем життя людей саме середнього віку - найбільш потенційно працездатного населення України, яке потребує на особливу увагу. Пошук шляхів комплексної безпеки життєдіяльності людей на різних рівнях: духовному, релігійному, суспільному, індивідуальному, психосоматичному (здоров'я людей у кризових ситуаціях) - приділено основну увагу.

4. Очевидним є те, що високий потенціал духовної, фізичної, психічної та розумової працездатності людей є підґрунтям їх повноцінного життя. Значною мірою здоров'я людей впливає на якість трудових ресурсів, продуктивність суспільної праці, а тим самим - на економічний розвиток України.

5. За сучасних умов, коли народне господарство та всі сфери життя суспільства охоплено глибокою кризою, відчувається різке падіння рівня життя людей, питання охорони здоров'я населення набувають особливої

гостроти. За даними В.І. Куценко(1994), пошук шляхів підтримання, оновлення та укріплення здоров'я в наш час стає проблемою, яка потребує термінового розв'язання.

6. Існує авторитетна думка спеціалістів щодо переважаючого впливу психосоматичних факторів на здоров'я людини (Тарасова, Черненко, 1979; Березин, 1980; Ногтовін, 1980, Дильман (1981). Необхідно звернути увагу на поширення передхворобних психічних розладів. За даними статистики існує розподіл людей на здорових, хворих та тих, хто знаходиться в проміжному стані. За даними різних авторів, узагальненими С.Б. Семічевим (1986), психічні розлади було діагностовано у 20-26% , помірні симптоми (третій стан) - у 40-62% та відсутність будь-яких розладів у 13-25% обстежених людей. В.Д.Тополянський та М.В.Струковська (1986) писали про те , що не менше 30%, а на думку більшості авторів, не менше 50% хворих, які звертаються з соматичними скаргами до поліклінік та стаціонарів, є практично здоровими, й їм необхідно провести тільки корекцію емоційного стану, у мінімум 20% осіб з дійсно соматичними симптомами клінічний діагноз значною мірою пов'язано з невротичними явищами.

7. Дані методичні настанови становлять основу для обґрунтування та упровадження нового нормативного курсу «Безпека життєдіяльності» (валеологічний аспект) у навчальний план факультету соціології та психології для підготовки соціологів, психологів, соціальних педагогів на сучасному науково-методичному рівні та з урахуванням значного міжнародного досвіду фахівців у цій галузі з метою розв'язання нагальних комплексних проблем охорони здоров'я населення України.

8. Методичні настанови може бути використано як довідковий методичний матеріал випускниками відділень психології, практикантами-консультантами з певним стажем роботи, науковими співробітниками, викладачами соціології, психології та соціальної педагогіки, а також можуть стати у нагоді для ознайомлення та впровадження в повсякденне життя «практично здорових людей» середнього віку, оскільки проблема охорони «здоров'я здорового» населення на сьогоднішній день давно вже чекає на своє розв'язання на різних рівнях: державному , суспільному, особистісному (Брехман, 1980; Чазов,1988; Войтенко,1991).

Проблема здоров'я та хвороби людини

Комплексна навчальна дисципліна «Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку» включає вивчення взаємопов'язаних галузей знання про сутність людини:

- філософсько-психологічних;
- соціальних;
- медико-біологічних;
- психологічних (збереження (підтримання) здоров'я людини).

Питання щасливого життя, можливостей людини до її самореалізацій в обраній сфері діяльності, пошуку мотивів, цінностей, установок, формування потреб, які б відповідали можливостям індивіда та суспільства, привертати увагу як фахівців з гуманітарних та природничих наук, так і простих громадян всіх епох та часів.

XX ст. означилося грандіозними досягненнями людства й неменшими розчаруваннями для значної частини населення Землі принесло відчуття внутрішньої спустошеності, втрати важливих життєвих орієнтирів «парадоксальної інтенції» (спрямованості на досягнення конкретної мети), як сказав би В. Франкл (1990).

Успішність та безпеку життєдіяльності людини, як правило, оцінювали за встановленими ортодоксальними критеріями: матеріальним добробутом, рівнем виховання, освіти, інтелектом, національними особливостями, соціально-економічним рівнем розвитку країни, об'ємом воєнно-промислового комплексу, географічним положенням країни тощо.

Проблеми ефективного використання людського фактора, а саме, індивідуальності особистості, у країнах посткомуністичної орієнтації практично ігнорувались.

На сьогоднішній день необхідно звернути увагу на значення понять «філософія здоров'я», «психологія та соціологія здоров'я», «здоровий спосіб життя та поведінки», «здоровий спосіб життя та поведінки учнівської молоді», «внутрішня картина здоров'я здорової людини», «здорова сім'я», «здорове суспільство» у повсякденному житті людей усіх вікових категорій.

Перелічені поняття мають стати не тільки новими науковими категоріями, а й сучасними критеріями для формування засад безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей - громадян України XXI ст.

З нашого погляду, даний підхід можна реалізувати, акцентувавши увагу на певних сферах життєдіяльності індивіда:

- ціннісні орієнтації;
- установки;
- потреби;

- мотиви;

- звички та мода на здоровий спосіб життя.

Утілення даного підходу можливе за умови індивідуального та суспільного усвідомлення значущості «гармонії здоров'я» в системі:
Природа - індивід - суспільство - Всесвіт.

Роль астролічних прогнозів для життя та здоров'я людини

Звертаючись до питання сутності причин народження, розвитку, здоров'я, хвороби, смерті людьми, важливо враховувати накопичений людством значний досвід античного знання в різних сферах суспільного життя: міфології, релігії, астрології, народних магічних засобів діагностики, лікування та прогнозу стану здоров'я конкретної людини. Одним з перспективних напрямків дослідження та аналізу різних боків людського життя є астрологія. Існують дані про діяльність астрологів Месопотамської, Індійської, Вавілонської цивілізації в X ст. до н.е. (Thompson, 1900)

У наукових та головним чином у літературних текстах не рідко зустрічається термін «уцурту», який означав «план» чи «нарис» деякого визначеного Богом плину подій - праобраз сучасного гороскопа. У певних релігійних текстах неодноразово зустрічається термін «шитму» - безіменна сила, яка наділяє кожного народженого індивідуальною мірою щастя та невдач, визначає мету, засоби та тривалість подальшого існування, природу та послідовність мінливих подій. Цікавим є те, що вавілонська астрологія не мала нічого спільного зі сліпою вірою в могутність зірок, про що згадується в Старому Заповіті (Кн. Пророка Ісаї. XLVII, 13): «...Хай же стануть й хай допоможуть тобі ті, хто небо розрізує, хто до зір придивляється, хто провіщує кожного місяця, що має на тебе прийти».

Лікар Стародавньої Греції Гіпократ у своїй праці «De Aere Aqua et Iosis» («Про повітря, воду та місцевості», близько 300 р. до н.е.) детально виклав переваги астрологічного методу у діагностиці, прогнозі та лікуванні хвороб. При цьому прогностичний аспект у медицині він ставив вище за діагностичний, більш поширений у теперішній час. Астрологія того часу ґрунтувалася на уявленні про те, що люди, які народились під певними знаками зодіаку, підпадають під їх вплив, який розглядається при цьому як прояв божественних сил. Наукові засади астрології періоду Римської імперії (I-V ст. н.е.) було описано Клавдієм Птолемеєм у його роботі «Тетрабіблос» (близько 150 р. н.е.), яка складалася з чотирьох книг: 1. Основи астрології. 2. Взаємозв'язки зірок та народів. 3-4.

Призначення зірок відносно окремих осіб. Як один з аргументів на користь астрології Птолемеєм висунув пневматологічний фактор, згідно з яким знання майбутнього, що його дає астрологія, звільняє людину від афективного сприйняття зрадливості долі та веде до її внутрішнього визволення на відміну від буддійської нірвани. (Нірвана - центральне поняття буддизму, яке означає звільнення від кола народження та смертей (сансари), зупинення інкарнації (перевтілень), абсолютний спокій. Це найвищий стан духу, переборення всіх земних бажань та пристрастей.)

Особливий інтерес становить остання глава книги Птолемея, де розглядається зв'язок певних періодів життя людини та її індивідуально-психологічних особливостей із впливом семи планет: Сатурн - лінощі, Марс - гнів, Венера - ласолюбство, Меркурій - користолюбство, Юпітер - амбіційність, Сонце - зажерливість, Місяць - заздрість.

Погляди на значення астрології епохи Відродження пов'язані безпосередньо з діяльністю П'єтро д'Абано (1257-1315 рр.) - астролога, лікаря, фахівця з фізіогноміки, який говорив, що зірки мають здатність справляти вплив на долю людини.

У цей період також було встановлено вплив кон'юнкції планет на виникнення та поширення епідемій в Європі. (Кон'юнкція - видиме з землі з'єднання планет. Існує думка, що кон'юнкція, викликаючи порушення енергетичного балансу сонячної системи, призводить до історичних подій спокхального рівня). Так, підтвердженням того, що саме планети впливають на виникнення епідемій, може служити назва грипу "інфлюенція" (1611 р.), що означає «вплив зірок».

Починаючи з XVIII ст., на противагу раціоналістам астрологи звернулися до моделі людини "за образом та подобою" до природи, виходячи з уявлень про те, що долю людини обумовлено положенням світил у момент її народження чи зачаття та зводячи її роль до ролі пішака у шаховій грі космічних сил.

У XX ст. (особливо у періоди нестабільності) коло прихильників астрології суттєво розширилося. Відкрито виступив на захист астрології й доктор астрономії Крітцингер у своїх працях «Сонце та душа» (1925), «Чарівна паличка та проміння смерті» (1929). Істинність астрологічних феноменів відстоював також доктор К. Грубец у своїй статті «Космобіологічні взаємозв'язки», опублікованій 1925 р. у журналі «Земля» (Звездний путь астрологии, 1993).

Таким чином, очевидним є те, що на безпеку життєдіяльності та на її здоров'я людей впливають астрологічні фактори. Завдання фахівця-дослідника полягає в тому, щоб, залучивши ці глибокі астрологічні

знання, спробувати розібратися в почуттях людини, змінах параметрів її здоров'я протягом життя, вивчати особливості астропсихологічного походження кожного та враховувати їх в повсякденному житті. Те саме за бажанням може робити і кожна пересічна людина.

Філософсько-психологічні аспекти. Формування наукових поглядів на категорії «здоров'я та хвороба» у складній системі безпеки людської життєдіяльності посідають також важливе місце. Античні лікарі-філософи (Чикин, 1990) під здоров'ям та хворобою розуміли «рівновагу чи порушення балансу різних сил», тобто наявність оптимального психофізіологічного функціонування організму. Представники східної медицини беруть за основу концепцію «Інь - Янь» як «динамічний стан, в якому гармонійно поєднується фізичне та духовне життя відповідно до природних принципів, характерних для індивідуального життя (Serizawa, 1976; Yamamoto, 1986; Jussawalla, 1986; Гаваа, 1990).

У публікаціях вітчизняних фахівців існують різні погляди на проблему «здоров'я» та «хвороба». А.Я. Іванюшкін (1982) пропонує три рівні аналізу цих категорій: *біологічний* - природне здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів і, як наслідок, максимум адаптивної здатності; *соціальний* - здоров'я є мірою самооцінки якості життя у взаємовідносинах індивіда зі світом; *особистісний, психологічний* - це стратегія життя людини.

В.П. Казначеев (1983) пропонує поняття «здоров'я популяції» як соціально-історичний результат психосоціальної та біологічної життєздатності населення у ряду поколінь, підвищення працездатності та продуктивності суспільної праці, удосконалення психофізіологічних можливостей людини. Широкої популярності набуло визначення здоров'я в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я - це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів». Це визначення має дві принципові переваги (Войтенко, 1991). *По-перше*, в ньому підкреслюється неоднозначність співвідношення між здоров'ям та хворобами - відсутність останніх не є абсолютним критерієм здоров'я, в силу чого людина, за традиційними медичними поняттями, може знаходитись в «зоні неблагополуччя», отже, бути нездоровою за більш суворими оцінками. *По-друге* - у визначенні ВООЗ на один щабель з традиційними критеріями здоров'я - фізичним (соматичним) та душевним (психологічним) - поставлено критерій соціальний. Уявлення про здоров'я людини частіше за все пов'язувалось з енергетичними показниками сили та витривалості (Баранов, 1986).

Під здоров'ям розуміється такий спосіб життя, який сприяє його підтриманню, динаміки та оптимізації, а також і взаємодії організму з середовищем (Goldsmith, 1980; Zikmund, 1992). Здоров'я та хвороба є біопсихосоціальними феноменами (Engel, 1977). Як вважають деякі автори (Bühler, 1960; Lorenz, 1965; Франкл, 1990), що жодній з існуючих концепцій не вдалося подолати суперечностей між критеріями «психічного» та «соматичного». Здоровому організмові притаманна наявність адекватної «змісту» середовища та життєвої мети людини динаміка напруження та релаксації. Аналогічний підхід є характерним і для роботи з хворими людьми (Швейцер, 1992).

Соціальне значення феномена здоров'я людини зумовлює необхідність єдиного знання про людину, яке базуватиметься на збереженні специфіки окремих наукових дисциплін у комплексному підході до вивчення людини (Дубинин, 1983; Фролов, 1983). Одним з найважливіших напрямків цієї науки буде аналіз «якості» народонаселення, під яким П.Л.Капіца (1981) розуміє комплекс медико-генетичних та соціально-психологічних характеристик життя людей: їх фізичне здоров'я, рівень розвитку інтелектуального потенціалу суспільства тощо. У той самий час загальноприйнятого наукового підходу до розв'язання цієї проблеми ще не має. Між досягненнями науки в галузях, пов'язаних із здоров'ям, руховою активністю та щоденною практикою, залишається значний розрив.

У зв'язку з цим *проблема здорового способу життя* посідає чільне місце, і при цьому спостерігається підвищення соціально-психологічної цінності здоров'я людини. Здоровий спосіб життя (Лисицин, Царегородцев, 1986) має свою специфіку, суть якої полягає, *по-перше*, у приділенні основної уваги психофізіологічному змісту життя індивіда чи окремих груп; *по-друге*, у тому, що життєдіяльність людей розглядається на мікросоціальному рівні (особистість, сім'я), коли досліджується головним чином діяльність людини, що спрямована на задоволення первинних природних потреб (харчування, праця та відпочинок тощо).

Аналіз *медико-біологічних засад* безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей відкривається працями Є.І. Чазова (1988); Ю.О.Макарова (1989); А.Г.Щедріна (1989), в яких ідеться про необхідність роботи саме із здоровими чи відносно здоровими людьми, оскільки «нехвора» людина залишається на периферії лікарських інтересів. Провідні фахівці в галузі соціальної гігієни (Сотникова, Кириленко, Лоранский, 1989) із пріоритетних напрямків у медичній науці та практиці на перші місця поставили методологію та

критерії оцінки індивідуального та суспільного здоров'я, укріплення та охорону здоров'я здорових.

Психологічні аспекти здоров'я пов'язані з аналізом концепцій про вплив нервово-психологічних факторів на виникнення психосоматичних розладів, які часто спостерігаються в популяції (Волков, 1983; Фролов, 1986; Кабанов, 1989). Відомо, що більше половини людей знаходяться в стані психосоматичних розладів і використовують при цьому тільки частину фізичних та психологічних можливостей закладених природою (Казначеев, 1980). Інші автори (Тарасова, Черненко, 1979) стверджують, що інфекційні хвороби становлять тепер усього 10% від загальної кількості захворювань, а психосоматичні хвороби, функціональні розлади психіки, хронічний алкоголізм і наркоманія - 35%. Згідно з дослідженнями В.М.Дільмана (1981) у спектрі причин соматичних захворювань головне місце посідають: ожиріння, гіпертонічна хвороба, метаболічна імунодепресія, атеросклероз, аутоімунні хвороби, психічна депресія та рак. Перелічені порушення традиційно в більшості відносяться до категорії психосоматозів, тобто хворобливих станів, у виникненні й течії яких провідну роль відіграють нервово-психологічні фактори.

Американські психологи (Mussen, Conger, Kagan, 1979) окреслили проблему та особливості безпеки життєдіяльності й підтримання здоров'я людей середнього віку - «віку кризи». Досліджувані після тридцяти років скаржаться на тяжку депресію, втому. Вони усе більше спираються на «розум», а не на «м'язи», знаходять нові переваги в знаннях, які акумулюють життєвий досвід та надають мудрості. Після п'ятдесятих років увага людини ще більше фокусується на проблемах здоров'я, а також на сімейних та економічних повсякденних турботах. М.М.Кабанов (1989) стверджує, що в усьому світі зростає кількість проміжних захворювань, у тому числі психічних, ось чому підвищується інтерес до вивчення *проблем стресу, кризових екстремальних станів, передхвороби*. Зростає увага лікарів, фізіологів, а також психологів до ролі психологічних факторів у розвитку цих станів, особливо ролі цілісно-особистісного реагування в їх профілактиці та лікуванні, включаючи психологічну корекцію, яка має лікувальну спрямованість.

Поняття «екстремальний стан» передбачає визначення якоїсь «межі» психологічних та фізіологічних адаптаційних перетворень, хоча це ускладнюється великими можливостями адаптації людини. Звичайно, по-перше, необхідно мати на увазі межу існування організму індивіда, тобто початок його руйнування та загибелі. Але цьому «граничному» стану

вмирання, деструкції усього організму чи його елементів, як правило, передують деякі адаптаційні стани, які характеризуються вмиканням аварійних, захисних механізмів, спрямованих на запобігання погіршенню стану організму та на ліквідацію дії шкідливого фактора.

У переліку цих станів можна виділити ще одну межу, скоріше, стан межі - так званий третій проміжний стан між нормою та хворобою. Його інколи називають екстремальним. Показником такого стану можуть бути «внутрішньоорганізмені» сигнали, які викликають у людини неприємні, хворобливі відчуття та стимулюють її уникати обумовлюючі їх фактори. Це перший суб'єктивний показник існування екстремальних впливів на людину. Вони можуть мати градацію від незначного неприємного відчуття до нестерпного болю. Як другий показник екстремальності впливу на людину часто використовується показник працездатності, який знижується за екстремального впливу на людину. Крім цього, широко використовуються так звані «об'єктивні» показники стану людини, які встановлюються при реєстрації фізіологічних процесів. Впливи, що обумовлюють критичні стани, ідентифікуються як екстремальні.

Дуже важливим є діагностика станів на межі норми та патології, чи «третього стану». Вирішенню цієї задачі присвячено багаторічні дослідження Р.М. Баєвського (1979), В.П. Казначеева (1980).

Наприклад, результати обстеження 1736 робітників та службовців «Сібісільмашу» показали, що серед практично здорових людей кількість осіб з напруженням механізмів адаптації та з незадовільною адаптацією, тобто осіб у «третьому стані», становлять від 52 до 80%, причому найвищий показник припадає на вік від 26 до 40 років (у групі старших за 40 років цей показник є відносно нижчим за рахунок 32-40% осіб з відсутністю адаптації). Таким чином, очевидно, що люди, котрі знаходяться в «третьому стані», становлять більше половини всього населення.

Р.М.Баєвський (1979) запропонував чотири варіанти донозологічного діагнозу (умовний шифр діагнозів аналогічний системі триколіорового світлофора):

- 1) задовільна адаптація організму до умов середовища (зелений колір);
- 2) напруження механізмів адаптації (жовтий 1);
- 3) недостатня, незадовільна адаптація (жовтий 2);
- 4) зрив адаптації (червоний).

До «червоної» групи відносяться особи з латентними формами захворювань та явищами передхвороби, котрі потребують огляду.

«Жовту» групу поділено на дві підгрупи: «жовта 2» - особи з високою вірогідністю розвитку захворювань у доволі близькому майбутньому, якщо не будуть прийняті певні профілактичні заходи; «жовта 1» - підгрупа з меншою вірогідністю розвитку захворювань, але яка вимагає проведення відповідних оздоровчих чи профілактичних заходів. Особам «зеленої» групи дозволяється звичайний образ життя.

Базуючись на розробленій В.П.Казначеевим класифікації умов довкілля, яке вимагає адаптації організму, А.Г.Кузнецов, запропонував диференціювати екстремальні та неекстремальні умови залежно від рівня їх адекватності природженим та набутим властивостям організму (Казначеев, 1973; Леві, 1970).

У матеріалах Всесвітньої організації охорони здоров'я (1985) підкреслювалось, що вчені не мають достатньо повної інформації про те, з яких компонентів складається поведінка, відповідна меті укріплення здоров'я та яким чином можливо призвичаїти людей приділяти більше уваги своєму здоров'ю та здоров'ю оточуючих.

У навчальному посібнику М.І.Хижняк та А.М., Нагорної «Здоров'я людини та екологія» (1995), стверджується, що приблизно на 50% здоров'я людини визначає спосіб життя. Негативними його чинниками є шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне та психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріально-побутові умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо. Негативно позначається на здоров'ї й несприятлива екологічна обстановка, зокрема, забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови (внесок цих чинників - 20%). Істотну роль відіграє стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб - ще близько 20%. Низька якість медичної допомоги, неефективність медичних та профілактичних заходів роблять «внесок» у 10% у той рівень здоров'я населення, що ми сьогодні маємо.

За період 1980-1992 рр. відбувалися значні зміни у показниках захворюваності населення України. Відзначається зростання її рівня по усіх хворобах на 27,3%, на цукровий діабет - у 2,1 рази, бронхіальну астму у 2,1, на виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки - в 1,9 рази. Особливо значне зростання спостерігається за класом хвороб органів кровообігу: захворюваність на стенокардію зросла у 8,6 рази, гострий інфаркт міокарда - 2,6 рази.

За іншими групами захворювань спостерігається також збільшення як вперше виявлених, так і раніше зареєстрованих. Так, кількість хворих

на злоякісні новоутворення зросла на 27,8%, тиреотосклероз - на 21,2%, психічні розлади - на 26,8%, отит хронічний - на 32%. Захворюваність на туберкульоз і ревматизм знизилася за цей період на 33,5 і 7% відповідно.

Проте 1992 р. вперше за останні 30 років було відзначено дуже тривожну тенденцію до збільшення захворюваності на туберкульоз на 8,4% порівняно з 1991 р.

Протягом останніх років відбулися зміни за низкою хвороб та їх груп, які свідчать про вплив таких нових чинників, як забруднення навколишнього середовища радіонуклідами, вплив на людину стресових ситуацій, зумовлених різким погіршенням соціального-економічного становища країни та ін.

Крім того, відзначається зростання захворюваності населення на хвороби крові та кровотворних органів - на 51,3%, уроджені аномалії розвитку - на 21,5, хвороби органів кровообігу - на 54, хронічний бронхіт - на 21, жовчнокам'яну хворобу - на 28%.

Більшість основних захворювань, що спричиняють інвалідність, за винятком психічних розладів і травм, виникають після 40 років. Демографічні процеси в Україні, що характеризуються збільшенням кількості осіб середнього і старшого віку, мають прямий зв'язок зі зростанням рівня інвалідності населення.

Особи, яким інвалідність встановлено в 1992 р., розподілилися за віком таким чином: до 39 років включно - 19,9%, від 40 до 55 (жінки) і 60 років (чоловіки) - 41, пенсійного віку - 39,3%.

Становить також інтерес аналіз динаміки даних щодо смертності населення України (1985-1992 рр.) від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій за статтю та віком. Запропоновану інформацію (табл.1) опубліковано в статистичному щорічнику «Народне господарство України» (1993).

Таблиця 1. Смертність населення України в 1985-1993 рр. від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій за статтю та віком (на 100 000 чоловік)

	1985		1991-1993	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Усього померлих	162,0	44,4	207,4	51
у тому числі у віці, років:				

	1985		1991-1993	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
молодше 20	45,8	22,0	53,4	24,5
20-24	140,7	20,4	182,6	29,9
25-29	167,1	22,5	216,2	29,3
30-39	200,2	32,7	269,9	40,8
40-49	277,0	55,1	333,6	62,7
50-59	259,0	61,8	347,4	72,0
60-69	197,0	58,5	244,0	64,9
70 і старше	211,4	95,0	226,4	97,3

В.В. Міланевич, Е.В.Краснов (1983) стверджують, що первинною метою має стати "навчання здоров'ю" усіх бажаючих, а набуття загальної культури здоров'я - це більш глобальна та віддалена ціль.

Отже, зміст першої частини методичних настанов сконцентровано на визначенні специфічного предмета та об'єкта в структурі комплексної дисципліни "Безпека життєдіяльності людей" таких цінностей, як формування, розвиток та підтримання психосоматичного здоров'я.

Особливості кризи середини життя людей у різних культурних середовищах

Друга частина методичних настанов безпосередньо стосується дослідження особливостей «кризи середини життя» жінок та чоловіків. Матеріали для подальшого аналізу опубліковано в книзі Д.Басиро «Динаміка здоров'я від народження до літнього віку» (1985). Почнемо з розгляду таких загальноприйнятих для людей західної культури кінця ХХ ст. понять, як «середній вік», «середина життя».

Як визначається поняття «середина життя» і на що, як правило, треба очікувати у цьому віці? Важливо почати з дослідження трансформації даного поняття в історичному плані та визначення його впливу на нашу свідомість у теперішній час. Таким чином, ми акцентуємо увагу на дослідженні трьох явищ, пов'язаних із серединою життя, які мають велике значення для людей: «менопауза», «чоловіча менопауза» та «криза середини життя». Ці поняття часто використовуються для означення межі певного періоду тривалості життя та обговорюються на сьогоднішній день з позицій їх значущості. Такі явища не може бути означено тільки біологічними термінами - вони є також соціальними

конструктами, а отже, вони знаходяться під впливом соціальних уявлень та діяльності людей, які відповідають певній культурі чи суспільству на певний час.

Що являє собою поняття «середина життя»? Це поняття означає серединну точку тривалості людського життя. На думку соціальних істориків (Sears, 1986); Cole, 1992), ця ідея не є новою. Для доби Середньовіччя та Відродження життєвий шлях людини - це певні кроки до вершини зрілості, а потім - зворотний процес у напрямку зниження фізичних можливостей та смерті. Смерть вважалася перехідною стадією до вічного життя. Це позитивний соціальний конструкт в уявленні людей того часу.

Але поняття "середина життя" для того історичного періоду та нашого сьогодення досить різняться, тому що більшість людей у промислово розвинених країнах зараз живе далеко за межами того віку, який для минулих часів вважався серединою життя.

У зв'язку з цим викликає інтерес питання, у чому основна причина збільшення тривалості життя. Середній показник тривалості життя у ХХ ст. зріс завдяки зниженню рівня смертності серед дітей та немовлят; зменшенню епідемій інфекційних хвороб, а також поліпшенню харчування, умов життя. За останні десятиліття також зменшилась смертність від нещасних випадків у дитинстві та підлітковому віці. До початку промислової революції існувала така оцінка, що життєвий шлях має свій максимум тривалості, але цю думку поділяли далеко не всі дослідники, але дійсна тривалість життя досягала менш ніж половини цього віку.

За біблійськими канонами тривалість життя становила 70 років. Значне зниження тривалості життя сталося тому, що більшість людей було свідками смертності в дитячому, а також у ранньому зрілому віці. Якщо вони навіть усвідомлювали, що їх 35-річний день народження був тільки половиною шляху до кінця «повного життя», то більшість з них розуміла, що смерть може наступити в будь-який час і що продовжується постійна боротьба за виживання. Значне поліпшення умов життя у результаті досягнень промислової революції, успіхів освіти та охорони здоров'я зумовило зростання кількості чоловіків та жінок, котрі досягли «повної тривалості життя у ХХ ст. Тривалість життя у Великобританії становила 72 роки для чоловіків та 78 років для жінок (за даними ООН на 1991 р.). У наш час середній вік став статистично «нормальним» явищем. Більшість людей очікуються дожити до старості. Саме тому зростає інтерес до дослідження якості середини життя - його позитивних

та негативних особливостей. Негативне уявлення про другу половину життя потребує на ще більшу увагу до проблеми «старіння». З позицій медицини, більшості хвороб людей похилого віку можна запобігти шляхом набуття звичок здорового способу життя ще до початку періоду середини життя.

Таким чином не викликає сумнівів те, що здоров'я та комфортні умови існування людей середніх років життя стали об'єктом суспільної турботи.

У кінці ХХ ст. обговорюється багато різних культурологічних концепцій, які, як правило, ґрунтуються на зорових та вербальних образах, що реалізуються в засобах масової інформації, особливо в телевізійних «мільних операх». Характерним є те, що це стереотипи образу життя середнього американця. Ці образи справляють значний вплив на стиль життя людей у інших країнах, навіть самих бідних у таких країнах, як Бразилія (Kalache, 1993). Так, один із коміксів 1990 р. зображує типовий життєвий шлях і середній вік як його вершину: щаслива пара, яка тримається за руки під час святкування свого ювілею. Тобто середній вік - це вершина життєвого досвіду, короткий час високої продуктивності, після якого людина прямує до постійного зниження своїх психофізіологічних можливостей.

Традиційний образ життєвого шляху можна уявити собі як подорож угору, а потім униз, під час якої середина життя - це короткий приємний період зрілості, а далі довгий, повільний період соціального, психічного та фізичного зниження можливостей людини. В основі міфу про середину життя як вершину життєвого шляху та досвіду лежить глибокої сили природжене вірування в те, що процес старіння в пізньому віці - це один з чинників біологічного згасання (зниження психофізіологічних можливостей людини). «Біологічний годинник» у середньому віці починає працювати в зворотному напрямку, і наші психічні та фізичні функції починають знижуватися. Ось чому в західній культурі середина життя розглядається як дуже неоднозначне явище: вона є одночасно вершиною зрілості та «початком» кінця фізичного життя на цьому світі. Дж. Хокей та А. Джеймс (1993) досліджували відомі концепції про тривалість людського життя. Вони заперечують думку про те, що життя - це «крива, яка піднімається до зрілості», а далі йде до низу - до віку старості, і вважають його небезпечним тому, що ці вірування викликають негативні уявлення щодо реальності пізнього життя. І хоча, без сумніву, відбувається відносне біологічне старіння наших тіл з віком

та втрачається значна частина можливостей, але це не означає, що літній вік має менший потенціал для особистісного розвитку, ніж молоді роки.

Чому небезпечною є думка про те, що зниження характеристик життєдіяльності індивіда підтверджує процес старіння?

Поняття «зниження» означає те, що людина з одного бажаного стану йде до менш бажаного. Проте оцінка як бажаного, так і не бажаного залежить не стільки від змін біологічної конституції, а до більшої міри обумовлено культурними традиціями. Це не є зниженням життєдіяльності особистості, це є сутністю характеристик старіння. Одна з таких змін, яку розглядають як негативну, - це менопауза. Взаємозв'язок менопаузи з негативним стереотипом старіння та літнього віку може бути виключно індивідуальним.

Менопауза - це термін, який характеризує період середини життя тривалістю у декілька років, коли відбуваються природні, біологічні зміни в тілі жінки, за яких поступово знижується її плідність й вона втрачає здатність бути вагітною. Цей період дуже часто оцінюють як кризу середини життя жінок, оскільки вона включає комплексні, інколи складні взаємозв'язки між змінами в тілі та можливі довгострокові психічні та соціальні реакції. Медичний термін для визначення менопаузи - *клімактерій* - походить від грецького слова «*klimakter*», що означає «критичний період».

Яким саме чином можна визначити поняття «менопауза» та коли вона протікає? Які показники відрізняють період пременопаузи від менопаузи та постменопаузи жінки? На ці питання важко відповісти, навіть коли існують об'єктивні біологічні показники.

Для бажаючих познайомитись детально з психофізіологічними особливостями означених процесів ми рекомендуємо звернутись до довідкової літератури, а також до джерел, наведених у списку літератури (.Doreess, Siegal, Shapiro, 1989).

Питання прояву фізичних та психологічних симптомів, пов'язаних з менопаузою, особливо «проблемних», серед жінок середнього віку майже не досліджувалося. Досить часто критичне ставлення до проблем менопаузи пов'язувалося з тим що більшість даних було зібрано на основі досліджень тих жінок, котрі зверталися по медичну допомогу через появу негативних симптомів та відповідного впливу на їх життя. До останнього часу не було достатньої кількості даних про жінок, котрі пройшли через «зміну життя», не консультуючись з лікарем. Такий стан справ і зумовив ставлення до менопаузи як до негативного явища. Фармацевтичним кампаніям вигідно підтримувати цей погляд. Вони пропонують

препарати гормонально-замінної терапії, які полегшують прояви неприємних симптомів завдяки регулярному вживанню маленьких доз естерогену та простерогену доти, поки не закінчиться менопауза.

Саме медичний аспект спричинює збільшення кількості критиків фемінізму (Greer, 1991; Martin, 1987): Значний обсяг літератури з даного питання написано чоловіками. Їх ставлення до цього питання є запозиченим, стереотипним. Відчувається відсутність саме жіночого досвіду, самовідчуття функціонування жіночого тіла. Визначальним у даному аспекті є той факт, що лікарі-чоловіки (Greer, 1991), хоча вони і вважаються «спеціалістами з менопаузи», ніколи самі мали і не матимуть подібного досвіду.

Інший предмет суспільної турботи - це використання статевих гормонів для стимуляції фізіологічних змін менопаузи з метою надання жінкам можливості після періоду менопаузи в 50-60 років завагітніти та народити дитину.

Становлять інтерес результати широкомасштабних досліджень менопаузи у жінок, проведених відділом акушерства та гінекології університету міста Абердін (Шотландія) (Porter et al., 1994). Дослідники поділили проблему менопаузи, ґрунтуючись на відповідях жінок, котрі потребували на медичну допомогу, на три категорії: класичні, соматичні, психологічні.

Класичні фізичні симптоми: напади жару, нічне потіння, проблеми зі сном, суха чи волога піхва.

Соматичні симптоми: хворі чи чуттєві суглоби, головний біль, запалення грудей, ноктурія (часті позиви на сечовипускання), сильне серцебиття та запаморочення.

Психологічні симптоми: подразливість, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю, тривожність, депресія та почуття нездатності впоратися з проблемами.

Дослідники ставили перед собою такі завдання:

1. Встановлення рівня дистресу, який був причиною симптому менопаузи.

2. Дослідження проявів індивідуальних симптомів чи проблем відносно менопаузи (терміни нерегулярності менструальної кровотечі чи часу з моменту останньої менструації).

Протягом лютого - квітня 1993 р. більше 6 тис. жінок у віці 45-54 роки відповіли на запитання опитувальника відносно здоров'я, благополуччя та деяких аспектів стилю життя, при цьому враховувався перебіг основних «життєвих подій». Вони мали відповісти на запитання,

чи відчували вони за останні шість місяців прояв будь-якого з 15 симптомів, пов'язаний з менопаузою, та чи не виникало у них проблем. Результати наведено в табл.2.

Таблиця 2. Відповіді 6084 шотландських жінок 45-54 років на питання про характеристики менструальних симптомів

Симптоми	Відсоток симптомів	Відсоток симптомів як проблеми
<u>Класичні симптоми</u>		
напади жару	57	22
нічне потіння	55	24
проблеми зі сном	66	33
суха / волога піхва	34	14
<u>Соматичні симптоми</u>		
хворі чи чуттєві суглоби	67	29
головний біль	60	23
запалення грудей	51	14
ноктурія (часті позиви на сечовипускання)	48	16
сильне серцебиття	37	13
запаморочення	35	11
<u>Психологічні симптоми</u>		
подразливість	72	25
проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю	64	30
тривожність	58	26
депресія	51	22
почуття нездатності впоратися з проблемами	43	19

У результаті опитування більше 6 тис. жінок 45-54 років було отримано такі результати:

1. Більшість з досліджуваних індивідуальних симптомів менопаузи спостерігалася майже у двох третин жінок. Проте значно менша кількість досліджуваних - одна третина - зазначили наявність індивідуальних проблем.

2. Дослідники встановили те, що виникнення проблем менопаузи є результатом проявом групи симптомів, які спостерігаються у однієї особи. 25 % жінок, у яких симптоми викликали проблеми, були схильними до прийому препаратів гормонально-замінної терапії чи такими, у яких менопаузу було спричинено хірургічним втручанням (видалення яєчників).

Коли було визначено статус менопаузи кожної жінки, а також порівняно з їх досвідом, то було встановлено (Porter et al., 1994), що «....компоненти менопаузи є гарними показниками класичних симптомів, але не соматичних та психологічних. Розглядаючи історію депресії чи тривоги, поганого стану здоров'я та явищ останніх років життя, які виступали найкращими показниками соматичних та психологічних симптомів, проблем стилю життя та здоров'я жінок, котрі зараз переживаються через сприйняття низького психічного та фізичного стану здоров'я».

3. У жінок існують реалістичні очікування менопаузи, й вони точно передбачають ті симптоми, котрі вони мають відчувати. Ці симптоми не є настільки проблемними, як це вважається при клінічних дослідженнях. У результаті найбільшого у за обсягом дослідження здоров'я жінок (Массачусетс, США) було визначено, позитивні чи нейтральні відчуття мають жінки відносно свого менструального циклу (Avis, McKinlay, 1991).

До останнього часу менопауза описувалась в літературі « як *тиха криза жінок*», котрі переживали труднощі перебігу цього процесу й не бажали говорити про це відкрито. Стислий огляд сучасних жіночих журналів показує, що у цьому плані відбуваються зрушення (див. Doreess, Siegal, Shapiro, 1989).

Особливості чоловічої менопаузи

Очевидним є те, що значного зниження рівня чоловічих гормонів не відбувається. Встановлено, що від середнього віку вміст тестостерону знижується на 1% на рік, проте даний показник залишається досить високим. Це є підтвердженням того, що більшість чоловіків продукують сперму протягом усього життя. Таким чином, у біологічному значенні термін *чоловіча менопауза* (чи андропауза), як інколи називають затримку у виробленні чоловічих гормонів, використовувати не коректно. Але це не стримало поширення поглядів щодо існування чоловічого

клімактерію, які активного обговорюються в засобах масової інформації з 1970 р. (Keer van, Serr and Greenblatt, 1979). Дослідники (наприклад, Diamond, 1992) відзначали значні зміни у поведінці та стосунках чоловіків з протилежною статтю.

У статті «Чому чоловіки не діють відповідно до свого віку!» (Burnie, 1994) наводяться, майже жартома, десять ознак, характерних для чоловічої менопаузи:

1. Він займається джогінгом (легкий біг) та всіма подібними речами.
2. Він починає купувати собі білизну.
3. Він вмикає лампочки 40 Вт у ванній кімнаті.
4. Він перестає звертати увагу на рекламу чоловічої косметики.
5. Він думає, що Джоана Люмлі (символ жіночості) застара для нього.
6. Він увесь час носить затемнені контактні лінзи.
7. Він просить дітей називати його за ім'ям.
8. Він купує бляклі штани та підходящий піджак.
9. Він починає дивитися по телебаченню передачу «Вершина естради».

10. Він думає, що для нього взірець Брандо (популярний актор, який значно погладшав) 1994 року, а не 1965.

Існує багато послідовників концепції чоловічої менопаузи, які схильні до більш широкої дефініції перелічених симптомів. Термін *віропауза*, який вважався загальноприйнятим у 90-ті роки в США, означає затримку в чоловічій маскулінності. О.Хілл, американський медик-практик, опублікував книжку "Віропауза/Андропауза" (1993), яка включала опис деяких історій з його практики. Він поділяє сучасні наукові погляди щодо відсутності остаточних біологічних доказів існування чоловічої менопаузи та стверджує, що, безумовно, проблема існує для більшості чоловіків саме у промислово розвинених країнах. Автор поділяє симптоми віропаузи на дві категорії: фізіологічні та емоційні.

Фізичні симптоми - це зниження сексуальної активності та загроза серцево-судинних захворювань. Вони відрізняються від фізичних симптомів, пов'язаних з менопаузою у жінок, та відносяться до проблем, які пов'язані, скоріше за все, із середнім віком. Серед *емоційних симптомів* - депресія, тривожність, страх, відчуття неадекватності, занижена самооцінка та страх смерті.

Таким чином, можна стверджувати, що ці симптоми повністю пов'язані з середнім віком і є спільними для обох статей. Але існують й відмінності:

- чоловіки відчують страх смерті та зниження самоповаги;
- жінки - подразливість та проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю.

У даній ситуації слід враховувати наявність подібних психологічних симптомів та їх необхідно оцінювати по-різному за різними культурологічними критеріями.

О.Хілл (1993) вважає, що тільки 15 із 100 чоловіків справді відчують симптоми, які є ознакою того, що вони дійсно хворі. Синдром віропаузи (андропаузи) за Хіллом - *це природний психологічний стан у чоловіків середніх років, який виявляється через відчуття нещасливого життя, відсутність почуття чоловічої самоцінності, тотожності та компетентності.*

Згідно з проведеними дослідженнями (Bowskill, Linacre, 1976; Ross, 1984; Sheehy, 1993), проблема чоловічої менопаузи стала реальною, хоча, як уже зазначалося, не було отримано вірогідних даних щодо біологічних причин цього стану. Скоріше за все, це пов'язано із захопленням чоловіків замінною гормональною терапією - використання тестостерону як лікувального засобу особливо для усунення статевої імпотенції.

Так, у Массачусетському університеті (США) було проведено найбільше за обсягом дослідження старіння чоловіків середнього віку, яке частково було присвячено питанням імпотенції (Feldman et. al., 1994). У результаті встановлено:

1. Існує тільки незначний зв'язок між рівнем тестостерону та сексуальною потенцією, за виключенням невеликої групи досліджуваних, у яких спостерігається значне зниження тестостерону, тоді як більша частка випадків імпотенції у чоловіків середнього віку не залежить від його рівня.

2. Як і при застосуванні замінної гормональної терапії для жінок, існує ризик для здоров'я чоловіків, пов'язаний із введенням тестостерону, особливо зростає ризик серцево-судинних захворювань. Незважаючи на ці обмеження в США та Великобританії з'явилися приватні медичні клініки, які пропонують лікування імпотенції у чоловіків середнього віку шляхом введення тестостерону. Деякі дослідники (Chen I., 1994) вважають перспективною гормонально-замінну терапію для чоловіків. Інший погляд на ті самі перспективи (Fogeman, 1993) полягає у тому, що

фармацевтичні компанії вже охоплюють медикаментозними засобами (через менопаузу, яка є нормальним фізіологічним явищем) не тільки жінок, а й нормальних старіючих чоловіків.

Згідно з існуючими даними (Feldman et al, 1994), загальні риси імпотенції у чоловіків виявляються переважно, починаючи з 40 років. Це серцево-судинні захворювання та діабет. Скринінгове дослідження чоловіків з метою ранньої діагностики раку простати (що є другою найпоширенішою причиною смертності від раку у чоловіків після раку легенів) чи виявлення збільшення простати, яке заважає сечовиділенню, не отримало такого ж визнання, як скринінг раку грудей та хребта серед жінок середнього віку (Pfeffer, 1985). Залишаються сумніви й щодо ефективності скринінгових програм простати (Schoder, 1993).

Сутність поняття "криза середини життя"

Почнемо з аналізу походження даного терміну. Криза є «відправною точкою» чи «вирішальною змінною»? Існує елемент загрози - у стані кризи завжди присутній ризик і вихід з кризи може бути як позитивним, так і негативним.

Термін «криза середини життя» було вперше використано психологом Е.Жако(1965) у статті «Смерть та криза середини життя». На думку автора, «криза середини життя» настає між 35 та 39 роками та є причиною усвідомлення індивідом того, що час плине й смерть стає неминучою реальністю. Автор обґрунтовує власні висновки, аналізуючи життя 310 художників, поетів, композиторів, письменників та скульпторів. Він помітив очевидність того, що деякі творчі особистості вичерпували свої резерви у середні роки, але інші, такі як Гете, Шекспір та Бетховен, продовжували плідно працювати і у літні роки. Дані, наведені у Жако, яскраво свідчать про те, середній вік життя - це не є початок кінця.

Теорія Жако підтверджує більш загальну концепцію, розроблену на основі соціологічних та психологічних досліджень людей літнього віку, про те, що всі людські індивіди мають можливості особистісного розвитку протягом усього життєвого шляху. І він зовсім не обов'язково пригнічується через те, що людина старішає. Проте такі соціальні фактори, як соціальний стан, походження, заробіток, стать можуть відігравати суттєву роль у реалізації чи, навпаки, стримінні потенціалу людини. Треба зазначити, що відсутня інформація щодо показників середини життя для інших соціальних груп.

На думку Жако, криза середини життя починається з усвідомлення того, що смерть ближче, ніж була раніше, і це є психологічна модель змін середини життя. Для інших відомих психологів (Levinson et al., 1978) період середини життя - це час перегляду сподівань, які мала людина протягом життя, та планів їх реалізації. Дослідження проводилось шляхом інтенсивного опитування невеликої кількості чоловіків. Дотримуючись довгої історичної традиції, дослідники вважають, що життя поділяється на декілька стадій, та щоб успішно проминути середні роки, людина має оцінити якість реалізації своїх сподівань та розібратися в своїх розчаруваннях щодо нездійснених планів.

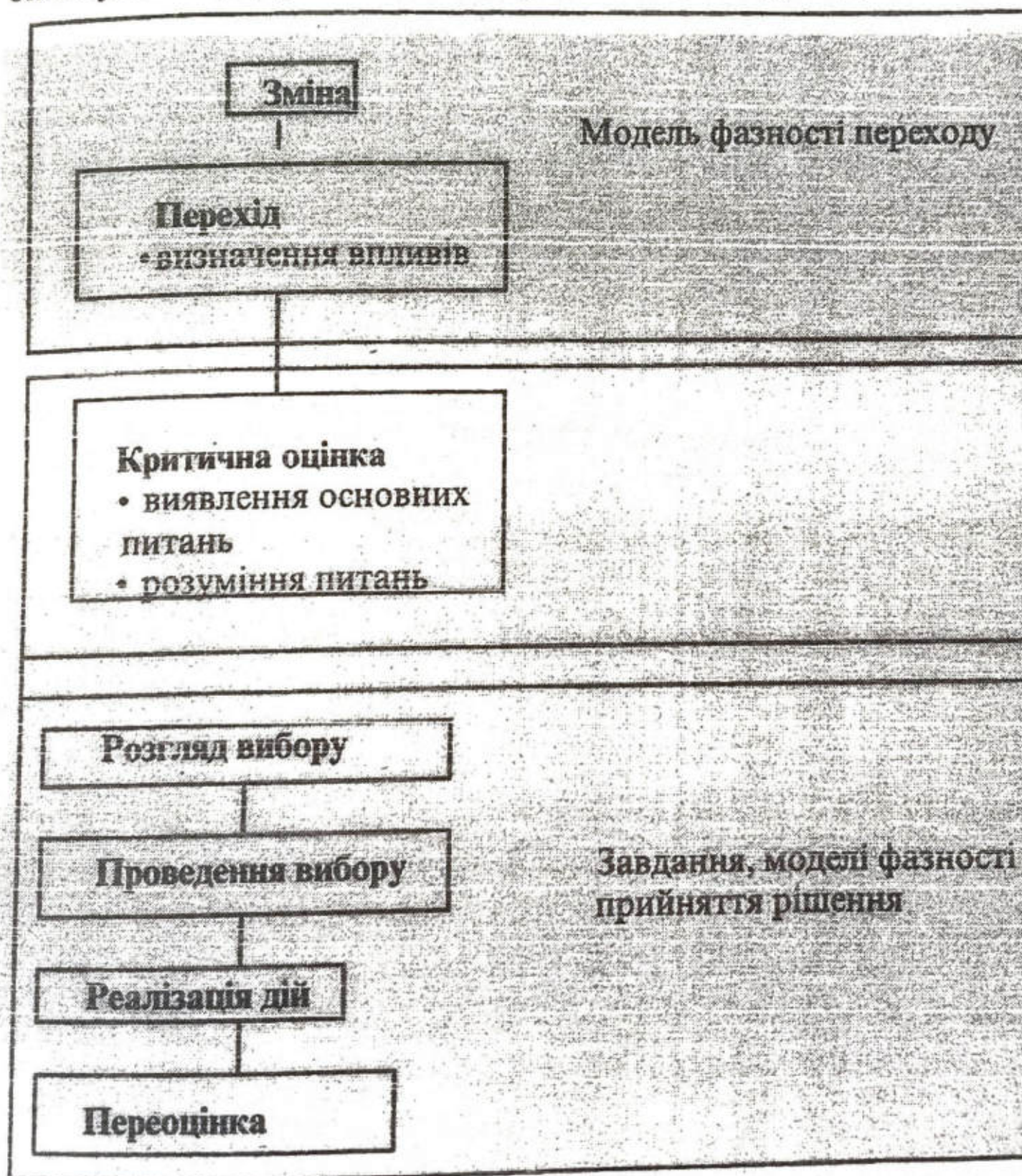
Такі психологічні моделі «кризи середини життя» (Jaques, 1965; Levinson et al., 1978) створено на основі незначних вибірок головним чином серед чоловіків, але вони вважаються дуже впливовими. Проте очевидним є існування загального переконання, що середній вік - це час кризи.

А.Коулмен та А.Чайве (1991) розробили більш «відкрито-завершений» підхід до змін у середньому віці. Їх модель - «здатність опановувати зміни» - розроблено для людей середніх років з метою їх підготовки для виходу на пенсію. У цій психологічній моделі вони роблять значний акцент на «надбанні здатності до внутрішньої інтроспекції» (концентрації уваги на собі, суб'єктивному світі особистості) на відміну від «накопичення інформації» (розширення пізнавальної діяльності через засвоєння нових знань). Цю психологічну модель оволодіння змінами наведено на рисунку. Дослідники вважають, що не існує універсальних «експертів» з проблем середнього віку та виходу на пенсію, оскільки життя швидко змінюється, а кожна особистість потребує на вивчення її самої разом з іншими людьми, а також її можливостей. Тільки на цій основі мають прийматися персональні рішення в майбутньому. У цій моделі середній вік розглядається не як фаза біологічного старіння, а як творчий соціальний процес, який включає надбання минулого життя та обговорення перспектив на майбутнє. Це відповідає рефлексійному процесу самооцінки, через який індивідууми планують своє майбутнє життя. Це дуже відрізняється від традиційного уявлення про середній та пізній періоди життя.

У таких дослідженнях (Coleman, Chiva, 1991) розглядаються ситуації, що виникли у людей різного рівня, у яких період середини життя припав на кінець ХХ ст.

У ХХ ст. відбулися значні демографічні зміни - зросла кількість розлучень та повторних одружень, неповних сімей, зменшилося

співвідношенні самотніх людей та людей, що живуть у сім'ях, а також відбулися значні зміни у співвідношенні працюючих чоловіків та жінок, змінилися показники по безробіттю, зайвої кількості працюючих, раннього виходу на пенсію. І все це спричинило дуже значні відмінності в індивідуальних ситуаціях для людей середнього віку. Наприклад, жінка у 40 років життя може бути водночас і матір'ю, і бабусею. При цьому вона, можливо, ніколи не мала оплачуваної роботи чи може перебувала в оплачуваній відпустці за місцем роботи з догляду за дитиною.



Психологічна модель оволодіння змінами (Coleman, Chiva, 1991)

Явище " кризи середини життя " може бути краще зрозумілим з позицій взаємодії біологічних та соціальних факторів: змінам у тілі відповідають зміни у її суспільному стані.

Таким чином, з усього вищесказаного можна зробити такі висновки. За останні 150 років світове суспільство змінилось, й люди мають можливість очікувати на довге життя. Вік став важливим фактором як для суспільства, так і для індивіда. На противагу уявленням минулих віків модель життєвого шляху в кінці ХХ ст. є більш складною, хоча виділення середнього віку як сучасного соціального інституту - це ще не сформульована концепція. Сучасні норми базуються на очікуванні міцного здоров'я та роблять акцент на позитивному саморозвиткові протягом усього життєвого шляху, передбачаючи, що успіху у цьому можна досягти шляхом збереження здоров'я і у літньому віці. Усе це пояснює значний суспільний інтерес людей середнього віку до проблеми середини життя.

Список літератури

Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М., 1979.

Баранов А.В. Социальные аспекты экологии человека // Проблемы экологии человека. - М., 1986. - С. 22-32.

Березин Б.Ф. Некоторые аспекты психической и психофизиологической адаптации человека в условиях Севера. - Владивосток, 1980.

Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований. - Л., 1980.

Брехман И.И. Валеология - наука о здоровье. - М., 1990.

Брехман И.И. Валеология: начало пути // Сов.Россия. - 1980. - 29 мая.

Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопр. философии. - 1982. - №2. - С. 48-53.

Брехман И.И. Человек и биологически активные вещества. - Л., 1976.

Войтенко В.П. Здоровье здоровых. - К., 1991.

Волков Г.Д. Место психогигиены в комплексных программах здоровья человека // Бюлл. СО АМН СССР. - 1983. - № 1. - С. 14-17.

Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - М., 1990.

Гравит В.А. Программа изучения дисциплины «Безопасность жизнедеятельности». - М., 1996.

Дильман В.М. Большие биологические часы (Введение в интегральную медицину). - М., 1981.

Дубинин Н.П. Что такое человек? - М., 1983.

Задачи по достижению здоровья для всех: Региональные задачи в поддержку региональной стратегии достижения здоровья для всех. - Копенгаген, 1985.

Звездный путь астрологии: Сб. оригинальных текстов с комментариями / Сост. И.Михайлова, Н.Скородум.. - М., 1993.

Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестн. АМН СССР. - 1982. - Т.45, №4. - С.29-33.

Кабанов М.М. Медицинская психология // Тенденции развития психологической науки / Под ред. Б.Ф.Ломова, Л.И.Анциферовой. - М., 1989

Казначеев В.П. Очерки теории и практики экологии человека. - М., 1983.

Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. - Новосибирск, 1980.

Капица П.Л. Эксперимент, теория, практика // Статьи, выступления. - М., 1981.

Куценко В.И. Сфера воспроизводства здоровья населения (социально-экономический и региональный аспект). - К., 1994.

Леви Л. Эмоциональный стресс. - М., 1970.

Лисицин Ю.П., Царсгородцев Г.И. Насущные проблемы здоровья людей // Полит.самообразование. - 1986. - №10. - С.30-37.

Луцик Р.В., Грабовський А.П. Безопасность жизнедеятельности. - К., 1995.

Макаров Ю.А. Принципы оценки состояния здоровья детей // Сов.педиатрия. - 1989. - Вып.7. - С.5-26.

Милашевич В. В., Краснов Е. В. Тенденции экологизации естествознания: Очерки и фрагменты. - Владивосток, 1983.

Народне господарство України у 1993 році: Стат.щорічник Міністерства статистики України. - К., 1993.-

Пістун І.П., Піщенко В.Ф., Березоветський А.П. Безпека життєдіяльності. - Львів, 1995

- Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.- М., 1986.
- Сотникова Е.И., Кириленко Т.Г., Лоранский Д.Н. Использование экспертных оценок при определении приоритетных направлений в социальной гигиене // Сов. здравоохранение. -1989. - №9.- С.30-34.
- Тарасова К.Е., Черненко Е.К. Социальная детерминированность биологии человека.- М., 1979.
- Термінологічний словник з безпеки життєдіяльності / В.Л.Луценков, Д.А.Бутко, О.В.Гранкіна та ін.- К., 1995.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М., 1986.
- Франкл В. Человек в поисках смысла: Сб. / Под ред. Л.Я.Гозмана, Д.А.Леонтьева. - М., 1990.
- Фролов И.Т. Перспективы человека: Опыт комплексной постановки проблемы, дискуссии, обобщения. - М., 1983.-С.20,22.
- Фролов К.В. Наука, машина, человек //Известия. - 1986. - 17 апр.
- Хижняк М.І., Нагорна А.М. Здоров'я людини та екологія.- К., 1995.
- Чазов Е.И. Доклад на Всесоюзном съезде врачей // Мед. газета. - 1988. - 19 окт.
- Чикин С.Я. Врачи-философы. -М., 1990.
- Швейцер А. Благоговение перед жизнью / Под ред. А.А. Гусейного, М.Т. Селезнёва. - М., 1992.
- Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья.- Новосибирск, 1989.
- Aqualina Ross, G. How to survive: the male menopause. -London, 1984.
- Avis, N.E., McKinly, S.M. A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: results from the Massachusetts women's health study // Maturitas. - 1991. - 13. P.65-79.
- Basiro D. Birth to old age: health in transition. Oxford, 1985.- P. 143-216.
- Bowskill D., Linacre, A. The «male» menopause. -London, 1976.
- Buhler C. Basic tendencies in human life: Theoretical and clinical considerations // Sein. and Sinn. - Tubingen, 1960.
- Burnie J. Why men don't act their age!// Daily Record. - 1994. - 4 May. - P.21.

Chen, I. Hormone replacement for men?// Hippocrates. - 1994, - Sept/ - P.22-25.

Cole, T.R. The journey of life: A cultural history of ageing in America. - Cambridge, 1992.

Coleman A., Chiva,A.(Coping with change: Focus on retirement, health education authority. - London, 1991.

Diamond J. How menopausal men go mad? //The March, - 1992. - P.89.

Doress, P.B., Siegal, D.L., Shapiro, J. The midlife and older women // Ourselves, growing older: Women ageing with knowledge and power. - London,1989.

Engel G. The need for a new medical model: A challange for biomedicint // Science. Studia Psychologica. - 1977. - Vol. 196. P. 129-136.

Foreman J. Male menopause: much, ado about nothing? // The Boston Globe. - 1993. - October. - P. 31, 55.

Goldsmith E. The ecology of health //Ecologist. - 1980. - Vol. 10, № 6/7. - P. 235-245.

Greer G. The change: women, ageing and the menopause. - London. 1991.

Hill A.M. Viropause / Andropause: The male menopause. - New Jersey, 1993.

Hockey J., James A. Growing up and growing old: Ageing and dependence in the life course. - London, 1993.

Horrobin D. F. Whitther medicine? Nemesis or not? A reply to Ivan Illich // World Health Forum. - 1980. - Vol.1,№ 1, 2.- P.139-141.

HRT: an analysis of benefits, risks and costs / E. Daly, M. Roche, D. Barlow et al. //British Medical Bulletin. - 1992. - Vol.48(2). - P.368-400.

Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the Massachusettes Male Aging Study / Feldman, H. A, GoldsteinI., Hatzichristou D.G.. et al. // The J.of Urology. - 1994. - Vol.151. -P. 54-61.

Jaques E. Death and The Mid-Life Crisis,- // Intern. J. of Psychoanalysis. - 1965. - Vol.46. - P. 502-514.

Jussawalla J. M. The key to Nature cure. //Bombay, 1983.

Kalache A.) Ageing in developing countries: has it got anything to do with us? - London, 1993.- P.339-43.

Keep van P.A., Serr D.M., Greenblatt R.B.Female and male climacteric: Current Opinion. - Lancaster, 1979.

Martin E. The woman in the body: A cultural analysis of reprodaction. - 1987.

Mussen P., Conger J., Kagan J., Geiwitz J. Psychological development: A life span approach. - N.Y., 1979.

Pfeffer N. The hidden pathology of male reproductive system // The sexual politics of reproduction. - Aldershot, 1985. - P.30-44,

Population-based study of women's perception of the menopause: Final report submitted to the Scottish home and health dept. / Porter M., Penney G., Russel D. et al. - Edinburgh, 1994.

Schoder F.H. Prostate cancer: to screen or not to screen? // British Medical J. - 1993. Vol. 306. - P.407-8.

Sears E. The ages of man: Medieval interpretations of the life. - Princeton, 1986.

Serizawa K. Tsubo vital points for oriental therapy. - Tokyo, -1976.

Sheehy G. The unspeakable passage: is there a male menopause? // Vanity Fair. - 1993. April. - P.72-75.

The seasons of a man's life / Levinson D.J., Darrow C., Klein R. et al. - N. Y., 1978.

Thompson R. S. Reports of the magician and astrologers. - London, 1900.

United Nations demographical yearbook 1989. - N. Y., 1991.

Yamamoto S. Barefoot shiatsu. - Tokyo, -1979.

Zikmund V. Health and disease: Biological, psychological and social aspects // Studia Psychologica. -1992.- Vol. 34, №2. - P.101-112.

Навчальне видання

**ОСНОВИ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ
ТА ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

МЕТОДИЧНІ НАСТАНОВИ
для студентів відділення психології
факультету соціології та психології

Упорядник **КОРНІЄНКО Олексій Васильович**

Редактор **Витвицька Н.О.**

Редакційно-видавничий центр «Київський університет»
252017, Київ, бульв. Т. Шевченка, 14, кімн. 43, тел.: 221-32-22.

З. 8-1576

Підписано до друку **21.09.98** Формат **60х84/16** Вид. № **384**
Друк офсетний. Наклад **100** Умовн. друк. арк. **1,9**

Надруковано у «Поліграфцентрі Київського університету ім. Тараса Шевченка»
252017, Київ, бульв. Т. Шевченка, 14, тел. : 224-01-05