**Дослідження структури здорового способу життя населення**

# Зміст

Вступ

1. РОЗДІЛ СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ СТИЛЕМ ЇХ ЖИТТЯ

1.1 Проблем стану здоров`я населення на сучасному етапі

1.2 Особливості стилю життя сучасної людини

1.3 Здоровий спосіб життя як чинник формування,збереження і зміцнення здоров`я населення

ВИСНОВОК

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

# Вступ

Актуальність проблеми. Процеси, що відбуваються в сучасному суспільстві, загострили проблеми збереження, розвитку здоров'я людини і формування здорового способу життя. Здоров'я є соціально-економічною категорією. З одного боку, рівнем здоров'я визначається все людське життя в широкому діапазоні соціального буття, з іншої — воно розглядається як найважливіша умова відтворення і якості робочої сили і людського потенціалу в цілому.

Важливим критерієм соціально-економічного розвитку суспільства є якісний рівень і тривалість життя його громадян, що обумовлені станом здоров’я, руховою підготовленістю та фізичною освітою. На жаль, останні роки в Україні характеризуються збереженням негативних тенденцій зниження основних показників життєдіяльності населення, особливо дітей і молоді. Сучасний стан здоров’я населення нашої держави свідчить, що існує реальна загроза вимирання нації. Майже 90% дітей, учнів і студентів мають відхилення у здоров’ї, понад 50% - незадовільну фізичну підготовку. Щороку до лав Збройних Сил України за станом здоров’я не призивається кожний четвертий юнак призивного віку.

Здоров’я завжди займало належне місце серед освітніх проблем, оскільки одне із завдань педагогіки є виховання здорового працездатного покоління. Стан здоров’я сучасної людини залежить не лише від зовнішніх умов, але й від власного ставлення до нього. Зрозуміло, що вироблення такого ставлення – найважливіша умова оздоровлення суспільства.

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) як умова і передумова соціальної активності людини, повноту виразу його духовних і фізичних сил припускає, в першу чергу, цілеспрямоване формування його свідомості і поведінки, відповідних вимогам здоров'я. Конкретна повсякденна реалізація здорового способу життя — невід'ємна частина загальної культури людини, багатства його духовного світу, життєвих цілей і ціннісних орієнтації. Тому один з центральних напрямів у формуванні ЗСЖ — це виховання свідомого, активного відношення до здоров'я. Перш за все, мова йде про формуванні світоглядної позиції, взаємозв'язком, що характеризується, і взаємообумовленістю значень профілактичної культури, засвоєних людиною з іншими світоглядними цінностями (щастя, любов, самореалізація і ін.) і що детермінують вплив стилю життя на здоров'ї і досягнення бажаних благ. Розвиток особової активності, здібності до самовизначення, усвідомлення пріоритету здоров'я у ряді інших життєвих цінностей особливо важливе у молодому віці, коли людина постійно і вимушено знаходиться в ситуації вибору, адаптації до економічних і соціальних умов.

Дослідниками встановлено, що здоров'я людини більш ніж на 50%, згідно різним джерелам, залежить від його способу життя, від поведінки відносно власного здоров'я. У зв'язку з цим слід зазначити, що відсутність особового відношення людини до здоров'я, несформованість мотивації його збереження і розвитку, і як підсумок, неминуче позначається на подальшому зниженні рівня її здоров'я.

Сучасна державна політика, що проводиться в цілому, у сфері здоров'я орієнтована, в основному, на пошук шляхів поліпшення якості медичного обслуговування, а не на створення умов для оптимальної взаємодії особи і соціальних інститутів (перш за все сім'ї і утворення) для формування здорового способу життя як основного способу збереження і розвитку здоров'я людини. Все вищесказане актуалізує проблеми збереження здоров'я даної категорії населення і необхідність управління цим процесом.

Дана робота заснована на аналізі широкого круга наукової літератури, присвяченої питанням визначення категорії «здоровий спосіб життя», ролі і значення ЗСЖ у формуванні мирровозрения| студентів, мотивації поведінки молоді відносно здоров'я.

Феномен здоров'я через свою універсальність і всеосяжність виявляється предметом дослідження різних наук, у тому числі і соціології. Найбільший інтерес для даної роботи представляють трактування ЗСЖ як поведінки відносно збереження здоров'я, в основі якого лежить дослідження ціннісно-мотиваційної структури особи і цінності здоров'я в цій структурі, учених (В.А. Ананьева, І.А. Афсахова, О.С. Васильевой, І.В. Журавлиною, В.В. Корченова, Г.С. Никіфорова, Созонтова а.Е., В.А. Ядова і ін.).

Мета роботи: виявити взаємозв'язок стану здоров'я населення з стилем їх життя.

Досягнення поставленої мети припускає вирішення наступних завдань:

* проаналізувати проблеми стану здоров`я населення на сучасному етапі;
* виявити чинники, що впливають на формування здорового способу життя ;
* визначити особливості стилю життя сучасної людини;
* розглянути здоровий спосіб життя як чинник формування, збереження і зміцнення здоров`я населення .

Об'єктом дослідження є процес формування здорового способу життя.

Предметом дослідження виступають особливості формування здорового способу життя населення у взаємозв'язку із стилем їх життя .

# 1. РОЗДІЛ СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ СТИЛЕМ ЇХ ЖИТТЯ

# 1.1 Проблем стану здоров`я населення на сучасному етапі

Рівень здоров'я народу України на межі століть, обумовлений кризовими явищами в економіці, кваліфікується як незадовільний, що супроводжується зростанням смертності, особливо серед працездатних, значною інвалідизацією, скороченням народжуваності, значними параметрами захворюваності.

Поступове зростання смертності почалося з 1975 р. і вже у 1985 р. загальний коефіцієнт смертності в Україні (12,1 %) став найбільшим серед країн Європи (10,5 %). Пік темпу зростання припадає на 1991–1995 рр. (27,5 % протягом 1985–1995 рр.). Надалі в Україні спостерігається подальше зростання смертності (на 3,9 % за період 1995–2003 рр.), у той час як у країнах Євросоюзу – зменшення (на 4,0 %). У 2003 р. показник смертності в Україні перевищує такий у країнах Євросоюзу у 1,6 разу.

Таблиця 1.1.

Природний приріст (скорочення) населення України[22]

 (на 1000 населення)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кількість народжених | Кількість померлих | Природний приріст (скорочення) | Смертність дітей до 1 року\* |
| 1990 | 12,6 | 12,1 | 0,5 | 12,8 |
| 1991 | 12,1 | 12,9 | –0,8 | 13,9 |
| 1992 | 11,4 | 13,3 | –1,9 | 14,0 |
| 1993 | 10,7 | 14,2 | –3,5 | 14,9 |
| 1994 | 10,0 | 14,7 | –4,7 | 14,5 |
| 1995 | 9,6 | 15,4 | –5,8 | 14,7 |
| 1996 | 9,2 | 15,2 | –6,0 | 14,3 |
| 1997 | 8,7 | 14,9 | –6,2 | 14,0 |
| 1998 | 8,4 | 14,4 | –6,0 | 12,8 |
| 1999 | 7,8 | 14,9 | –7,1 | 12,8 |
| 2000 | 7,8 | 15,4 | –7,6 | 11,9 |
| 2001 | 7,7 | 15,3 | –7,6 | 11,3 |
| 2002 | 8,1 | 15,7 | –7,6 | 10,3 |
| 2003 | 8,5 | 16,0 | –7,5 | 9,6 |
| 2004 | 9,0 | 16,0 | –7,0 | 9,5 |
| 2005 | 9,0 | 16,6 | –7,6 | 10,0 |
| 2006 | 9,8 | 16,2 | -6,4 | 9,8 |
| 2007 | 10,2 | 16,4 | -6,2 | 11,0 |
| 2008 | 11,0 | 16,3 | -5,3 | 10,0 |

Найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу, смертність від яких за період 1995–2004 рр. зросла на 13,3 % та перевищує середньоєвропейський показник вдвічі, а країн Євросоюзу – в 3,6 разу (відповідно 964,6; 474,1 і 271,3 на 100 тис. населення на 01.01.2003 р.).

Таблиця 1.2.

Смертність населення : аналіз причин у динаміці 1990-2008рр.[22]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всього померлих, тис.осіб | з них від: | | | | | |
| хвороб системи кровообігу | новоутворень | | нещасних випадків, отруєнь і травм | | хвороб органів дихання |
| всього | у тому числі злоякісних | всього | у тому числі отруєнь алкоголем |
| 1990 | 629,6 | 332,9 | 102,3 | 101,4 | 55,6 | 5,4 | 37,3 |
| 1991 | 669,9 | 349,3 | 105,1 | 104,3 | 61,0 | 6,4 | 38,7 |
| 1992 | 697,1 | 360,0 | 105,8 | 105,0 | 67,0 | 8,1 | 38,5 |
| 1993 | 741,7 | 408,3 | 104,6 | 103,8 | 68,5 | 8,4 | 42,4 |
| 1994 | 764,6 | 432,3 | 104,7 | 103,8 | 74,9 | 8,4 | 44,5 |
| 1995 | 792,6 | 450,4 | 102,5 | 101,7 | 82,7 | 10,4 | 46,1 |
| 1996 | 776,7 | 446,8 | 99,2 | 98,4 | 80,4 | 10,0 | 44,0 |
| 1997 | 754,2 | 446,4 | 97,9 | 97,3 | 74,7 | 9,4 | 41,4 |
| 1998 | 719,9 | 434,0 | 97,8 | 97,0 | 69,9 | 8,0 | 36,3 |
| 1999 | 739,2 | 448,9 | 98,5 | 97,8 | 71,2 | 8,6 | 37,1 |
| 2000 | 758,1 | 463,9 | 97,8 | 97,1 | 73,6 | 9,4 | 37,9 |
| 2001 | 745,9 | 457,4 | 95,6 | 94,9 | 75,3 | 9,8 | 33,5 |
| 2002 | 754,9 | 465,3 | 95,1 | 94,3 | 76,3 | 10,3 | 31,8 |
| 2003 | 765,4 | 478,7 | 93,2 | 92,5 | 72,6 | 9,8 | 30,3 |
| 2004 | 761,3 | 473,7 | 92,1 | 91,3 | 71,3 | 10,6 | 28,5 |

[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всього померлих, тис.осіб | з них від: | | | | | |
| хвороб системи кровообігу | новоутворення | зовнішніх причин смерті | хвороб органів травлення | хвороб органів дихання | деяких інфекційних та паразитарних хвороб |
| **2005** | 782,0 | 488,8 | 91,8 | 70,0 | 31,7 | 28,0 | 17,2 |
| **2006** | 758,1 | 480,8 | 90,4 | 64,6 | 30,2 | 24,7 | 16,3 |
| **2007** | 762,9 | 480,6 | 90,0 | 66,0 | 33,6 | 25,1 | 16,8 |
| **2008** | 754,5 | 480,1 | 89,0 | 61,4 | 35,2 | 23,3 | 17,3 |

Смертність населення у пострадянських слов’янських державах виявилася настільки значною, що її визначили як найбільш суттєву подію, що відбулася у світовій системі охорони здоров’я ХХ століття, а термін “надсмертність слов’янських чоловіків” отримав широке розповсюдження у науковій літературі [1, 2, 5].

На жаль, вираженість цього феномену зростає саме в Україні, де сформувалася нетипова структура смертності: третина померлих — люди працездатного віку, причому близько 80 % з них — чоловіки. Міністерство охорони здоров’я (МОЗ) України свідчить [4], що протягом останніх 10 років смертність дітей дещо знизилася, людей похилого віку — не змінилася, жінок — збільшилася у 1,5 раза, а чоловіків зрілого віку — у 2 рази. Основною причиною передчасної смерті чоловіків залишаються хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), особливо серцево-судинна та цереброваскулярна патологія.

Вірогідність смерті українських чоловіків у віці від 15 до 60 років становить 384 особи на 1000, що є одним із найгірших показників серед цивілізованих країн світу.

За тривалістю життя українці посідають 135 місце (серед 192 країн світу). За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) [5], з 62 років середньої тривалості життя сучасного українця тільки 55 років можна вважати терміном “здорового” існування. Решта життя — це боротьба з хворобами.

Різниця між тривалістю життя чоловіків і жінок становить близько 15 років. Внаслідок цього явища Україна набула ганебного статусу “країни вдів” [1, 2].

Досить подивитися на графік «Динаміка чисельності населення України 1991—2007 рр.», щоб зрозуміти: Україна скочується в демографічну прірву. За прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, чисельність постійного населення України вже на 2050 рік може зменшитися до 36 млн. людей. За п’ятнадцять років країна втратила понад 6 млн. людей (що порівнянно з населенням таких країн, як Данія, Грузія, Шотландія, Фінляндія, Норвегія).



Рис.1.1.Динаміка чисельності населення України 1991—2007 рр.[22]

Показники захворюваності і смертності не мають тенденції до поліпшення впродовж усіх років незалежності. Наші співгромадяни живуть у середньому на 14—15 років менше, ніж у європейських країнах. Щомісячно нас стає менше на 70—80 тисяч. Третину померлих в Україні становлять люди працездатного віку. У нашій країні понад 40% хлопців 16—18-річного віку не мають шансів дожити до 60 років.

За цими сухими цифрами — десятки тисяч людських трагедій. Але й вони не переконують владу в необхідності першочергової державної уваги до проблем галузі, яка на сьогодні зживає свій ресурс.

2009 року для централізованої закупівлі медичного та діагностичного обладнання, для поліпшення й оновлення матеріально-технічної бази лікувальних закладів районного, міського і обласного рівнів за програмою «Централізована закупівля обладнання для закладів охорони здоров’я» не виділено ні копійки бюджетних грошей. Тоді як за результатами інвентаризації, заклади охорони здоров’я та наукові установи України потребують медичного устаткування на суму 6 млрд. грн.

Сьогодні проблема дефіциту кваліфікованих медичних кадрів актуальна не тільки для сільської місцевості. У багатьох медичних закладах кожен третій лікар досягнув пенсійного віку.

Відмічається також збільшення репродуктивних дисфункцій у чоловіків. З 1991 року саме погіршення якості чоловічих статевих клітин вважається основною причиною бездітності в українських сім’ях. Така тенденція здатна призвести до вельми небезпечних наслідків. Існує думка, що українська нація вичерпала свій демографічний потенціал і їй загрожує неминуче виродження.

Прогнозування основних показників оцінки здоров'я до 2025 р. свідчить про складність цього процесу в Україні та необхідність комплексного адекватного впливу на державному та регіональному рівнях.

Обмеженість фінансування системи охорони здоров'я та інші чинники негативно впливають на рівень надання медичної допомоги, погіршення її доступності, створюють труднощі у впровадженні передових технологій діагностики і лікування.

Разом з цим, здоров'я нації – основа держави. Економічний розвиток, фінансування заходів, спрямованих на охорону здоров'я, добробут громадян – прямо залежні від здоров'я народу. Зменшення фінансування заходів, спрямованих на охорону здоров'я, приводить до зниження виробництва продуктивних сил (здоров'я і життя), а відтак – до спаду економіки і значить – до відсутності коштів на відтворення виробничих сил держави. Стратегія соціально-економічних реформ має передбачати орієнтацію всіх сфер суспільства на створення здорових умов життя, особливо умов праці, на поширення здорового способу життя, тобто на прийняття і реалізацію стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх», що впроваджується в багатьох країнах. Вона передбачає поліпшення здоров'я населення шляхом орієнтації всіх напрямків соціально-економічної політики на вирішення цієї проблеми, посилення профілактичного напрямку в охороні здоров'я та інших сферах діяльності, доступність медичної допомоги для всіх соціальних верств населення. Рівень здоров'я населення – інтегральний показник соціального благополуччя. Оцінка прогресивних перетворень на шляху досягнення «здоров'я для всіх» здійснюється на основі постійного моніторингу показників здоров'я та факторів, які його обумовлюють.

Незважаючи на певні зусилля, ще не вдалося досягти повного виконання жодного з її завдань. Тому держава повинна взяти на себе обов'язки в збереженні і покращанні природних, соціальних та економічних умов якісного життя людини – виробника національного продукту, державного економічного добробуту, гарантії державної безпеки.

На здоров’я людини негативно впливають багато факторів, що з’явились з розвитком цивілізації: гіподинамія, неправильне харчування, шкідливі звички, радіація, шум і вібрація та інші. Немалу роль в низці негативних факторів відіграє дезадаптація людини – порушення пристосування до більш складних умов життя, коли природне прагнення до самоствердження, успіху неухильно стикається із все зростаючою конкуренцією, вимогами до особистості.

Зазначимо, що організаційні заходи в умовах обмеженого бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я є не достатньо ефективними, оскільки рівень здоров'я і середня тривалість якісного життя продовжують знижуватися, а подальше прилаштування до реального державного фінансування може призвести до руйнації ще існуючої системи.

Зростання захворюваності та поширеності хвороб, високий рівень інвалідності і значна частка в структурі населення людей старшого віку потребують належного забезпечення лікарськими засобами практично половини громадян України, але аналіз фармацевтичного ринку свідчить про недостатню забезпеченість основними життєво необхідними препаратами, а також недостатню доступність їх більшості хворих через обмеженість доходів і невідповідність мінімальному прожитковому рівню, що негативно впливає на показник загальної смертності.

За розрахунками фахівців, крайня необхідність надання медикаментозної допомоги обраховується в цінах на 1.01.2001 р. у межах 10 млрд грн щорічно, або більше 200 грн на одного жителя.

На даний час вітчизняна промисловість виробляє лише менше половини від потрібної кількості ліків основних фармакологічних груп. Препарати, які імпортуються, не компенсують створеного дефіциту, а за своєю вартістю значно дорожчі, чим ще більше поглиблюють проблему доступності, як наслідок – погіршується стан здоров'я населення – основи виробничих сил – економічного розвитку держави.

Разом з тим, в Україні кожен другий житель страждає на серцево-судинну патологію, понад 1 млн – на психічні розлади, близько 1,5 млн – на онкологічні хвороби, понад 750 тис. – на туберкульоз і т. д.

Незважаючи на збільшення в останні роки випуску ліків вітчизняними виробниками і освоєння деяких нових, проблема забезпечення важливими лікарськими засобами залишається гострою.

Для прикладу: забезпечення серцево-судинними препаратами вітчизняного виробництва становить 60 %, для лікування психічних розладів – 40 %, протипухлинними – 55 %, протитуберкульозними – близько 50 %, аналгетиками – 60 % і т. д. Ця категорія хворих потребує особливо тривалого лікування різними дорогими препаратами.

Отже, найбільш масові ураження хворобами практично лише наполовину забезпечені мінімальною можливою медикаментозною терапією: протиаритмічними, психотропними, гормональними, антигрибковими, протизапальними, спазмолітичними, жовчогінними, кровозамінними, ферментними препаратами тощо. Не налагоджено виробництво сучасних наркотичних, більшості дитячих, тромболітичних та інших із 55 найважливіших груп.

Найбільш актуальні проблеми забезпечення лікарськими засобами:

Значна частина потреб фінансується за рахунок пацієнтів.

Державні витрати на охорону здоров'я є недостатніми.

Широко розповсюджене самолікування через обмежені доходи.

Система безкоштовного забезпечення недостатньо фінансується.

Державне виробництво не витримує конкуренції ціни і якості.

В Україні відсутній замкнутий цикл синтезу субстанцій та виробництво більшості життєво важливих лікарських препаратів, виготовлення їх на вітчизняних заводах здійснюється переважно за рахунок імпорту.

Відповідно до висновку фахівців в економічному аспекті для України вигідно налагодження виробництва необхідних ліків за участю іноземних інвестицій та використання сучасних технологій.

За розрахунками, ціни лікарських засобів, які передбачається виготовляти в Україні, будуть щонайменше вдвічі нижчі, ніж ціни на аналогічні препарати, що зараз імпортуються, а організація виробництва ліків дозволить також сприяти створенню нових робочих місць, що важливо при економічних негараздах та наявності безробіття.

Проте головним є привнесення в Україну сучасних технологій для випуску ліків згідно з міжнародними вимогами, забезпечення населення та закладів охорони здоров'я найнеобхіднішими ліками.

Таким чином, необхідно налагодити вітчизняне виробництво фармацевтичних препаратів у оптимальному варіанті, орієнтуючись на досвід країн Європейського регіону, виходячи із принципів:

Система охорони здоров'я повинна мати можливість забезпечувати доступність лікарських засобів для всіх громадян. Ціна повинна бути реальною, як для держави в цілому, так і для громадян.

Використання лікарських засобів, які суттєво впливають на стан здоров'я нації, має бути раціональним та обґрунтованим.

Як і в країнах Західної Європи, доступ громадян до лікарських засобів в основному має забезпечуватися державним фінансуванням.

Витрати на лікарські засоби, подібно до Європейського регіону, мають становити 10–25 % від бюджету на охорону здоров'я.

Вільний ринок лікарських засобів, як і в країнах Європейського Союзу, повинен бути упорядкованим, регламентованим, з видачею патентів та ліцензій, тобто із належною реєстрацією для реалізації.

Таким чином, держава повинна володіти контрольним пакетом акцій у створенні цих умов, до яких належать здоров'я, освіта, культура та інші складові благополуччя людини, необхідні для виробництва матеріальних благ на її користь у суспільстві в цілому.

Отже, в галузі охорони здоров'я оптимальним вважається варіант моделі із контрольним пакетом акцій на збереження і покращання здоров'я населення, що має забезпечувати гарантований мінімум комплексних заходів охорони здоров'я в цілому та належну первинну допомогу зокрема. Ефективність вкладених коштів має бути гарантована необхідними для цього Законами, внесеними для розгляду і прийнятими професійним державним органом галузі – Міністерством охорони здоров'я України за пропозиціями його головних спеціалістів.

# 1.2 Особливості стилю життя сучасної людини

Поняття “стиль життя” вводить у науковий обіг М.Вебер, який розглядає його, насамперед, в соціологічному контексті як критерій соціальної стратифікації, чинник, що інтегрує певну соціальну групу й водночас перешкоджає переходу особи із однієї групи в іншу. Його послідовники розробляють різноманітні концепції так званих субкультур, яким відповідають різні стилі життя, і доходять висновку, що відмінності між людьми зумовлюються не належністю до суспільного класу, а віковими характеристиками, певним типом культури тощо.

Поняття “спосіб життя” фіксує всю сукупність форм життєдіяльності особистості: як тих, що жорстко визначені певним місцем в соціальних відносинах, так і тих, що є результатом вільного вибору форм поведінки. Стиль життя як феноменологічний аспект існування людини відображає ті форми життєдіяльності суб’єкта, які ним вільно обрані. Стиль життя більшою мірою фіксує, враховує індивідуальні особливості поведінки, смаки, уподобання, інтереси, нахили людей. Стиль життя окремої особистості чи групи людей зовсім не зводиться до простого засвоєння чи повтору того “загального” і “особливого”, що притаманне життєдіяльності членів суспільства.

Стиль життя є істотною ознакою людської індивідуальності, особистісного розвитку, який багато в чому залежить від ціннісних орієнтацій, рівня культури та психологічних особливостей самої людини. Тому процес становлення індивідуальності ототожнюється із формуванням неповторного, “особистого” стилю життя. Відсутність останнього веде до свавілля, еклектики, панування примхи тощо. Особистість окреслює свою життєву лінію згідно з певними принципами, правилами, смаками, відповідно до власних уявлень про повноцінне в духовному, моральному і фізичному відношеннях життя.

Проаналізував стан здоров`я в Україні, можна сказати, що очікувати будь-яких позитивних змін можна лише за умов формування у суспільстві “моди” на здоровий стиль поведінки. Адже загальновідомо, що найнебезпечніші захворювання у розвинутих країнах пов‘язані з постійними індивідуальними звичками, котрі у сукупності часто і називають “стилем життя” [3].

Єдина можливість попередити трагічний розвиток подій — докорінна зміна способу мислення сучасної людини, формування у пересічного громадянина вірного уявлення про можливості зберегти та зміцнити своє здоров’я.

У цьому сенсі навряд чи можна досягти певного успіху шляхом заборони (куріння, вживання спиртних напоїв тощо), як це намагаються зробити деякі державні чиновники. Першочерговим завданням має стати пошук шляхів, які створять культ здорового способу життя у населення.

В Україні поки що не вироблено традицій щодо міцного здоров‘я (і відповідного стилю поведінки) як обов’язкової складової життєвого успіху. Зокрема, 58 % палять; 6,5 млн українців працездатного віку мають проблеми з алкоголем, кожний восьмий стає алкоголіком; близько 115 тис. молодих людей у віці 14—29 років перебувають на обліку з приводу наркоманії; лише 9 % населення певною мірою охоплені фізичною культурою [4, 6].

Великою є роль інтелігенції, еліти суспільства, у пропагуванні здорового способу життя. Інформація, одержана із джерела, що заслуговує на довіру, може викликати бажання щось змінити у власному житті. Міцне здоров’я мусить стати предметом, що дає можливість пишатися ним.

Саме це відбувається у культурному осередку цивілізованих країн світу. Найголовнішою ознакою успішної та стильної людини сьогодні є здоров’я та відмінна фізична форма, а “наймодніша” поведінка серед культурної та ділової еліти — це позитивний спосіб життя з обов’язковим відвідуванням фітнес-центрів. У цьому сенсі головне завдання держави — зробити здоровий спосіб життя доступним для широких верств населення

Людям кожної вікової категорії відповідає свій стиль життя, мислення, оцінка довкілля (природи та людей). У молодому віці (до 40 років) людина наділена великим обсягом пам'яті, логічним і швидким типом мислення, схильністю до контрастів. Більшість учених свої відкриття здійснили саме у віці до 40 років, поети теж створювали шедеври в молодому віці.

Людина середнього віку звільняється від біологічної репродуктивної ролі, починає себе усвідомлювати членом суспільства, оцінювати свою роль у ньому, проявляти соціально-політичну активність. Більшість політиків саме середнього віку.

Людина похилого віку схильна до підбиття підсумків, оцінки попередніх етапів життя, виявляє бажання поділитися досвідом та допомогти іншим. У цьому віці розквітає талант письменника, лікаря, педагога.   
Людина старечого віку, можливо, передчуваючи кінець життя, більше відчуває красу довкілля та всього створеного людськими руками. Саме в цей період виявляється схильність до художньої творчості: малювання, скульптури, ікебани тощо.

Встановлено, що здоров’я людини залежить від способу життя (близько 50%), стану навколишнього середовища (20 – 25%), генетичних чинників (15 – 20%) та медичної допомоги (приблизно 10%). Тому тільки комплексний вплив на суб’єктивні (спосіб життя) та об’єктивні (стан навколишнього середовища, рівень медичної допомоги) чинники здоров’я сприятиме поліпшенню здоров’я кожної людини і нації в цілому.

Життя — це особлива форма існування матерії, вища по відношенню до фізичних і хімічних форм, яка здатна до розмноження, росту, активної регуляції своїх функцій, до різних форм руху, діяльності. Суттєвим моментом життя є постійний обмін речовин з оточуючою їх зовнішньою природою.

Умови, при яких створюється можливість впливу на людину шкідливих і небезпечних факторів, визначають небезпечну ситуацію.

Проблема пристосування людини до реалій життя споконвічна. В ній чітко простежуються два принципових моменти: рівень інтелектуальних і фізичних можливостей індивіда, з одного боку, і конкретні умови його життя, сприятливі чи несприятливі – з іншого.

Тисячоліттями пристосування людини до реальності відбувалося природно і все в її житті було відносно ясним. Високого становища закономірно досягав найсильніший, а слабкий не претендував на таке становище. Людина знала своє місце серед людей і в житті не прагнула до того, що вважала неможливим. Це вносило стабільність в її життя. Хлібороб орав, воїн був воїном, вождь – вождем. Людина жила в злагоді зі своєю натурою. Йому загрожували стихії, голод, холод, ікла хижаків і вороги, але протягом тисячоліть були відпрацьовані механізми захисту від цих напастей. І людина, в згоді зі своєю натурою, долала труднощі і відбивала загрози.

З кінця ХІХ століття життя людини принципово змінилося. Темп життя різко збільшився. Зникли загрози, до яких людина пристосовувалася тисячоліттями; виникли загрози, проти яких вона не мала генетичної програми захисту. Науково-технічна революція за короткий час різко змінила спосіб життя, його умови. Відповідно драматично змінилась і адаптація до реального життя Вона перестала залежати від росту, фізичної сили і міцності кісток. Слабшали родові зв’язки, зникли станові переваги. Пристосованість людини до дійсності в наш час в більшій мірі залежить від її психічних можливостей, від неї самої, а домагання людини необмежені. Машина пред’явила їй вимоги, які по меншій мірі для третини людей виявилися непосильними. Тисячі років найвищою швидкістю була швидкість руху коня, а нині на зміну йому прийшли автомобілі, залізниці, літаки. Незрівнянно зросла ціна помилки, а приклад тому – Чорнобиль. Ранить не ікло хижака чи спис воїна, ранить слово. Негативні емоції, подібно дев’ятому валу, накрили людину з головою. Кількість інформації, яка надходить до людини, величезна. Людина дезорієнтована. Вона не в змозі переробити таку масу інформації, а це, в свою чергу, може нести загрозу.

 Враховуючи зниження рівня життя, погіршення екологічних умов, скорочення медичних і соціальних державних програм на перший план висуваються проблеми фізичного здоров'я сучасної молоді Витрати на тривале лікування і профілактику хронічних захворювань, малорухливий спосіб життя, шкідливі звички зумовлені такими факторами, як недостатня освіта та обмежений доступ до профілактичних заходів. Ринкові відносини вимагають корінних змін у системі забезпечення та сплати послуг, які покликані підтримувати, зміцнювати та покращувати здоров'я. Тому необхідно, щоб кожна людина, а молодь в першу чергу, взяла на себе відповідальність за особисте здоров'я для зменшення ризику розвитку хронічних захворювань, збільшення тривалості життя, підвищення життєздатності щоб залишатися енергійною, активною та незалежною від життєвих негараздів.

Сьогоднішня молодь має менше можливостей для занять фізичною культурою і спортом у зв'язку зі зменшенням кількості спортивних споруд з необхідністю сплачувати за послуги спортивно-оздоровчої інфраструктури - у фітнес центрах, у плавальних басейнах тощо. Загальна думка фахівців полягає у визнанні необхідності перебудови занять з фізичного виховання з тенденцією більш активного залучення молоді до самостійних занять, не виключаючи обов'язкових чотирьох навчальних годин на тиждень. Стратегічної важливості набуває створення умов, які б надавали студентам можливості брати участь у руховій активності не менше 8-10 годин на тиждень. Саме такий обсяг фізичного навантаження забезпечує оздоровчий ефект, сприяє зменшенню асоціальних проявів серед молоді дозволяє формувати у них звичку до подальших систематичних занять загальнодоступним спортом, виявити здібних з-поміж них для залучення до спорту вищих досягнень. При менших енерговитратах фізична діяльність практично не дає позитивної дії на стан здоров'я з точки зору зниження ризику розвитку захворювань та збільшення тривалості життя.

Практика свідчить, що фізичне виховання спрямоване лише на рухову діяльність і не впливає на духовний розвиток, на чуттєву сферу людини, разом з позитивним розвитком моральних якостей може формувати асоціальну поведінку та егоїстичну спрямованість особистості Сучасна фізично, морально і духовно зріла молодь повинна проявляти свою усвідомленість у вищих досягненнях і проявах людяності Саме модель такої особистості ґрунтується на таких основах як міцне здоров'я, високий рівень свідомості до прояву поведінкових вчинків, багатства позитивних моральних стосунків у мікро - і макрооточенні базою яких можуть бути заняття фізичними вправами, рухливими, народними і спортивними іграми, улюбленими видами спорту, туризмом, активним руховим відпочинком в режимі дня Розкриття необхідності виховання у молоді ціннісного відношення до здоров'я, визначення факторів, які впливають на формування у молоді системи цінностей, в яких здоров'я та фізична активність посідають важливі місця, є запорукою подальшого життєвого успіху і важливою умовою самореалізації молодої людини.

На жаль, можна сказати, що алкоголізм та побутове пияцтво в нашій країні є досить поширеними. Віками склалося, що відзначати різні життєві події потрібно з алкогольними напоями.

На жаль, процес залучення дітей до спиртного проходить досить активно і навіть з раннього дитинства.

На діаграмі представлені дані (% з накопиченням), які свідчать про збільшення кількості молоді, котра вже спробувала пива, вина, міцних напоїв у 10 років. З них у віці 10 років 27% вже спробували один з спиртних напоїв, а в 15 років їх частка збільшилася до 67%.

Дуже часто перше вживання алкоголю відбувається зі згоди батьків.

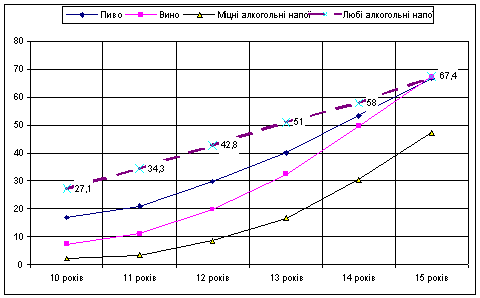


Рис.1.2. Віковий вік вживання спиртних напоїв (у % по кажній віковій групі)

Емпіричні дані показують, що переважна частина молоді знає про шкідливість алкоголю, проте все ж таки не боїться його вживати. Причому серед тих, хто вживає алкоголь рівень поінформованості про його шкідливі наслідки вищий, ніж серед тих, хто не вживає алкоголю. Отже, рівень поінформованості про шкоду алкоголю не є причиною відмови від його вживання.

Безумовно, на поширення алкоголізму впливають різні чинники: економічні, психологічні, соціальні.

Факт знайомства дітей з алкогольними напоями, звісно, не може бути критерієм оцінки міри алкоголізації. За показник вживання алкоголю, як чинника ризику для здоров’я, був прийнятий показник регулярного вживання алкоголю, який визначається як вживання спиртних напоїв не менше 4-х разів на місяць.

На графіку 1.3 зображена залежність від віку частки молоді, котра регулярно (не менше 4 разів на місяць) вживає алкоголь, тобто тут уже наявний чинник ризику для власного здоров'я.

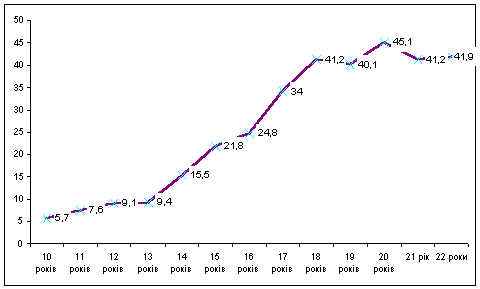


Рис.1.3. Залежність частки молоді, котра регулярно (не менше 4 разів на місяць) вживає алкоголь, від віку (у % по кожній віковій групі)

Молодіжний вік стосовно інтенсивності вживання алкоголю можна розділити на три групи:

- 10-13 років – повільне збільшення алкоголізації;

- 14-18 років – бурхливе зростання алкоголізації;

- 19-22 роки – стабілізація рівня алкоголізації.

Спробуємо проаналізувати, в чому криються головні причини залучення підлітків до алкогольних напоїв. Відомо, що у підітковому віці з'являється бажання відчувати себе дорослим, а алкоголь частіше всього асоціюється з переходом до дорослого життя. Традиційно вважається, що алкоголь допомагає відчути впевненість, допомагає уникнути скутості, дає можливість розслабитись. На дискотеках і вечірках молоді люди спочатку випивають спиртне, а вже потім більш легко йдуть на контакт з іншими ровесниками.

Емпіричні дані показують, що ті юнаки та дівчата, які регулярно відвідують дискотеки, танці, вечірки, кафе тощо, частіше вживають алкогольні напої, ніж ті, хто не ходить до розважальних закладів. Так, серед тих, хто вважає вечірки і дискотеки своїм улюбленим заняттям, частка, яка регулярно вживає алкоголь, становить 65%. Крім того, практика показує, що ледарство, бажання позбавитися від існуючих проблем також “лікується” за допомогою алкоголю. Для багатьох підлітків випивка є свого роду засобом урізноманітнення свого життя, а розповіді про те, як проходив “черговий захід” й “чим справа закінчилася” стає темою для числених розмов на потім. Саме тому та молодь, яка регулярно випиває частіше обговорює проблему алкоголізму в свому середовищі. Так, наприклад, 19% респондентів вважають “випити вина, пива” своїм хоббі. Тобто позбавитись від монотонності життя можна лише завдяки вживанню алкоголю.

Позитивний вплив на спосіб життя в такому аспекті мають заняття спортом. Серед молоді, котра не займається спортом, регулярно п’ють (не менше 4-х разів на місяць) 27% опитаних, серед тих, хто займається спортом час від часу, – 23%, серед тих, хто займається спортом постійно, – 19%. Серед молодих людей, які мають постійне хоббі, частка регулярного вживання алкоголю становить 16%.

Ще один негативний результат: ті учні, які регулярно випивають гірше навчаються. Серед тих, хто регулярно вживає спиртне, “трійочників” 43%, а серед тих, хто цього не робить – на 10% менше.

Можливо, говорити, що алкоголь вже відбився на розумових здібностях дітей у 10-15 років малоймовірно. Тут наявний інший зв’язок: ті молоді люди, котрі гірше вчаться, комплексують у спілкуванні з особами протилежної статі, часто "розкріпачуються" після вживання алкоголю. Отже, через невміння знайти спільну мову з ровесниками, бути цікавим, приємним співбесідником, молоді люди намагаються форсувати ці прогалини за рахунок вживання алкоголю.

Практика показує, що дуже часто людина починає вживати алкоголь у тому випадку, якщо її переслідують постійні проблеми, стресові ситуації, пов’язані з друзями, родичами, викладачами тощо. Серед молодих людей, які відчувають дискомфорт (часто вступають у конфлікт зі своїм оточенням), частка тих, хто регулярно вживає алкоголь, у півтора раза більше, ніж серед тих, хто дискомфорта не відчуває (відповідно 17% і 11%). Окрім того, виявлено пряму залежність між показниками фізичного розвитку молоді, особливо підлітків, та інтенсивністю вживання алкоголю (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Залежність частки молоді, котра регулярно вживає алкоголь, від віку та співвідношення зросту й ваги тіла

(% по кожній віковій групі)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вік | Вага нижче за норму | Вага у нормі | Вага вища за норму |
| 10-13 років | 8 | 9 | 7 |
| 14-18 років | 36 | 23 | 35 |
| 19-22 років | 42 | 43 | 44 |

У вікових групах 10-13 років та 19-22 років схильність до алкоголю не залежить від відповідності зросту та ваги. А у віці 14-18 років частка тих, хто регулярно вживає алкоголь, у групі молоді з дефіцитом ваги у 1,6 рази вища, ніж в групі з нормальною вагою. Тобто підлітки частіше п’ють в тому випадку, коли хочуть здаватися дорослими, а мають вигляд ще маленьких із-за невеликої ваги. Іншу, полярну групу становлять підлітки з надмірною вагою. Серед них регулярно випивають у 1,5 раза більше, ніж серед тих, хто має нормальну вагу. У “товстячків” ситуація поглиблюється й тим, що їх зовнішній вигляд також не можна назвати “дорослим”, вони також “дорослішають” за рахунок вживання алкоголю.

За міжнародними даними серед підлітків, котрі мали алкогольний досвід, 90-95% п’ють таким чином, що вживання алкогольних напоїв не є для них проблемою. Для інших (5-10%) вживання алкоголю – помітна проблема.

Початок зловживання алкоголем досить помітно пов’язане з психологічними особливостями підліткової кризи. Неблагонадійний підліток, який знаходиться як і його благонадійні ровесники у перехідному потребносному стані, вибирає не сам по собі алкоголь, а “свою” компанію, групу, в якій вже (тобто вторинно) обов’язковим атрибутом є регулярна випивка. Таким чином, підліток (благонадійний та неблагонадійний) у формуванні своєї змістової, ціннісної сфери тяжіє до групоцентриської орієнтації, формуючи та реалізуючи в її межах потребу в спілкуванні, дружбі, спільній діяльності тощо.

Фактор ризику, пов’язаний з вживанням наркотиків, не настільки великий кількісно, але дуже небезпечний. "Піки" їх вживання припадають на 15-річних, 17-річних та 21-річних вікові групи. І знову, за нашими результатами, жінки випереджають чоловіків.

Зазначимо, що на відміну від паління та алкоголю, інформація, яка стосується наркотичних речовин і їхнього впливу на здоров’я людини, найбільш грунтовно може бути наданаспеціалістами, спеціальними виданнями, роль яких, як ми з’ясували, ще досить незначна. Ці питання можна було б також досить активно висвітлювати в деяких шкільних курсах (біологія, література, валеологія тощо).

Аналіз дозволів виявити тенденцію зростання середньої кількості ризиків серед молоді: вживання алкоголю і наркотиків, відсутність фізичної активності, паління, хронічні захворювання, небезпечний секс, надлишкова вага, психологічний дискомфорт. Якщо у віці дітей до 10 років цей показник складає 0.7, то скажімо до 15 років він зростає для чоловіків майже удвічі і доходить до 1.5, а для жінок складає приблизно 1.3. І далі тенденція зростання зберігається поступово стабілізуючись до 18 років.

Поширення різноманітних факторів ризику для здоров'я молодіжного середовища неоднакова. Особливу тривогу викликає паління, оскільки власне цей фактор найбільшою мірою зростає у процесі дорослішання молоді. У нашому дослідженні молода людина вважається такою, що палить, якщо щоденно випалюється 1 сигарета.

Якщо у 10 річному віці вдаються до паління лише біля 5% опитаних, а до 12 років кількість збільшується не досить прогресуючи, то у групі дітей 14 років до паління схильні вже 30% опитаних, а до 17 років палять приблизно 48% опитаних чоловіків і жінок. Потім цей показник дещо знижується, помітно підскочивши у 21 рік (55%). Як бачимо, що саме у 17 років паління є найбільш поширеним чинником ризику серед групи молоді, яка навчається, випереджаючи постійного лідера серед чинників ризику – відсутність фізичної активності. Тобто пропаганда здорового способу життя і заклики жити без паління на сьогодні є досить актуальними, але вони не знаходять належного відгуку серед молоді.

Якщо розглянути дані окремо у групах чоловіків і жінок, то помітно, що більш інтенсивніший потяг до згубної звички паління має місце у групі жінок, що є особливо небезпечним фактом (наприклад, для майбутньої матері):

Таблиця 1.4

Розподіл молоді, що палить за віком та статтю

( % по кожній групі)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вік** | **Чоловіки** | **Жінки** |
| 10 років | 5% | 9% |
| 11 років | 6% | 11% |
| 12 років | 8% | 19% |
| 13 років | 15% | 33% |
| 14 років | 30% | 45% |
| 15 років | 35% | 60% |
| 16 років | 45% | 59% |
| 17 років | 48% | 69% |
| 18 років | 44% | 72% |
| 19 років | 45% | 86% |
| 20 років | 46% | 82% |
| 21рік | 55% | 72% |
| 22 роки | 42% | 71% |

У жінок потяг до паління є практично домінуючим серед інших чинників ризику, вже у групі 14-річних ця проблема виходить на перше місце. Причини цієї вкрай небезпечної, і зі згубними наслідками звички можуть частково обумовлюватись розвитком емансипації, переоцінкою традиційних цінностей, зміною ролі жінки в сім'ї і в суспільстві, відсутністю фізичної культури молоді. Слід зазначити, що багато дівчат-підлітків хочуть бути наділеними такими якостями, які завжди вважалися чоловічими: волею, сміливістю, наполегливістю, витримкою та ін. Вони так, як і хлопці, виховують ці якості в собі. Жіночність далеко не зажди є привабливою якістю для сучасних дівчат. Це пов'язано зі зміною статусу жінки в суспільному житті і сім'ї. Цим визначаються зміни в суспільних ідеалах, а вони в свою чергу впливають на формування у дівчаток уявлень про позитивні риси. Зміст ідеалу дівчинки значною мірою визначається і конкретними особливостями її виховання та спілкування.

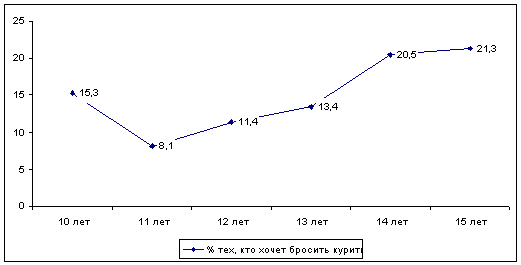
Західні вчені приділяють велику увагу вивченню проблеми паління серед молоді. За їхніми даними, причини через які молоді люди починають палити є різноманітними. Головною причиною вони вважають наявність сприятливих умов для початку паління, культурні передумови в родині і найближчому оточенні, коли паління розглядається як нормальне явище, що не суперечить ніяким нормам поведінки. У сьогоденні багато молодих людей сприймають паління “нормальне явище”, коли курять друзі, курять члени родини, курять авторитетні дорослі. За даними національного опитування виявлено залежність між уживанням нікотину і наявністю хронічних захворювань (таблиця 1.5).

Таблиця 1.5.

Взаємозв'язок хронічних захворювань і паління серед різних вік груп молоді

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вікові групи | Частка хронічних хворих серед тих, хто палить | Частка хронічних хворих серед тих, хто не палить |
| 10-13 років | 15 | 11 |
| 14-18 років | 18 | 17 |
| 19-22 року | 25 | 19 |

Можна говорити про те, що серед дітей, які починають палити дуже рано (10-13 років), більша частина з них страждає від хронічних захворювань. А часто хроніки починають палити? Це варто з'ясувати. У віці 14-18 років частка хронічних хворих серед тих, хто палить і не палить практично не відрізняється. Але до 19-22 років різниця в долі хронічних захворювань серед тих молодих людей, хто палить і не палить, становить більше 5%.



Діаграма 1.4 Розподіл школярів, що хотіли б кинути палити, за віковими групами (% від кожної вікової групи)

Незважаючи на те, що паління швидко стає звичкою і може привести до нікотинової залежності, людина все ж таки може кинути палити. Деякі молоді люди вважають, що в підлітковому віці, коли ти ще здоровий, можна палити, а потім можна і кинути в будь-який момент. На жаль, це не так просто. Людині дуже важко не палити в той час і в тих умовах, де він звичайно курив. Організм уже звик до нікотину і бажання закурити стає нестерпним.

Дорослі (батьки, учителі), що забороняють курити дітям і підліткам, повинні розуміти, що це нелегко. Усі, хто кидає палити потребують особливої підтримки з боку людей, які їх оточують.

За опитуванням учнів 5-9 класів шкіл м.Києва, у віці 15 років кожен п'ятий школяр хотів би кинути палити (діаграма х).

Серед школярів, що хоче кинути палити проблема з дорослими із-за паління з'являються у 18%, а в цілому в 5%.

Тобто, думається, оптимальним варіантом є привентивна робота щодо боротьби з палінням серед тієї молоді, що ще не почала палити чи палять "експериментально".

# 1.3 Здоровий спосіб життя як чинник формування,збереження і зміцнення здоров`я населення

Здоровий спосіб життя - це система поведінки людини, яка охоплює культуру руху, харчування, взаємини, повноцінне сімейне життя, творчу активність, високоморальне ставлення до довкілля, інших людей і до самих себе; це захоплення, любов до рідних, а також бажання творити добро.

Здоровий спосіб життя надає значний вплив не тільки на підвищення фізичної підготовленості, поліпшення здоров'я, але і на успішну соціалізацію, професійну самореалізацію особи. Причому люди, залучені до здорового способу життя, не тільки самі активні в суспільстві, але і надають позитивну дію на формування аналогічних соціальних якостей у свого найближчого оточення [9,с.29].

Приймаючи положення про те, що здоровий спосіб життя слід розглядати як біосоціальну категорію, інтегруючу уявлення про певний тип життєдіяльності людини і що характеризується його трудовою діяльністю, побутом, формою задоволення матеріальних і духовних потреб, правилами індивідуальної і суспільної поведінки, що відображає рівень суспільного процесу в цілому, ми вважаємо за необхідне розглядати здоров'я як інтеграційне поняття, що включає соматичне, фізичне, психічне і етичне здоров'я, що у свою чергу обумовлює виділення провідних напрямів формування здорового способу життя, дозволяє визначити їх зміст, основні форми, методи і засоби його формування.

У останні десятиліття в працях вітчизняних учених висвітлено багато найважливіших аспектів формування здорового способу життя. Проте, не дивлячись на чітке формулювання завдань у ряді директивних і узагальнювальних документів, умови, структура і зміст формування розкриті недостатньо.

Вивчення стану проблеми в сучасних наукових дослідженнях дозволило нам сформулювати, конкретизувати і науково обгрунтувати умови ефективного формування здорового способу життя, а саме:

- ціннісне відношення до здоров'я і здорового способу життя розглядається як цільовий і змістовний компонент життєдіяльного процесу;

- оволодіння цінностями здорового способу життя, необхідними в соціально-особовому, психічному і фізичному плані для підвищення ефективності діяльності людини ;

- системне вирішення проблем формування здорового способу життя в освітньо-інформаційному і поведінковому плані;

- диференційований і індивідуалізований відбір змісту, форм і методів формування здорового способу життя з урахуванням особливостей контингенту населення;

- програмно-методичне забезпечення формування здорового способу життя населення, замість механічного відтворення пропонованого змісту конкретних занять освоєння комплексу методико-організаційних заходів щодо реалізації такого;

- облік не тільки власне виробничих перспектив такої реалізації, але і її рекреативних і реабілітаційних перспектив і можливостей.

Здійснення комплексного, науково і методологічно обгрунтованого підходу до вирішення вказаної проблеми, на нашу думку, дозволить значно підвищити ефективність процесу формування здорового способу життя і представляється достатньо перспективним [8,с.24].

Проаналізуємо вимоги, які пред'являються до здорового способу життя населення.

Прості з цих вимог і правил витікають з елементарної необхідності успішного виживання і адекватного пристосування до навколишнього середовища.

Інші, серйозніші, змістовніші особливості складових здорового способу життя – правильний режим праці, відпочинку, харчування, рухової активності, гартування, профілактики шкідливих звичок, вимоги санітарії і гігієни, облік екологічних умов, культура міжособового спілкування і тому подібне пізнаються цивілізованою людиною в процесі навчання і виховання впродовж всього життя. І чим раніше він ці корисні знання засвоює, тим більше здійсненим буває його особовий розвиток, життя стає повноціннішим, приємнішим і цікавішим, а творча діяльність продуктивнішою, насиченою і тривалою.

Правильний режим дня передбачає строгий і розумний розпорядок, по-можливості, постійний час підйому і уранішньої гігієнічної гімнастики, водних процедур і сніданку, відходу на навчання або роботу, обідньої перерви і повернення додому, їди і відпочинку, спортивних занять і домашньої роботи, культурного дозвілля, вечірньої прогулянки і відходу до сну.

Закріплений багаторічними повтореннями, такий розпорядок дня поступово стає звичним і більш легеням в повсякденній реалізації. Згодом це знаходить корисний вираз не тільки в зовнішніх проявах будь-якої виконуваної діяльності, але і в протіканні складних внутрішніх процесів людського організму [2,с.19].

Наприклад, звичка вставати вранці в один і той же час і обов'язково робити уранішню зарядку забезпечує ритмічну діяльність всього організму, швидку і високу розумову і фізичну працездатність, створює гарний, підведений настрій на весь майбутній день. Відсутність же постійного режиму дня приводить до відносно сповільненому входженню в роботу, менш доброму або навіть поганому загальному самопочуттю і невисоким результатам виконуваної діяльності.

Раціоналізація розумової і фізичної праці забезпечує узгоджену діяльність всього організму, його взаємодію з навколишнім середовищем.

На думку фахівців, стомлення, що викликається як розумовою, так і фізичною діяльністю людини, розвивається перш за все в центральній нервовій системі. В цілях попередження перевантаження ЦНС застосовуються спеціально розроблені принципи раціоналізації праці, оптимізації виконуваних трудових операцій [9,с.28].

Тривала і напружена розумова робота викликає стомлення в ЦНС і падінні працездатності. Хорошим засобом відпочинку в таких випадках є тимчасове перемикання на інший вид діяльності, краще всього на неважку фізичну роботу. Чергування розумової і фізичної праці оберігає нервову систему від перевтоми і підвищує її функціональну працездатність.

Раціональне харчування в здоровому способі життя, активні заняття фізичною культурою і спортом, а також фізичною і розумовою працею викликають підвищену витрату енергії. Заповнення витраченої енергії за рахунок раціонального харчування - одне з важливих життєвих завдань кожної цивілізованої людини.

Шкідливі звички - куріння, вживання спиртних напоїв, наркотиків – істотно підривають здоров'я і працездатність людини і тому абсолютно недопустимі .

У тютюновому диму містяться десятки шкідливих для організму хімічних речовин, сприяючих захворюванням нервової системи, апарату травлення, дихальної системи і так далі Канцерогенна (сприяюче утворенню ракових пухлин) дія тютюнових смол доведена науковими дослідженнями. Нікотин помітно ослабляє пам'ять, вражає волю, знижує продуктивність серцево-судинної і дихальної систем, а також загальну працездатність людини.

У молодому віці отруєння нікотином наступає значно швидше, ніж у дорослих. Звідси, як показують дослідження, неуважність і нервозність, проблеми з пам'яттю, прикре відставання від однолітків в навчанні і спорті [5,с.13].

Алкоголь шкідливо діє, перш за все, на нервову систему людини. В стані сп'яніння знижуються показники сили, швидкості, витривалості, порушується координація рухів, погіршуються зорові і слухові сприйняття. При частому вживанні алкоголю порушується теплорегуляція в організмі, розвиваються важкі, необоротні захворювання (жирове переродження серцевого м'яза, гіпертонічна хвороба і ін.). Шкідливо впливає алкоголь і на потомство: у п'ючих людей часто народжуються хворі або розумово неповноцінні діти, приносячи нещастя і додаткові фінансові проблеми не тільки батькам і близьким родичам, але і всьому суспільству.

Прийом наркотиків веде до виснаження нервової системи людини, прискорює знос і старіння кліток і тканин організму. Для людини, особливо молодої, характерне швидке звикання до наркотиків. При їх відсутності наркоман відчуває психічний дискомфорт, фізичну слабкість, його мучить безсоння, переслідує незбориме бажання за всяку ціну знайти і прийняти наркотик. Не у силах контролювати своєї поведінки, ці люди здатні здійснювати найнесподіваніші вчинки, а часто - і небезпечні злочини.

Як показав аналіз освітньої практики, можна виділити наступні основні напрями по формуванню здорового способу життя:

1. Створення інформаційно-пропагандистської системи підвищення рівня знань про негативний вплив чинників ризику на здоров'ї, можливостях його зниження.

Тільки через поточну, повсякденну інформацію людина отримує необхідні знання, які в тому або іншому ступені впливають на поведінку, а, отже, і на спосіб життя. Природно, що інформація повинна враховувати склад цільової групи, зацікавленість аудиторії.

2. Другий важливий напрям формування здорового способу життя - так зване «навчання здоров'ю».

Це комплексна просвітницька, повчальна і виховна діяльність, направлена на підвищення інформованості по питаннях здоров'я і його охорони, на формування навиків зміцнення здоров'я, створення мотивації для ведення здорового способу життя як окремих людей, так і суспільства в цілому [12,с.19].

3. Заходи по зниженню поширеності куріння і споживання тютюнових виробів, зниженню споживання алкоголю, профілактика споживання наркотиків.

Слід підкреслити, що від ступеня зацікавленості людей у власному здоров'ї безпосередньо залежить успіх даного напряму в роботі по формуванню здорового способу життя. Останніми роками в суспільстві стало наполегливішим прагнення захистити населення від шкідливих звичок, формується законодавча база в цій області, проте говорити про успіхи передчасно. Три чверті чоловіків у віці до 40 років палить, стрімко збільшується питома вага жінок, що палять, і підлітків. Зловживання алкоголем є причиною більше 70% нещасних випадків, 60% смертельних отруєнь пов'язано з вживанням алкогольних напоїв. Основною формою антинаркотичної профілактики є пропаганда. Але робота ця багато в чому не приносить очікуваних результатів, особливо з молоддю. Роз'яснювальна робота фахівців охорони здоров'я проводиться епізодично, нею практично займаються лікарі- наркологи і не задіяні лікарі інших спеціальностей. У агітаційних матеріалах не врахована психологія «ринкового» покоління з більш індивідуалізованою свідомістю, ніж у старшого покоління, його нова споживча субкультура, в якій головним поняттям є престиж [3,с.29]. В цілях підвищення ефективності профілактичної роботи доцільно активніше привертати до участі в її проведенні працівників освіти, науки, культури, видних політиків, шоуменів і інших осіб, що мають авторитет серед населення. З урахуванням цього, проведення цілеспрямованих масових акцій із залученням відомих осіб, що роблять вплив на громадську думку, може виявитися достатньо результативним.

4. Спонука до фізично активного способу життя, заняттям фізичною культурою, туризмом і спортом, підвищення доступності цих видів оздоровлення.

Природно, що комерціалізація спортивної інфраструктури перешкоджає розвитку масового спорту. В той же час, зводити проблему виключно до доступності спортивних споруд неправильно. Мова повинна йти про боротьбу з гіподинамією всіма доступними способами, включаючи заняття фізкультурою у вузі, спортивні секції, уранішню гімнастику, піші прогулянки і походи.

Необхідно, перш за все, подолати пасивність муніципальних органів у справах молоді і фізичній культурі і спорту, які здатні професійно очолити і вести цю роботу. Стадіони, спортивні майданчики, інші прості спортивні споруди можуть з успіхом стати місцями навчання молоді навикам фізичної культури. Особливу роль в цьому плані повинні грати літні оздоровчі установи, які в даний час використовуються більше як засіб забезпечення зайнятості молодих людей, ніж як засіб формування здорового способу життя [7,с.38].

Формування здорового способу життя, таким чином, - це ціла система суспільних і індивідуальних видів, способів, форм діяльності, активності, направлених на подолання чинників риски виникнення і розвитку захворювань, оптимального використання на користь охорони і поліпшення здоров'я соціальних, психологічних і природних умов і чинників способу життя.

Сприяння здоров'ю і здоровому способу життя визначене законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я, яка передбачає необхідність здійснення багатосекторної діяльності, залучення до неї держави, суспільства, некомерційних і комерційних неурядових організацій і індивідуумів. Пріоритети цієї діяльності в Україні в цілому співпадають з пріоритетами в цій сфері, певними Основами політики досягнення здоров'я для всіх в 21 столітті в Європейському регіоні. До них належать завдання по полегшенню здорового вибору щодо живлення, фізичних вправ, сексуального життя; зменшення шкоди від вживання алкоголю, табакокуріння, забезпечення здорового середовища шляхом створення багатосекторних механізмів, які дозволяють зробити здоровішим життя: учбові заклади, робочі місця і населені пункти; створення безпечних і сприятливих фізичних, соціальних і економічних умов життя з метою забезпечення здоров'я населення.

При аналізі основних складових законодавства України, яке забезпечує реалізацію політики сприяння здоров'ю і формування здорового способу життя, встановлено, що нормативно-правова база галузі охорони здоров'я пов'язана з проблемами здорового способу життя, вже не раз підлягала перегляду: з ухваленням Конституцій 1936, 1978, 1996 рр. [1], “Основ законодавства України” 1992 року і інших законів.

Проте, окремого законодавства про сприяння здоровому способу життя в Україні немає. Відповідні правові норми щодо цього містяться в нормативно - правових актах різних галузей законодавства. Здоров'я людини в Україні розглядається як одне з найголовніших немайнових благ. Статтею 3 Конституції України здоров'я людини, як і його життя, особиста честь і гідність, недоторканність і безпека, визначається найвищою соціальною цінністю [1].

Висунення проблеми здоров'я в число пріоритетних завдань соціального розвитку країни обумовлює необхідність проведення наукових досліджень і вироблення методичних і організаційних підходів до збереження і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя населення.

Формування потреби населення в здоровому способі життя необхідне для того, щоб людина володіла різного роду уміннями і навиками відновлення організму після напруженої роботи. В зв'язку з цим вивчення специфіки відношення сучасного населення до здоров'я дозволить визначити можливості оптимізації державної політики .

Здоров'я індивіда не повинне розглядатися як його особиста справа. З погляду фізичної культури, кожна людина e невід'ємна ланка людського суспільства, і, отже, стан здоров'я кожної людини є вже не особистою проблемою, а соціальною, суспільною. Звідси вивід про те, що про здоров'я людини повинні піклуватися суспільство і держава, вчасно приймаючи дієві заходи до його збереження, зміцнення і відновлення.

Бо здоров'я залежить, багато в чому, від зовнішніх чинників і способу життя, що мають соціальну природу [12, с.44]

Як відомо, серед чинників, що впливають на стан здоров'я, спосіб життя займає провідне місце - до 50%. Чинники, що впливають на формування здорового способу життя

10% - від рівня розвитку медобслуговування;

20% - від спадковості;

20% - від довкілля;

50% - від способу

Основним чинником, що впливає на формування здорового способу життя, є відвідини занять по фізичній культурі. Проте, при позитивному відношенні до фізичної культури в цілому, значна кількість молодих людей активного інтересу до неї не проявляє і займається через необхідність.

Решта чинників залишається мало затребуваними в повсякденному житті студентів. Як затверджують дослідники, в ціннісній свідомості молоді не сформовано відношення до здоров'я як до головної цінності, від якої залежить повноцінне життя людини.

Турбота про здоров'я сприймається на рівні потреб самозбереження, не зачіпаючи рівень соціогених і вищих потреб людини. При цьому основними мотивами здорового способу життя є поліпшення стану здоров'я і зовнішньої привабливості. Ми вважаємо, що регулювання поведінки молоді у сфері здоров'я полягає в мотивації ЗСЖ за допомогою підвищення частки соціальнозначущих мотивів: професійного зростання, саморозвитку, самоудосконалення.

Величина внеску окремих чинників різної природи на показники ЗСЖ залежить від віку, підлоги і індивідуально-типологічних особливостей людини. Зміст кожного з чинників забезпечення здоров'я можна визначити таким чином (табл. 1.2) [4,с.65].

Таблиця 1.2

Чинники, що впливають на ЗСЖ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сфера впливу чинників | Чинники | |
|  | Зміцнюючі здоров'я | Погіршуючі здоров'я |
| Генетичні | Здорова спадковість. Відсутність морфофункціональних передумов виникнення захворювання. | Спадкові захворювання і порушення. Спадкова схильність до захворювань. |
| Стан навколишнього середовища | Хороші побутові і виробничі умови, сприятливі кліматичні і природні умови, екологічно сприятливе місце існування. | Шкідливі умови побуту і виробництва, несприятливі кліматичні і природні умови, порушення екологічної обстановки. |
| Медичне забезпечення | Медичний скринінг, високий рівень профілактичних заходів, своєчасна і повноцінна медична допомога. | Відсутність постійного медичного контролю за динамікою здоров'я, низький рівень первинної профілактики, неякісне медичне обслуговування. |
| Умови і спосіб життя | Раціональна організація життєдіяльності: осілий спосіб життя, адекватна рухова активність, соціальний спосіб життя. | Відсутність раціонального режиму життєдіяльності, міграційні процеси, гипо - або гіпердинамія. |

У визначенні здорового способу життя для кожної людини необхідно враховувати як його типологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, морфофункціональний тип, переважаючий механізм вегетативної регуляції і т. д.), так і віково-статеву приналежність і соціальну обстановку, в якій він живе (сімейний стан, професію, традиції, умови праці, матеріальне забезпечення, побут і т. д.). Важливе місце в початкових посилках повинні займати особово-мотиваційні особливості даної людини, його життєві орієнтири, які самі по собі можуть бути серйозним стимулом до здорового способу життя і до формування його змісту і особливостей.

В даний час спостерігається парадокс: при абсолютно позитивному відношенні до чинників здорового способу життя, особливо відносно живлення і рухового режиму, в реальності їх використовують лише 10%-15%. Це відбувається не через відсутність валеологічної письменності, а із-за низької активності особи, поведінкової пасивності [4,с.65].

Таким чином, здоровий спосіб життя винен цілеспрямовано і постійно формуватися протягом життя людини, а не залежати від обставин і життєвих ситуацій.

Ефективність здорового способу життя для даної людини можна визначити по ряду біосоціальних критеріїв, що включають:

* оцінку морфофункціональних показників здоров'я: рівень фізичного розвитку, рівень фізичної підготовленості, рівень адаптивних можливостей людини;
* оцінку стану імунітету: кількість простудних і інфекційних захворювань протягом певного періоду;
* оцінку адаптації до соціально-економічних умов життя (з урахуванням ефективності професійної діяльності, успішної діяльності і її "фізіологічної вартості" і психофізіологічних особливостей); активності виконання сімейно-побутових обов'язків; широти і вияви соціальної і особової цікавості;
* оцінку рівня валеологічної письменності, зокрема ступінь сформованості установки на здоровий спосіб життя (психологічний аспект); рівень валеологічних знань (педагогічний аспект); рівень засвоєння практичних знань і навиків, пов'язаних з підтримкою і зміцненням здоров'я (медико-фізіологічний і психолого-педагогічний аспекти); уміння самостійне побудувати індивідуальну програму здоров'я і здорового способу життя.

Як показують дані численних досліджень, присвячених проблемам здоров'я населення в ієрархії цінностей людини здоров'я займає одну з центральних позицій. Значення збереження здоров'я неухильно зростає у міру впливу технизованого навколишнього середовища на організм людини [6]. Гарне здоров'я є найбільше соціальне благо і накладає відбиток на всі сфери життя людей. Воно виступає як одна з необхідних і найважливіших умов активного, творчого і повноцінного життя людини в соціумі. Саме на це свого часу звернув увагу До. Маркс, представивши хворобу як обмежене в своїй свободі життя . Недостатній рівень здоров'я негативно відбивається на соціальній, трудовій і економічній активності людей, знижуючи рівень продуктивності праці, знижуючи показники здоров'я майбутнього покоління, а також істотно зменшуючи загальну задоволеність людини своїм життям. Таким чином, здоров'я є основним ресурсом, від ступеня володіння яким залежить задоволеність практично всіх потреб людини, воно відбивається на образі і стилі життя, міграційній рухливості людей, залученні їх до сучасних досягнень культури, науки, мистецтва, техніка, характері і способах проведення дозвілля і відпочинку. Проте, необхідно пам'ятати, що рівень здоров'я, у свою чергу, має залежність від соціально-економічних чинників.

Більшість західних дослідників визначають спосіб життя як “широку категорію, що включає індивідуальні форми поведінки, активність і реалізацію своїх можливостей в праці, повсякденному житті і культурних звичаях, властивих тому або іншому соціально-економічному устрою” [9,с.36].

А.М. Ізуткин та Г.Ц. Царегородцев структуру способу життя представляють у вигляді наступних елементів:

1) перетворча діяльність, направлена на зміну природи, суспільства і самої людини;

2) способи задоволення матеріальних і духовних потреб;

3) форми участі людей в суспільно політичній діяльності і в управлінні державою;

4) пізнавальна діяльність на рівні теоретичного, емпіричного і ціннісно-орієнтованого знання;

5) комунікативна діяльність, що включає спілкування між людьми в суспільстві і його підсистемах (народ, клас, сім'я і ін.);

6) медико-педагогічна діяльність, направлена на фізичний і духовний розвиток людини [17,с.36].

Ю.П. Лісицин, Н.Ст. Полуніна, Е.Н. Савельева і ін. пропонують такі складові частини (аспекти) способу життя, як виробнича, суспільно-політична, позатрудова, медична активність [8,9, с.8].

Інші автори в поняття спосіб життя включають трудову діяльність людини, соціальну, психоінтелектуальну, рухову активність, спілкування і побутові взаємини [10,с.66], звички, режим, ритм, темп життя, особливості роботи, відпочинку і спілкування [14,с.52].

Ю.П. Лісицин, спираючись на класифікації способу життя І.В. Бестужева-Лади і ін., виділяє в образі життя чотири категорії:

економічну - ”рівень життя”,

соціологічну - “якість життя”,

соціально-психологічну - “стиль життя”

соціально-економічну - “устрій життя” [8, с.8].

Прийняті наступні показники рівня життя: розмір і форма доходів; структура споживання; якість житла і забезпеченість ним; умови праці і відпочинку; стан навколишнього середовища; освітній і культурний рівень населення; здоров'я і тривалість життя [19,с.22].

Під устроєм життя розуміється порядок суспільного життя, побуту, культури, в рамках якого відбувається життєдіяльність людей. Стиль життя відноситься до індивідуальних особливостей поведінки як одного з проявів життєдіяльності. Якість же життя є оцінкою якісної сторони умов життя; це - показник рівня комфорту, задоволеність роботою, спілкуванням і тому подібне

Вітчизняні, як і зарубіжні учені [8, с.8], зокрема Ю.П. Лісицин і Ю.М. Комарів, виділили показники, виступаючі чинниками риски для здоров'я (див. табл.1.4).

Таблиця 1.4

Чинники, що впливають на ЗСЖ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сфери впливу чинників | Групи чинників риски | Питома вага (у %) чинників ризику |
| Спосіб життя | Куріння | 49-53 |
| Вживання алкоголю |
| Незбалансоване живлення |
| Стресові ситуації (дистреси|) |
| Шкідливі умови праці |
| Гіподинамія |
| Погані матеріально-побутові умови |
| Споживання наркотиків, зловживання ліками |
| Неміцність сімей, самота |
| Низький культурний і освітній рівень |
| Високий рівень урбанізації і так далі |
| Генетика, біологія людини | Схильність до спадкових хвороб | 18-22 |
| Схильність до так званих дегенеративних хвороб |
| Зовнішнє середовище | Забруднення повітря | 17-20 |
| Забруднення води |
| Забруднення грунту |
| Різка зміна атмосферних процесів |
| Підвищені геліокосмічні, радіаційні, магнітні і ін. випромінювання |
| Охорона здоров'я | Неефективність профілактичних заходів | 8-10 |
| Низька якість медичної допомоги |
| Невчасність медичної допомоги |

Таким чином, здоров'я людини складається з чотирьох груп чинників, серед яких питома вага доводиться на спосіб життя. Для того, щоб підтримувати високий рівень здоров'я, необхідне не тільки розширення уявлень про здоров'я і хвороби, але і уміле використання всіх чинників, що впливають на різні складові здоров'я (фізичну, психічну, соціальну і духовну), оволодіння оздоровчими, загальнозміцнюючими методами і технологіями, формування установки на здоровий спосіб життя. [60]

**ВИСНОВОК**

У роботі вивчені теоретико-методологічні підходи до аналізу формування здорового способу життя , а саме: концептуальні підходи до вивчення ЗСЖ: спосіб життя - одна з найважливіших біосоціологічних категорій, інтегруючих уявлення про певний спосіб життєдіяльності людини. Спосіб життя характеризується особливостями повсякденного життя людини, що охоплюють його трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних і духовних потреб, участь в суспільному житті, норми і правила поведінки. На сьогоднішній день є цілий ряд робіт, присвячених формуванню здорового способу життя .

Виявлені чинники, що впливають на формування здорового способу життя студентів. Основним чинником, що впливає на формування здорового способу життя, є відвідини занять по фізичній культурі. В даний час спостерігається парадокс: при абсолютно позитивному відношенні до чинників здорового способу життя, особливо відносно живлення і рухового режиму, в реальності їх використовують лише 10%-15%. Це відбувається не через відсутність валеологічної письменності, а із-за низької активності особи, поведінкової пасивності.

Визначені шляхи реалізації соціально-позитивної орієнтації населення на здоровий спосіб життя. Основні шляхи формування ЗСЖ населення це: сім'я і батьки; учбові заклади (програмні і факультативні учбові курси); позаучбові заклади, зокрема заклади фізичної культури і спорту; центри соціальних служб для молоді; оздоровчі і медичні установи; програми за місцем проживання, ініційовані державними установами; програми і проекти різноманітних громадських організацій; інформаційні заходи через ЗМІ і інші джерела інформації.

Політика і заходи щодо формування здорового способу життя передбачають програми і проекти, які розраховані на широку громадськість, дітей і молодь, на батьків, на окремі групи ризику.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Конституція України: Прийнята на 5-тій сесії ВРУ 28 червня 1996 року. – К.: Юрінком, 2007
2. Амосов Н.М. Алгоритм здоровья. Человек и общество. – М.: АСТ, Сталкер. – 2002. –
3. Валеология человека. Здоровье - Любовь - Красота / Под ред. Петленко В.П. СПб.: 1997, Т.5.
4. Горчак СИ. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни // Здоровый образ жизни: социально-философские и медико-биологические проблемы. — Кишинев: Штиинца, 1991. — С.ЗЗ
5. Ефименко С.А., Морозов П.Н. Историко-социологический анализ публикаций, посвященных медико-социологическим исследованиям в здравоохранении // Социология медицины. – 2004 г. - № 1. - С. 26 - 31.
6. Здоров'я як системоформуючий чинник кредитно-модульної організації навчального процесу з фізичного виховання студентів / О.В. Зеленюк, НФВ "Українські технології", 2005. - Вип. 9: У 4-х т. - Т. 3.- С. 22-26.
7. Курило І. Проблема здоров'я нації в сучасній Україні // Журн. практичного лікаря.- 2002.- №5.- С.2-7
8. Лубышева Л.И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью //Теор. и практ. физ. культ. 1997, №6, с.10-13.
9. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. М., 1982, 40 с.
10. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын, Н.В. Полунина. –М.: Медицина, 2002. – 94 с.
11. Моніторинг і оцінка діяльності з формування здорового способу життя / О.М. Балакірєва, О.О. Яременко, Р.Я. Левін та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005. – Кн. 11. – 152 с.
12. Моніторинг поведінки молоді як компонент піднагляду другого покоління/Балакірєва О.М., Галустян Ю.М., ДіковаФаворська Д.М., Дмитрук Д.А., Сосідко Т.І., Мельниченко В.І., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005 – 126с.
13. Максименко С.Д. Актуальні питання психологічного обґрунтування заходів пропаганди здорового способу життя серед підлітків та юнаків. // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. № 11. С.1-3.
14. Соціально-педагогічні аспекти збереження та зміцнення здоров’я дітей та молоді в Україні: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (12 – 13 квітня 2007 р.) – Мелітополь, 2007. С. 5-6.
15. Основи здорового способу життя. Книга для батьків / За заг. ред. К.С.Шендеровського, І.Я. Ткач. – К.: КМЦСССДМ, 2005
16. Фаворська Д.М., Дмитрук Д.А., Сосідко Т.І., Мельниченко В.І., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 44 с.
17. Чибісова, Н., М.О. Красуля КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА «ЗДОРОВ'Я», ШЛЯХИ ПРАКТИЧНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ
18. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. — Новосибирск: СО РАМН, 2003. —С. 100.
19. Интернет-конференция Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности с 16.04.07 по 15.06.07 Сессия с 16.04.07 по 24.04.07 Социальная политика в сфере здравоохранения.
20. http://www.kmu.gov.ua/sport/control/
21. http://www.dipsm.org.ua/biblioteka
22. www.ukrstat.gov.ua/

1. Починаючи з 2005р. розробка причин смерті провадиться відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду. [↑](#footnote-ref-1)