

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА імені О. М. БЕКЕТОВА

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до організації самостійної роботи
та проведення практичних занять
із навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ»

(Принципи, діагностика і програма здорового способу життя)

(для всіх освітніх програм Університету)

Харків
ХНУМГ ім. О. М. Бекетова
2021

Методичні рекомендації до організації самостійної роботи та проведення практичних занять із навчальної дисципліни «Фізичне виховання» (Принципи, діагностика і програма здорового способу життя) (для всіх освітніх програм Університету) / Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова ; уклад. : Д. О. Безкоровайний, І. М. Звягінцева. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2021– 42 с.

Укладачі: канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц. Д. О. Безкоровайний,
ст. викл. І. М. Звягінцева

Рецензент

О. І. Галашко, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичного виховання і спорту Харківського національного аграрного університету імені Докучаєва

*Рекомендовано кафедрою фізичного виховання і спорту, протокол №4 від
24.11.2020*

ЗМІСТ

Вступ.....	4
1 Роль здорового способу життя у формуванні соціально активної особистості.....	5
2 Поняття «здоровий спосіб життя».....	7
3 Базові тези та загальні відомості про здоровий спосіб життя.....	9
4 Діагностика індивідуального способу життя.....	11
5 Анкета для визначення способу життя.....	13
6 Методика оцінювання способу життя.....	16
7 Роль алкоголю у житті молоді.....	18
8 Схильність до наркотизації.....	23
9 Рекомендації початківцям, як вести активний спосіб життя.....	27
10 Оптимізація параметрів здорового способу життя.....	33
11 Раціональний режим праці та відпочинку як засіб профілактики старіння.....	35
Висновки.....	40
Список рекомендованих джерел.....	41

ВСТУП

Зміст і система компетенцій випускника ХНУМГ ім. О. М. Бекетова щодо вирішення проблем і завдань майбутньої соціальної та професійної діяльності представлена в Освітньо-професійній характеристиці кожної спеціальності. Зокрема, до них належать такі: формування стійкого світогляду, правильного сприйняття сучасних проблем розвитку суспільства, людського буття і духовної культури, соціальної відповідальності; здатність до ефективної комунікаційної взаємодії та комунікативна компетентність; здатність до здорового способу життя. Галузевим стандартом вищої освіти зміст останньої компетенції (здатність до здорового способу життя) визначений у вигляді кількох завдань:

- пропагувати і вести здоровий спосіб життя, фізично самовдосконалюватися;
- розробляти і дотримуватися здорового режиму роботи та відпочинку;
- дозувати навантаження, уникати систематичної перевантаженості, розвивати власну стресовитривалість, здійснювати саморегуляцію, підтримувати гарний настрій;
- підтримувати і відтворювати працездатність, швидко відновлювати фізичні та духовні сили;
- зберігати трудову активність в екстремальних ситуаціях;
- забезпечувати необхідний рівень особистої фізичної підготовки та психічного здоров'я;
- використовувати фізичні вправи з метою збереження та зміцнення власного здоров'я і забезпечення фахової дієздатності;
- використовувати різноманітні види фізичних вправ та психофізичний тренінг для профілактики захворювань, зміцнення здоров'я й підвищення розумової та фізичної працездатності;
- використовувати засоби фізичної культури і спорту з метою покращення здоров'я та рухової підготовленості як складових ефективної професійної діяльності;
- використовувати природні чинники з метою зміцнення здоров'я, підвищення працездатності та стійкості до захворювань;
- використовувати засоби фізичної культури з метою нівелювання впливу шкідливих чинників професійної діяльності, профілактики захворювань і протистояння хибним звичкам.

Мета роботи – дати студентам науково обґрунтовані поради щодо способів і засобів набуття знань, умінь та стійких навичок з формування здорового способу життя. Методичні вказівки призначені студентам усіх спеціальностей для підготовки до практичних і самостійних занять з дисципліни «Фізичне виховання».

1 РОЛЬ СПОСОБУ ЖИТТЯ У ФОРМУВАННІ СОЦІАЛЬНО АКТИВНОЇ ОСОБИСТОСТІ

Питання професійного становлення студента, формування його як соціально активної особистості є актуальним і тому вивчається представниками різних напрямів науки. Значна увага приділяється теоретичним питанням становлення активної соціальної, професійно орієнтованої позиції майбутнього фахівця, вивченню деяких аспектів професійної свідомості та самовиховання, з'ясуванню сутності процесу самоорганізації діяльності, а також методам формування навичок та умінь самоорганізації майбутньої професійної діяльності студентів. Основна теза цього напряму досліджень – особистість формується лише шляхом активної діяльності, тому ефективним способом формування у студентів умінь самоорганізації є залучення до самостійної роботи [3].

Виділяють декілька видів спрямованості свідомості активної особистості:

1. Спрямованість на пізнання і самопізнання. Вона виявляється в готовності підвищувати свою психологічну компетентність, знаходити засоби для самовдосконалення, навчатися прийомам саморегуляції тощо.

2. Спрямованість на діяльність (трудова, громадська, спортивна, своє хобі). Досягнення в різних видах діяльності переконливо свідчить про успішність самореалізації. Вони підвищують самооцінку і самоповагу. Крім того, заглиблення у діяльність сприяє появі частих і тривалих станів натхнення, тобто робить цей стан стійким. Стан натхнення, у свою чергу, справляє саногенний вплив на різні сфери психіки.

3. Інтераційна спрямованість – це спрямованість на міжособистісну взаємодію або посилення соціальних зв'язків, соціального впливу [9].

Психологи звертають увагу на те, що активна життєва позиція, вироблення якої складає стрижень етичного виховання, можлива лише на основі розвиненої самодисципліни і глибокого засвоєння норм загальнолюдської моралі, тобто через самовиховання. Формування потреби самовиховання відбувається внаслідок перетворення зовнішніх вимог до людини у внутрішні вимоги до своєї особистості. Засобами самовиховання є самопримушування, самовизначення, самоподолання, самопідкорювання, самонаказ, самонавіяння, самопокарання, самозаохочення та ін. [5].

Для підготовки себе до фізичного самовиховання необхідно перш за все навчитися долати такі відчуття й емоції, як страх, інерцію спокою, уміння терпіти біль, втому, великі фізичні навантаження і всі негативні відчуття, що пов'язані з ними. В основі будь-якого самовиховання і всіх його складових, лежить сила волі людини.

Здоровий спосіб життя, як і особистість в цілому реалізується не через окремі акти (хоча це важливо), дотримання законів, культурних і родинних установок, що знаходять своє віддзеркалення у вчинках і рисах характеру, а проявляється в долі людини, її життєвому шляху, в біографії [9].

Виходячи з базових понять гармонійного розвитку особистості, є всі підстави вважати найбільш ефективним механізмом формування гармонійно розвиненої особистості дотримання здорового способу життя. Принципи

здорового способу життя Г. С. Никифоров формулює як деякі закони здорового способу життя:

1. Жити за законами Всесвіту – перший рух до здорового способу життя, оскільки в людині первісно закладені всі унікальні властивості Всесвіту.

2. Позитивне мислення, позитивне ставлення до себе й інших.

3. Людині не потрібні медикаментозні засоби, бо вона створена за законами Всесвіту і здатна до самозцілення, вона має, точніше – повинна мати гармонію. Але так було доти, поки людина жила в гармонії із Всесвітом. Сьогодні ж треба докладати зусилля: вести здоровий спосіб життя, щоб відповідати цій гармонії.

4. Фізична досконалість тілесної оболонки людини, приведення її до гармонії, до краси за рахунок власних зусиль й індивідуальної програми здорового способу життя – єдина умова збереження людини як біологічного виду.

5. Повернення любові до кожної людини через осмислену любов до себе поверне кожному гармонію із світом в широкому сенсі цього поняття. Шлях до *Homo valiens* – людини, здравотворящої своє життя – це боротьба за існування за рецептами, прописаними ззовні, досягнення семи точок злагоди: єдність логічного та інтуїтивного, матеріального і духовного, гармонії із Всесвітом, згода людини з Богом, природою, наукою і релігією, народами, кожного з кожним і з самим собою. Це і є гармонія. Досягнення точок злагоди – це шлях до життєздатної цивілізації і здорового способу життя, що забезпечує існування в новій цивілізації, яка живе за законом Вселенського випромінювання енергії – Законом Любові.

6. Життя Всесвіту визначається інтеграційним принципом «слово-звук», геометрична форма-число [9].

2 ПОНЯТТЯ «ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ»

Спосіб життя є провідним узагальненим чинником, що визначає основні тенденції у зміні здоров'я. Він розглядається як вид активної життєдіяльності людини. Із способом життя пов'язують такі поняття, як рівень життя (структура доходів на одну людину), якість життя (вимірювані параметри, що характеризують ступінь матеріальної забезпеченості людини), стиль життя (психологічні індивідуальні особливості поведінки), устрій життя (національно-громадський порядок життя, побут, культура).

Однозначного тлумачення поняття «здоровий спосіб життя» (ЗСЖ) поки що немає. Представники філософсько-соціологічного напрямку розглядають здоровий спосіб життя як глобальну соціальну проблему, складову частину життя суспільства в цілому. У психолого-педагогічному плані здоровий спосіб життя розглядається з точки зору свідомості, психології людини, мотивації. З точки зору медико-соціальної характеристики, структуру способу життя складають:

- 1) трудова діяльність і умови праці;
- 2) господарсько-побутова діяльність (вид житла, житлова площа, побутові умови, витрати часу на побутову діяльність та ін.);
- 3) рекреаційна діяльність, спрямована на відновлення фізичних сил і взаємодію з навколишнім середовищем;
- 4) соціальна діяльність у сім'ї (догляд за дітьми, літніми родичами);
- 5) планування сім'ї та взаємовідносини членів сім'ї;
- 6) формування поведінкових характеристик і соціально-психологічного статусу особи;
- 7) медико-соціальна активність (ставлення до здоров'я, медицини, установка на здоровий спосіб життя) [12].

Є й інші точки зору, наприклад, медико-біологічна, проте різкої грані між ними немає, оскільки вони націлені на рішення однієї проблеми – зміцнення здоров'я індивідуума. Ю. П. Лисицин і Р. І. Царегородцев дають таке визначення: «Здоровий спосіб життя – це спосіб життєдіяльності, спрямований на збереження і поліпшення здоров'я людей як умови і передумови існування і розвитку інших сторін їх способу життя». Здоровий спосіб життя відображає грань способу життя, органічно властиву суспільству і направлену на турботу про людей. Як вважає Д. А. Изуткін, в основу ЗСЖ, слід було б покласти ряд принципів, зокрема такі:

- 1) носієм здорового способу життя є людина як істота діяльна і в біологічному, і в соціальному відношенні;
 - 2) людина виступає як єдине ціле в єдності біологічних і соціальних характеристик;
 - 3) здоровий спосіб життя сприяє повноцінному виконанню соціальних функцій;
 - 4) здоровий спосіб життя включає можливість попередження захворювань.
- Є й інші визначення ЗСЖ, наводимо деякі з них.

Здоровий спосіб життя – це типові й істотні для даної суспільно-економічної формації форми життєдіяльності людей, що зміцнюють адаптивні можливості організму людини, сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій і досягненню активного довголіття.

Здоровий спосіб життя – це сукупність духовних цінностей і реальних видів, форм і сприятливих для здоров'я ефектів діяльності по забезпеченню оптимального задоволення потреб людини.

Здоровий спосіб життя – це спосіб життя людини, спрямований на профілактику хвороб і зміцнення здоров'я. Англійською це поняття відповідає словосполученням *Healthy lifestyle* і *Health promotion* (зміцнення здоров'я).

На думку провідних медичних фахівців у сфері фізичної культури, здоровий спосіб життя – це реалізація комплексу єдиної науково обґрунтованої медико-біологічної і соціально-психологічної системи профілактичних заходів, в якій важливе значення має правильне фізичне виховання, належне поєднання праці і відпочинку, розвиток стійкості до психоемоційних перевантажень, подолання труднощів, пов'язаних із складними екологічними умовами довкілля, та усунення гіпокінезі [12].

Ми згодні, що спосіб життя – це не тільки система харчування і руху, що вироблена багатьма поколіннями відповідно до етнокультурних особливостей середовища, але й уся сфера психічних та емоційних взаємовідносин з довкіллям. Той чи інший спосіб життя здатний як збільшувати, так і зменшувати тривалість життя; як усувати чинники, що скорочують його тривалість, так і спричиняти розвиток захворювань, пов'язаних з віком. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я людини залежить від способу життя на 60 %, що, у порівнянні з іншими чинниками, є найбільшим показником.

Суть здорового способу життя полягає у забезпеченні оптимального задоволення потреб людини за умови і на основі оптимізації розвитку, стану і функціонування організованих внутрішніх і зовнішніх систем і зв'язків індивіда й суспільства. Структура ЗСЖ включає духовний, соціокультурний і правовий простір розвитку і діяльності людини, екологічне і предметно-речове навколишнє середовище індивіда, що, у свою чергу, залежить від економічних, промислово-виробничих, агрокультурних, комунікаційних чинників. Здоровий спосіб життя виражає також певну орієнтованість діяльності особи у напрямі зміцнення і розвитку особистого і суспільного здоров'я. Тим самим здоровий спосіб життя пов'язаний з особистісно-мотиваційним втіленням індивідами своїх соціальних, психологічних, фізичних можливостей і здібностей. Звідси стає зрозумілим важливе значення формування здорового способу життя у створенні оптимальних умов функціонування індивіда і суспільства.

Поки науковці уніфікують визначення поняття «здоровий спосіб життя», деякі автори пропонують вживати як тотожне поняття «культурний спосіб життя» (цивілізований, гуманістичний спосіб життя). При цьому мають на увазі, що здоров'я є невід'ємне від культурного способу життя і є не самоціллю, а органічним компонентом розвитку і вдосконалення як суспільства, так і окремого індивіда (Г. В. Дивіна, 1993). Отже, здоровий, культурний, цивілізований спосіб життя реалізується у конкретній предметній діяльності, яка має дві необхідні умови протікання: простір і час.

3 БАЗОВІ ТЕЗИ ТА ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Здоровий спосіб життя є передумовою для розвитку різних сторін життєдіяльності людини, досягнення нею активного довголіття і повноцінного виконання соціальних функцій, для активної участі в трудовій, суспільній, сімейно-побутовій і дозвільній формах життєдіяльності. ЗСЖ передбачає гігієнічну поведінку, що базується на науково обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на зміцнення і збереження здоров'я, активізацію захисних сил організму, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття [12].

Здоровий спосіб життя залежить від об'єктивних суспільних умов; конкретних форм життєдіяльності; соціально-економічних чинників, що дозволяють вести ЗСЖ в основних сферах життєдіяльності (навчальній, трудовій, сімейно-побутовій, у дозвіллі); системи ціннісних відносин, що спрямовують свідому активність людей у русло ЗСЖ.

Ю. П. Лісицин виділяє у способі життя три категорії: рівень, якість і стиль життя. Рівень життя – це ступінь задоволення матеріальних, культурних і духовних потреб (в основному економічна категорія). Якість життя характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія). І, нарешті, стиль життя – поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особи (соціально-психологічна категорія). Згідно з Ю. П. Лісициним, здоров'я людини багато в чому залежить від стилю життя. Оцінюючи роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, слід зазначити, що за рівних умов перших двох, що носять суспільний характер (рівень і якість життя), здоров'я людини значною мірою залежить від стилю життя, який великою мірою має персоніфікований характер і визначається історичними і національними традиціями, а також особистісними схильностями [12].

Вивчаючи елементи здорового способу життя, слід враховувати наступне. У вузько біологічному сенсі йдеться про фізіологічні адаптаційні можливості людини щодо дій зовнішнього і змін станів внутрішнього середовища [12]. Автори, що пишуть на цю тему, включають у поняття «здоровий спосіб життя» різні складові, але більшість вважає базовими такі:

- 1) виховання з раннього дитинства здорових звичок і навичок;
- 2) навколишнє середовище: безпечне і сприятливе для існування, знання про вплив несприятливих чинників навколишнього середовища на здоров'я;
- 3) відмова від шкідливих звичок: перш за усе, куріння, вживання наркотиків, алкоголю;
- 4) здорове харчування: помірне, відповідне фізіологічним особливостям конкретної людини; інформованість про якість продуктів, що вживаються;
- 5) рухи: фізично активне життя, включаючи спеціальні фізичні вправи з урахуванням вікових і фізіологічних особливостей;

б) особиста і суспільна гігієна: сукупність гігієнічних правил, дотримання і виконання яких сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, наявність навичок першої допомоги;

7) загартування.

На фізіологічний стан людини дуже впливає її психоемоційний стан. Тому додатково виділяють такі аспекти здорового способу життя:

– емоційне самопочуття: психогігієна, вміння справлятися з власними емоціями, проблемами;

– інтелектуальне самопочуття: здатність людини дізнаватися і використовувати нову інформацію для оптимальних дій у нових обставинах; позитивне мислення;

– духовне самопочуття: здатність ставити перед собою дійсно значущі, конструктивні життєві цілі, прагнути до них і досягати їх; оптимізм;

– деякі дослідники виділяють також «соціальне самопочуття»: здатність взаємодіяти з іншими людьми.

4 КРИТЕРІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

У практичній діяльності при визначенні індивідуальних критеріїв і цілей здорового способу життя існують два альтернативні підходи [12]. Завданням традиційного підходу є досягнення всіма однакової поведінки, яка вважається за правильну: відмова від куріння і вживання алкоголю, підвищення рухової активності, обмеження споживання з їжею насичених жирів і солі, збереження маси тіла в рекомендованих межах.

Ефективність пропаганди здорового способу життя і масового зміцнення здоров'я оцінюється за кількістю осіб, що дотримуються рекомендованої поведінки. Але, як свідчить практика, при однаковій поведінці людей з різними генотипами захворюваність виявляється різною. Найвний недолік такого підходу в тому, що він може призвести до рівності поведінки людей, але не до рівності кінцевого здоров'я.

Другий підхід має абсолютно інші орієнтири: як здоровий розглядається такий стиль поведінки, який приводить людину до бажаної тривалості та необхідної якості життя. У загальному випадку здоровий спосіб життя не може і не повинен бути ідентичним. Будь-яку поведінку слід оцінювати як здорову, якщо вона веде до досягнення бажаного оздоровчого результату, тобто є здоров'я заощаджувальною або здоров'я формуючою. При такому підході критерієм ефективності формування здорового способу життя виступає не поведінка як така, а реальне збільшення кількості здоров'я. Отже, якщо здоров'я людини не поліпшується, не дивлячись на, здавалося б, розумне, культурне, суспільно корисну поведінку, вона не може розглядатися як здорова. Для оцінки кількості здоров'я в цьому підході розроблена методика, що дає людині можливість з урахуванням індексу здоров'я і його стану за шкалою здоров'я самій ухвалювати рішення, яку поведінку вважати здоровою. Отже, в рамках даного підходу здоровий спосіб життя визначається, виходячи з індивідуальних критеріїв, особистого вибору найбільш доцільних заходів і засобів оздоровлення і контролю за їх ефективністю. Так, для осіб з великою кількістю здоров'я будь-який спосіб життя, що є для них звичайним, буде цілком здоровим.

За В. І. Агарковим та ін., здоровий спосіб життя людини – це штучно сформований вид життєдіяльності, що забезпечує збереження її здоров'я та профілактику захворювань. ЗСЖ є різновидом сучасного способу життя. Він описується з високим ступенем вірогідності (97 %) за допомогою 12 параметрів:

- 1) настанова свідомості на здорове й тривале життя;
- 2) рух;
- 3) загартування;
- 4) раціональне харчування та підтримка ваги на нормальному рівні;
- 5) раціональний режим життєдіяльності та його відповідність біологічним ритмам;
- 6) психологічний (індивідуальний, сімейний, колективний) оптимум;
- 7) відсутність шкідливих звичок;
- 8) особиста гігієна;

- 9) гігієна житла;
- 10) гігієна одягу;
- 11) ефективний відпочинок;
- 12) здоровий нічний сон [1].

При виконанні загальних рекомендацій з формування здорового способу життя людина повинна грамотно проявляти далекоглядність і творчий підхід до свого здоров'я. Особливо це актуально з урахуванням світової тенденції до підвищення пенсійного віку.

5 АНКЕТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ

Для встановлення медичної повноцінності способу життя, діагностики наявності та повноти здорового способу життя інформацію зручно збирати за допомогою соціологічного опитування, наприклад з використанням «Медичної опитувальної анкети способу життя студента» [1]. Вона містить питання, що дають можливість повною мірою розкрити ключову суть кожного параметра формули ЗСЖ. Це дозволяє дати медичну характеристику фактичного способу життя. В анкеті 47 запитань, що охоплюють усі 12 параметрів ЗСЖ (див. розд. 4).

Респондентові пропонується відповісти на усі питання щиро, а де наведено кілька варіантів відповідей, оцінити у балах обраний.

Наведемо у цьому розділі текст цієї анкети повністю.

Медична опитувальна анкета способу життя студента (за В. І. Агарковим)

1. П. І. Б. _____ (в анонімній анкеті можна не вказувати)
2. Вік (повних років) _____
3. Стать _____
4. Навчальний заклад, факультет, група _____
5. Місце проживання (гуртожиток, дома, на квартирі) _____
6. Освіта (курс) ____ (якщо є попередня, підкреслити: середня спеціальна, вища)
7. Чи дотримуєтеся Ви у своєму житті принципу (формули) здорового способу життя: завжди (4), майже завжди (3), іноді (2), ніколи (0).
8. Чи прагнете Ви до довгого життя (90 і більше років): постійно (4), майже постійно (3), іноді (2), ні (0).
9. Чи Ви пильно спостерігаєте за станом свого здоров'я: завжди (4), майже завжди (3), іноді (2), ніколи (0).
10. Чи усвідомлюєте Ви, що для того, щоб жити довго, треба вести ЗСЖ: так (4), іноді (2), ні (0).
11. Чи займаєтеся Ви спортом: постійно (4), майже постійно (3), іноді (2), ні (0).
12. Чи займаєтеся Ви зарядкою: постійно (4), майже постійно (3), іноді (2), ні (0).
13. Чи багато Ви ходите або фізично працюєте на відкритому повітрі: постійно (4), часто (3), іноді (2), дуже рідко (0).
14. Чи займаєтеся Ви загартуванням свого організму (водою, обтиранням, холодним повітрям): постійно (4), часто (3), іноді (2), ніколи (0).
15. Чи знаєте Ви, що таке раціональне харчування: так (4), трохи (2), ні (0).

16. Чи дотримуєтеся Ви вимог раціонального харчування: постійно (4), майже постійно (3), іноді (2), ніколи (0).

17. Чи є у Вашому раціоні харчування фрукти: постійно (4), часто (3), іноді (2), немає (0).

18. Чи є у Вашому раціоні харчування овочі: постійно (4), часто (3), іноді (2), немає (0).

19. Чи є у Вашому раціоні харчування молочні продукти: постійно (4), часто (3), іноді (2), немає (0).

20. Чи є у Вашому раціоні харчування м'ясні продукти: постійно (4), часто (3), іноді (2), немає (0).

21. Чи багато у Вашому раціоні харчування борошняних і круп'яних продуктів: постійно багато (2), не дуже багато (3), мало (4).

22. Чи є у Вашому раціоні харчування солодощі: іноді (4), часто (3), постійно (2), немає (0).

23. Чи контролюєте Ви вагу свого тіла: постійно (4), часто (3), іноді (2), ні (0).

24. Чи знаєте Ви, що таке раціональний (здоровий) режим дня: так (3), трохи (2), ні (0).

25. Чи дотримуєтеся Ви вимог раціонального (здорового) режиму дня: постійно (4), часто (3), іноді (2), ні (0).

26. Чи дотримуєтеся Ви постійного часу відходу до сну, ранкового підйому, прийому їжі, відпочинку, виконання різної роботи протягом дня: постійно (4), часто (3), іноді (2), ні (0).

27. Чи знаєте Ви, що режим Вашого дня протягом доби не повинен порушувати добові біологічні ритми організму: так (3), трохи (2), ні (0).

28. Чи намагаєтеся Ви, щоб режим Вашої життєдіяльності протягом доби не порушував добові біологічні ритми організму: постійно (4), часто (3), іноді (2), ні (0).

29. Які у Вас взаємини з членами колективу, в якому навчаєтеся: стабільно гарні (4), найчастіше гарні (3), скоріше погані, ніж гарні (2), стабільно погані (0).

30. Які у Вас взаємини в родині: стабільно гарні (4), найчастіше гарні (3), скоріше погані, ніж гарні (2), стабільно погані (0).

31. Ви вживаєте спиртні напої: ні (4), іноді (2), часто (0).

32. Ви курите: ні (4), мало (2), багато (0).

33. Чи вживаєте Ви наркотики: так (0), ні (4).

34. Чи дотримуєтеся Ви правил особистої гігієни: постійно (4), не завжди (3), рідко (2), ні (0).

35. Як часто Ви приймаєте ванну: кілька разів на тиждень (4), 1 раз на тиждень (3), 1 раз у 2–3 тижні (2), дуже рідко (0).

36. Чи здійснюєте Ви гігієнічні процедури з догляду за окремими частинами тіла (обличчя, ноги, органи виділення й інші): щодня (4), щодня тільки деякі частини тіла (3), не щодня (2), іноді (0).

37. Чи дотримуєтеся Ви гігієни порожнини рота: систематично (4), часто (3), іноді (2), ні (0).

38. Чи дотримуєтеся Ви гігієни вашого житла: постійно (4), не регулярно (3), іноді (2), ні (0).

39. Як часто Ви здійснюєте вологе прибирання свого житла: 1–2 рази на день (4), 2–3 рази на тиждень (3), 1 раз на тиждень (2), 2–3 рази на місяць (0).

40. Як часто Ви провітрюєте своє житло: постійно чи кілька разів на день узимку і влітку (4), 1 раз на день (3), кілька разів на тиждень (2), дуже рідко (0).

41. Чи дотримуєтеся Ви чистоти свого одягу: постійно (4), майже завжди (3), рідко (2), майже ні (0).

42. Як часто Ви змінюєте свою нижню білизну й одяг: 1–2 рази на тиждень (4), у міру забруднення (2), рідко (0).

43. Чи носите Ви одяг, що стискає рухи або наносить ушкодження шкірі: часто (0), іноді (2), ні (4).

44. Чи маєте Ви гарний відпочинок протягом дня: постійно (4), часто (3), іноді (2), не маю (0).

45. Чи маєте Ви гарний відпочинок у вихідні дні: постійно (4), часто (3), іноді (2), не маю (0).

46. Чи маєте Ви гарний відпочинок у щорічну відпустку: постійно (4), часто (3), іноді (2), не маю (0).

47. Чи гарний у Вас нічний сон: гарний постійно (4), гарний часто (3), іноді гарний (2), поганий майже постійно (0).

6 МЕТОДИКА ОЦІНЮВАННЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ

Кожний варіант відповіді на питання в анкеті (див. розд. 5) відбиває ступінь виразності конкретної характеристики СЖ студента. Виразність характеристик визначається за чотирма ступенями: висока, середня, задовільна й нульова. Кожний ступінь оцінюється за 4-бальною шкалою: високий – 4 бали, середній – 3 бали, задовільний – 2 бали, нульовий – 0 балів. Кожний параметр проранжований балами, які наведені у дужках біля кожної відповіді. Алгоритм оцінювання способу життя наведений на рисунку 6.1, оцінна шкала способу життя студента надана в таблиці 6.1 [1].

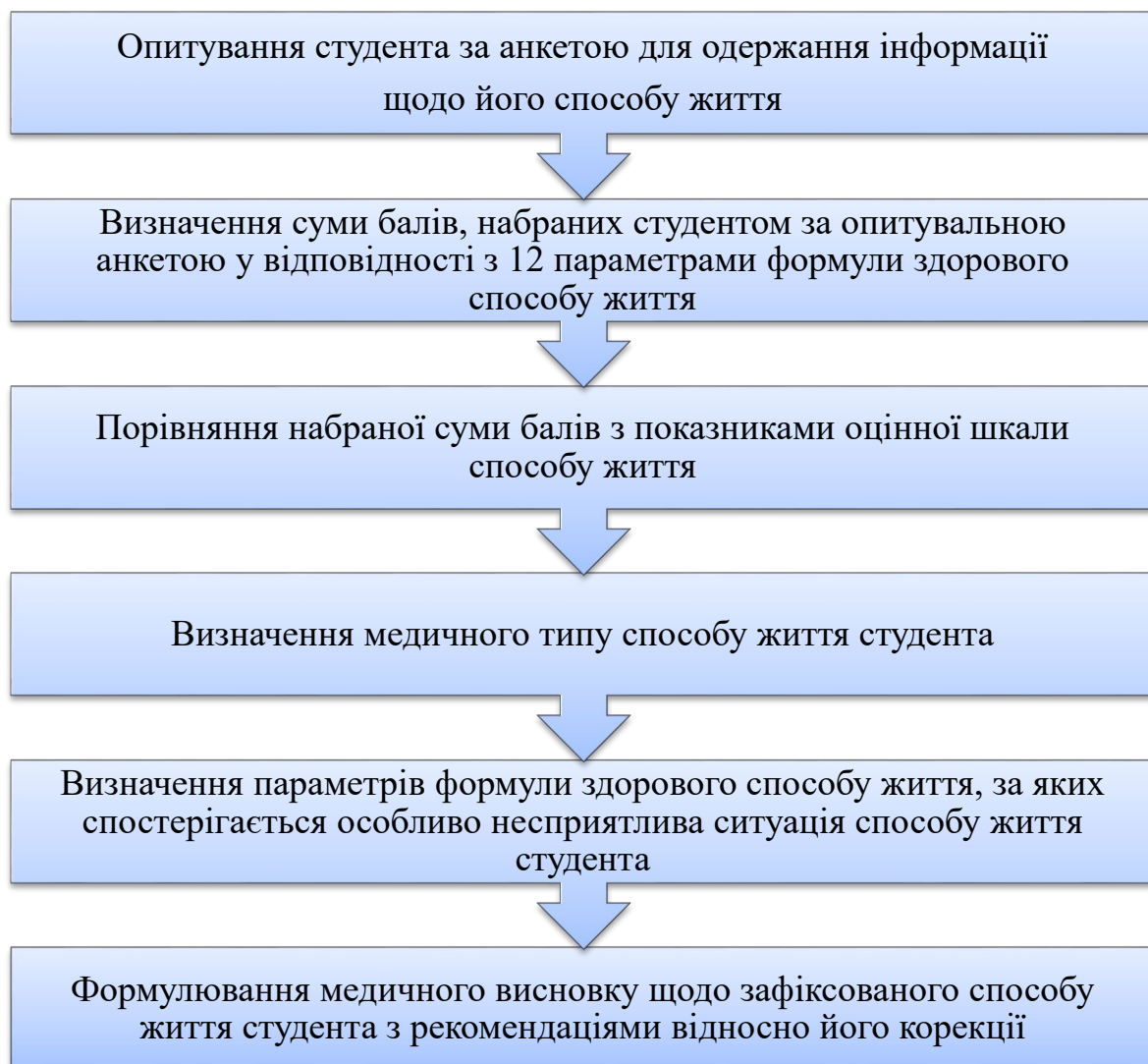


Рисунок 6.1 – Алгоритм оцінювання способу життя

Параметр 1. Установка свідомості на здорове й тривале життя. Показник у балах розраховується як середня величина з показників пунктів 7, 8, 9, 10 анкети. Отримана середня округляється до десятих.

Параметр 2. Рух. Показник у балах розраховується як середня величина з показників пп. 11, 12, 13 анкети.

Параметр 3. Загартування. Показник у балах розраховується за результатом п. 14 анкети.

Параметр 4. Раціональне харчування та підтримка ваги на нормальному рівні. Показник у балах розраховується як середня величина з показників пунктів 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 анкети.

Параметр 5. Раціональний режим життєдіяльності та його відповідність біологічним ритмам. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 24, 25, 26, 27, 28 анкети.

Параметр 6. Психологічний (індивідуальний, сімейний, колективний) оптимум. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 29, 30 анкети.

Параметр 7. Відсутність шкідливих звичок. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 31, 32, 33 анкети.

Параметр 8. Особиста гігієна. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 34, 35, 36, 37 анкети.

Параметр 9. Гігієна житла. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 38, 39, 40 анкети.

Параметр 10. Гігієна одягу. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 41, 42, 43 анкети.

Параметр 11. Ефективний відпочинок. Показник у балах визначається як середня величина з результатів пп. 44, 45, 46 анкети.

Параметр 12. Здоровий нічний сон. Показник у балах визначається за результатом п. 47 анкети.

Для інтегральної оцінки способу життя використовується оцінна шкала, надана в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1 – Оцінна шкала способу життя студента (за В. І. Агарковим)

Медичний тип способу життя	Сума набраних балів по анкеті
Здоровий (ЗСЖ)	48–42
Медично задовільний (МЗСЖ)	41–30
Медично несприятливий (МНСЖ)	20–24
Нездоровий (НСЖ)	Менше 24

Приклад оцінювання способу життя студента

1. Сума набраних балів в анкеті за кожним параметром формули ЗСЖ:
 $3,2 + 1,7 + 0 + 2,6 + 2,4 + 3,5 + 3,3 + 3,8 + 4 + 4 + 3 + 2 = 33,5/$

2. За оцінною шкалою способу життя (табл. 1) набрана сума балів (33,5) відповідає задовільному з точки зору медицини способу життя.

3. Найбільш погані показники відповідають 2, 3, 4, 5 і 12 параметрам формули ЗСЖ.

4. Висновок: необхідно скорегувати спосіб життя даного студента за 2, 3, 4, 5 і 12 параметрами формули ЗСЖ.

7 РОЛЬ АЛКОГОЛЮ У ЖИТТІ МОЛОДІ

Рівень алкоголізації населення у теперішній час досяг епідеміологічних масштабів, різко зріс контингент осіб, що потребують медичної (терапевтичної або експертної) допомоги у зв'язку з алкогольним сп'янінням. Наслідки масового споживання алкоголю вийшли за межі вузько медичної проблематики і торкаються рамок, що зачіпають також морально-етичні, правові, виробничі, професійні, економічні сфери діяльності. Тобто ті, що у сукупності справляють негативний вплив на соціально-демографічні показники. Нижче наведені дані з робіт доктора медичних наук, професора І. К. Сосина [10].

За даними офіційної статистики кількість пацієнтів, що перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, на теперішній час досягає 1 млн. осіб. У порівнянні з 1990 р. (роки «перебудови») відбулося більш ніж двократне зростання захворюваності алкогольними психозами (2,2 на 10 тис. населення). Це, на думку фахівців, свідчить про вищу фактичну поширеність алкоголізму. Під алкогольним сп'янінням розуміють дозозалежний симптомокомплекс, що включає поведінкові, психологічні, психічні, вегетативні, сомато-неврологічні складові, які клінічно ідентифікуються та асоціюються з експозиційною (гострою) психотропно-ейфоричною дією алкоголю (етанолу, етилового спирту) та його токсичними ефектами.

Останніми роками гостро ставиться питання про пивний алкоголізм. Тому пиво як продукт масового вживання починає пильніше вивчатися відповідними контролюючими органами.

За останні десятиліття разом з процесами емансипації жінок, що посилюються, з'явилася тенденція зростання жіночого алкоголізму по відношенню до чоловічого. Якщо раніше ця пропорція у більшості країн СНД була 1:12, а потім 1:7, то тепер ця цифра наближається до 1:5. Це приблизно стільки ж, скільки у ФРН і США. Вивчаючи проблему алкоголізації та алкоголізму в молодіжному середовищі, А. Ю. Єгорова відзначає, що абсолютна більшість обстежених дівчат (77 %) віддають перевагу відносно легким алкогольним напоям (переважно міцні сорти пива, тоніки, джин і рідше – інші коктейлі, де є спирт). Спостерігається прогресуюча тенденція стирання статевих відмінностей серед хлопців і дівчат, що вживають алкоголь: п'ють алкогольні напої щодня або через день 33,1 % хлопців і 29,1 % дівчат, тобто співвідношення складає 3:2. Алкоголізація у дівчат-підлітків майже завжди поєднується з табакокурінням (91 %); звичайно початок табакокуріння на 1–1,5 роки передувало першому алкогольному ексцесу. Більше половини обстежених дівчат-підлітків (55 %) мала досвід вживання або продовжувала

епізодично вживати (не більше 1–4 разів на місяць) наркотичні речовини. Наркотики уживалися, як правило, в компанії однолітків. Оцінюючи сучасний стан проблеми ранньої алкоголізації та алкоголізму, професор І. К. Сосин робить наступні висновки:

1. Відбувається зростання поширеності алкоголізму серед підлітків жіночої статі, а також швидше наростання алкогольної симптоматики, прогресивність захворювання у порівнянні з хлопцями-підлітками.

2. Стираються статеві відмінності в особливостях алкоголізму між хлопцями і дівчатами.

3. Середньодобова кількість легких алкогольних напоїв (у перерахунку на чистий алкоголь), що вживаються, перевищує таку в порівнянні з міцними напоями.

4. Алкогольна залежність у жінок відрізняється більш раннім формуванням періодичності та більшою її поширеністю.

5. У підлітків жіночої статі що вживають алкоголь, виявлена спадкова обтяженість по алкоголізму, а також наявність істеро-епілептоїдних преморбідних рис характеру в поєднанні з афектними порушеннями.

6. В клініці жіночого алкоголізму особливою проблемою є афектна патологія (патологія емоційної сфери). Питання про причини більш частих алкогольних психозів у жінок у порівнянні з чоловіками поки залишається без відповіді.

Об'єктивною допомогою при моніторингу ролі алкоголю в особистому житті може бути просте гетеро- і самотестування. Нижче приведені тести, які рекомендує використовувати один з кращих у м. Харкові спеціаліст-нарколог – І. К. Сосин, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Тест 1. Експрес-скринінг алкогольної залежності (за І. К. Сосиним)

Питання респондентові	Альтернативна відповідь	
	Так	Ні
1. Чи доводилося Вам випивати вранці або у 1-й половині дня без особливого приводу?		
2. Чи служило приводом для випивки у 1-й половині дня знижений настрій, погане самопочуття після вчорашньої випивки?		
3. Чи погіршується у Вас настрій, якщо немає випивки?		
4. Чи можете Ви випити на самоті (наодинці)?		
5. Чи були у Вас пов'язані з алкоголем проблеми – на роботі, в ДАІ, із здоров'ям?		
6. Чи траплялося Вам пити декілька днів підряд без особливого приводу?		
7. Чи підвищується у Вас настрій при думці про майбутню випивку?		
8. Чи траплялося Вам випивати безпосередньо перед майбутніми діловими та особистими ситуаціями, не сумісними з випивкою?		
9. При участі в гулянні чи умовляють Вас близькі люди, що знаходяться з вами: «Більше не пий»?		
10. Чи давали Ви обіцянку сім'ї, друзям, начальнику більше не пити або пити трохи менше?		
11. Будучи у стані сп'яніння чи поступали Ви необачно, піддаючи себе або оточуючих ризику?		
12. Чи доводилося Вам випивати багато, після чого були провали пам'яті?		
13. Чи бувають у Вас сновидіння на алкогольну тему?		
14. Хотілося б Вам, щоб Ваші діти (що є або майбутні) випивали стільки ж, скільки і Ви?		
ПІДСУМКОВИЙ РЕЗУЛЬТАТ (за кількістю відповідей)		

Ключ до трактування результатів 1 тесту

Стверджувальні відповіді («так») на питання № 1–13 свідчать про наявність у респондента серйозних алкогольних проблем. Негативні відповіді («ні») на ці ж питання (№ 1–13) свідчать про відсутність у респондента алкогольних проблем. Стверджувальні відповіді на будь-які 4 питання свідчать про згасання відчуття міри і наявність імовірнісної алкогольної залежності; наявність 5–7 стверджувальних відповідей – це високий ступінь вірогідності алкогольної залежності; 8–11 стверджувальних відповідей – практично 100 % залежність від алкоголю. Негативна відповідь на питання № 14 – остаточне підтвердження сформованої залежності при зберіганні критичної оцінки алкогольних проблем, а стверджувальна відповідь на це питання при переважному переважанні негативних відповідей на інші питання – відсутність алкогольної залежності, тобто алкогольних проблем. Наявність стверджувальної відповіді на питання № 14 при переважанні стверджувальних відповідей на інші питання свідчить про наявність так званої «алкогольної анозогнозії» – недооцінки наявних алкогольних проблем, оскільки алкогольна залежність вийшла вже за рамки індивідуальних можливостей критичної самооцінки своєї патологічної пристрасті до алкоголю [10].

Тест 2. Чи схильні ви до алкоголізму? (за Н. П. Бурмакою)

1. Запізнившись на гуляння, чи із задоволенням ви погоджуєтесь на пропозицію випити «штрафний» келих?
2. Ви помічаєте, що бажання випити стає все сильнішим, і що ви починаєте пити все більше і більше, все частіше і частіше?
3. Чи випиваєте ви спиртне після невдалого дня?
4. Чи часто ви жалкуєте про сказане в стані підпитку?
5. Чи з'являється у вас після прийому алкоголю відчуття провини, чи відчуваєте ви розкаяння совісті?
6. Чи почали Ви потребувати випивки для полегшення або зняття відчуття розчарування, неспокою, невдачі, депресії, напруги, боязкості або соромливості?
7. Якщо ви випадково перепили, чи відчуваєте наступного ранку млявість, розбитість, нездужання, тремтіння рук?
8. Чи відчуваєте ви потребу похмелитися після прийому спиртного?
9. Чи їсте ви менше, ніж звичайно, коли випиваєте?
10. Чи трапляються у вас іноді провали пам'яті при сп'янінні?
11. Чи виникає у вас після перших чарок бажання пити далі?
12. Чи хочеться вам продовжувати пити після того, як друзі вже зупинилися?
13. Звичай Ви п'єте без якої-небудь конкретної причини?
14. Чи пили ви останніми місяцями у випадкових місцях (на вулиці, у магазину, в під'їзді тощо)?
15. Чи п'єте ви з незнайомими людьми?

16. Чи подобається вам пити наодинці?
17. Чи помічаєте ви за собою потребу регулярно випивати декілька чарок по дорозі з роботи додому?
18. Чи п'єте ви регулярно для апетиту?
19. Чи буває так, що ви зловживаєте спиртним декілька днів підряд?
20. Чи стає ваша пристрасть до алкоголю предметом обговорення у знайомих?
21. Чи буває, що ви починаєте помічати за собою звичку давати обіцянку собі та іншим зменшити вживання алкоголю, але не стримуєте її?
22. Чи опираєтеся ви розмовам про алкоголь?
23. Чи помічаєте ви за собою схильність до зменшення кількості випитого вами спиртного?
24. Чи наводите ви виправдання або обіцяєте більше не пити, якщо вам дорікають на часті випивки?
25. Робили вам на службі зауваження з приводу того, що ви п'єте в робочий час?
26. Чи були у вас конфлікти з міліцією з-за вживання алкоголю або управління автомобілем у нетверезому стані?
27. Ви помічаєте за собою прагнення самому поклопотатися про свою випивку, не обговорюючи і не радячись із цього приводу ні з ким?
28. Чи відчуваєте ви або ваша сім'я фінансові труднощі з-за вашої пристрасті до спиртного?

Оцінювання результатів: відповідь «так» хоча б на одне з цих питань повинна стурбувати вас – вона може свідчити про залежність від алкоголю, що насувається. Дві позитивні відповіді говорять про необхідність консультації нарколога [8].

8 СХИЛЬНІСТЬ ДО НАРКОТИЗАЦІЇ

Наркоманія в Україні, на думку фахівців, давно набула ознак епідемії. Кількість людей, які вживають наркотики, становить близько 900 тисяч. За даними Інтерполу, в Україні зареєстровано 65 тисяч розповсюджувачів наркотиків. Дослідження показали, що середній вік початку прийому наркотиків 13–15 років, а в деяких містах нашої країни він ще менше – 9–13 років. Середня тривалість життя людини після початку регулярного прийому наркотиків становить 7 років. Наркомани рідко доживають до 30-річного віку. Вживати наркотики починають випадково, просто через цікавість. Молодь «знайомиться» з наркотиками найчастіше на дискотеках і вечірках, в компанії друзів [6].

Вивчаючи питання про причини залучення підлітків до наркотиків, М. Цукерман запропонував методику вимірювання потреб в пошуку вражень, що спонукають людину до цього виду діяльності. Він виходив з того, що люди розрізняються за оптимальним рівнем стимуляції і збудження, і ці відмінності впливають на вибір ними різних форм життєвої активності. Було встановлено, що потреба в пошуку вражень позитивно корелює з певною структурою особистості, з дисгармонією особистісних рис, вибором деяких професій, розваг. Виявилось, що зазвичай підлітки, які мали високі показники запропонованого тесту, прагнули до експериментування з наркотичними речовинами для того, щоб підвищити рівень збудження і отримати різноманітні відчуття [8, С. 201].

Нижче наведено методику М. Цукермана «Схильність до пошуку відчуттів». Вона може проводитися як в індивідуальному, так і в груповому режимі. Призначена для осіб не молодше 13 років. При проведенні обстеження необхідно враховувати специфічні особливості групи, наприклад, професійну приналежність.

Порядок роботи. Викладач роздає респондентам бланки і текст опитувальника і зачитує інструкцію, згідно з якою студенти повинні відповісти на кожне з 40 запитань у відповідності з наступною схемою:

А – «так, правильно», Б – «важко відповісти», В – «неправильно».

Інструкція. Вам пропонуються твердження, які стосуються різного роду захоплень, інтересів, поглядів. Ваше завдання – вибрати підходящий для вас варіант відповіді (А – «так, правильно», Б – «важко відповісти», «В» – «неправильно») і відзначити свій вибір на бланку протоколу хрестиком у відповідному квадраті. Відповідаючи, пам'ятайте:

– питання занадто короткі, щоб у них містилися усі необхідні подробиці. Якщо вам здається, що точно відповісти неможливо, відповідайте приблизно. Не витрачайте багато часу на роздуми, давайте першу відповідь, яка приходить в голову. Намагайтеся відповідати на кілька запитань на хвилину, і тоді можна буде закінчити роботу приблизно за 10 хв;

– намагайтеся уникати проміжних, невизначених відповідей, крім тих випадків, коли по-іншому відповісти дійсно неможливо; дайте не більше одного невизначеного відповіді на 5–6 питання;

– якщо вам здається, що питання не має до вас відносини, постарайтеся уявити, що воно вас стосується, відповідь все одно потрібно дати;

– пам'ятайте, що тут немає «хороших» і «поганих» відповідей, не намагайтеся справити своїми відповідями сприятливе враження; вільно висловлюйте свою думку.

Схема обробки даних. Кожна з чотирьох шкал опитувальника включає по 10 питань. По кожній з чотирьох шкал теоретично можна отримати сумарне значення від 0 до 20 балів. Бали відзначаються на бланку протоколу по вертикалі, а по горизонталі вказані шкали TAS, BS, ES, UA (див. табл. 8.1). Поєднуючи відмічені значення лінією, отримуємо індивідуальний профіль. Значення в «сирих» балах за всіма шкалами наводяться у вигляді формули при описі випадків.

При кожному збігу відповіді на питання з ключем зараховується 2 бали, при розбіжності – 0 балів (позиція А і В), у разі проміжної відповіді («сумніваюся», позиція Б) – 1 бал. Потім знаходимо «піки» і «провали» індивідуального профілю в порівнянні з усередненим профілем (за межами N +2 бали за кожною шкалою). Після цього проводимо змістовну інтерпретацію високих і низьких значень за окремими шкалами.

Схема інтерпретації отриманих балів. Оскільки норм поки немає, трактуємо профіль по «сирим» балам; оцінюємо висоту розташування отриманого профілю в порівнянні з усередненим (від 10,0–10,6 до 6,5–9,5) з урахуванням віку і статі респондента. Наприклад, весь профіль SSS може бути явно знижений; таке зниження активності, прагнення до зовнішньої стимуляції відзначено як тенденція особистості відчувати труднощі у задоволенні цієї потреби в конвенціональному суспільстві, фрустрація особистості у зв'язку з соціальними заборонами. Поведінка, що відхиляється від усередненого профілю розглядається як компенсаторна, спрямована на подолання фрустрації. Було відзначено, що в багатьох випадках це обумовлено дією механізму пошуку вражень на тлі нерозвиненості в особистості сфери потреб, а також проблемами процесу соціалізації.

*Запитання анкети «Схильність до пошуку відчуттів»
(за М. Цукерманом)*

1. У ситуації з незрозумілою обстановкою я віддаю перевагу вичікуванню, поки вона проясниться, а не її з'ясуванню.
2. Я хотів би вийти далеко в море на невеликому, але надійному морському судні.
3. У роботі я віддаю перевагу ігноруванню усього, що прямо не стосується справи.
4. Мене приваблює подорож по країні на попутних машинах.
5. Мені нецікаво дивитися один і той же фільм повторно.
6. Я остерігаюся їжі, яку раніше не куштував.
7. Мій девіз: розумний в гору не піде, розумний гору обійде.
8. Я б вважав за краще жити в такі періоди історії, які насичені змінами.
9. Мені подобається бачити екстравагантні зачіски.
10. Мені б хотілося стрибнути з парашутом.

11. Мені не подобаються люди, які лізуть на рожен.
12. Я хотів би покататися на спортивному мотоциклі.
13. Я б став навчатися керувати дельтапланом.
14. Нерозумно робити божевільні вчинки тільки для того, щоб подивитися, як на це відреагують оточуючі.
15. Я втомлююся, коли дивлюся аматорські фільми і слайди.
16. Люди, які зі мною не згодні, цікаві мені менше, ніж однодумці.
17. Я люблю запливати далеко від берега.
18. Зовсім не уявляю себе альпіністом.
19. За інших рівних обставинах я дію по лінії найменшого опору.
20. Мені подобається одягатися незвично.
21. Людині треба час від часу змінювати роботу, щоб уникнути застою.
22. У мене вистачає терпіння спілкуватися з нудними і нудними людьми.
23. У незнайомому місті я люблю самостійно знаходити дорогу, а не користуватися путівником.
24. Я уникаю друзів, вчинки яких непередбачувані.
25. Іноді мені хочеться зробити щось лякаюче.
26. Мені хотілося б пожити життям бродячих циган, мандрівних артистів.
27. Я відчуваю підйом сил, якщо при здійсненні якої-небудь справи з'являються серйозні перешкоди.
28. Важко уживатися в колективі з занудою.
29. Мені страшно пірнати з високої скелі.
30. Мені подобається «позначувати» людей до нерозумного вияву влади і деспотизму.
31. Шкода витратити стільки часу на сон.
32. Я беруся за важкі завдання, тільки якщо мене змушують до цього обставини.
33. Я б не наважився пробувати препарати, що викликають галюцинації.
34. Навіть подумати не можу про спуск на гірських лижах з високої гори.
35. Я не люблю поєднання контрастних кольорів і неправильних форм сучасного живопису.
36. Людина, дії якого передбачувані, є занудою.
37. Я б хотів попірнати з аквалангом.
38. Мені дуже подобається долати труднощі.
39. Мають рацію ті люди, які обирають непроторенні шляхи, багаті на можливу невдачу.
40. Мені подобається слухати нову і незвичну музику.

Таблиця 8.1 – Ключі до шкал опитувальника **SSS**
«Схильність до пошуку відчуттів»

<i>TAS</i>	+	2	10	12	13	17	18	25	29	34	37
<i>BS</i>	+	5	6	8	15	16	21	22	28	31	36
<i>ES</i>	+	4	9	14	20	24	26	30	33	35	40
<i>UA</i>	+	1	3	7	11	19	23	27	32	38	39

Шкала *TAS* (пошук гострих відчуттів): високі значення за цією шкалою дозволяють виявити осіб, схильних до надзвичайних подій.

Шкала *BS* (непереносимість одноманітності): монотонна робота дорівнює покаранню; низький бал за цією шкалою вказує на схильність до монотонної, рутинної роботи.

Шкала *ES* (пошук нових вражень): крайні значення за цією шкалою вказують на ригідність обстежуваного, його прихильність до традиційних поглядів і правил. Такі працівники незалежно від віку консервативні, не люблять нововведень, змін.

Шкала *UA* (неадаптивне прагнення до труднощів): високий бал за цією шкалою набирають люди, які прагнуть знаходити і долати труднощі. Ці «правдошукачі» – потенційні ініціатори конфліктів, їх часто відторгають у різних колективах. Низькі значення за даною шкалою дають, з одного боку, люди боязкі, сензитивні, з низькою нервово-психічною стійкістю і великою ймовірністю «зривів», важко адаптуються і не витримують напружених умов роботи. З іншого боку, низькі значення за шкалою *UA* показують особи, які в реальному житті схильні уникати відповідальності, люди «спритні», з хитринкою, при найменшій можливості вони намагаються ухилитися від виконання посадових обов'язків (за ними потрібен постійний контроль з боку керівництва). У будь-якому випадку, що б не стояло за цим, респонденти з низьким балом за цією шкалою мають тенденцію уникати труднощів, перекладати відповідальність на інших людей або на обставини і тому є «проблемними» працівниками.

9 РЕКОМЕНДАЦІЇ ПОЧАТКІВЦЯМ, ЯК ВЕСТИ АКТИВНИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Із старінням людини малорухливий спосіб життя все більше руйнує організм, що призводить до збільшення числа ослаблених немолодих чоловіків і жінок, в результаті мають місце захворювання, зниження трудової активності і життєвих ресурсів. Нині чинники способу життя – це наймасовіші вбивці. Як приклад наводимо літературні дані з американської статистики (2000 р.): смертність американців, обумовлена способом життя та іншими причинами, складає (осіб):

- 1) куріння – 400 000;
- 2) режим харчування й активності – 300 000;
- 3) вжиток алкогольних напоїв – 100 000;
- 4) інфекційні захворювання – 90 000;
- 5) токсичні чинники – 60 000;
- 6) вогнепальна зброя – 35 000;
- 7) венеричні захворювання – 30 000;
- 8) дорожній травматизм – 25 000;
- 9) необґрунтоване вживання лікарських засобів – 20 000.

Треба розуміти, що витрати на тривале лікування і профілактику хронічних захворювань, а також малорухливий спосіб життя є «податком» на майбутні покоління. Американськими фахівцями встановлено, що шкідливі звички і пов'язаний з цим поганий стан здоров'я обумовлені такими чинниками, як недостатня освіта і обмежений доступ до профілактичної медичної допомоги на початку життя (а у нас – ще з лінню й дурістю). Тому у створеному нами суспільстві існує замкнуте коло: вилучати з державного бюджету кошти (із сфери профілактичної медичної допомоги, валеологічного і фізичного виховання) і спрямовувати їх на допомогу хворим, непрацездатним і літнім людям. Врешті-решт, це не вирішує питання оздоровлення нації, а навпаки, посилює проблему забезпечення здоров'ям майбутні покоління. А саме: на тлі обмеженого бюджету, пріоритети соціальної політики сучасної України призводять до того, що засоби, які виділяються на підтримку і лікування інвалідів, слабких, хворих, незаможних і непрацездатних людей постійно зростають в збиток забезпеченню умов ЗСЖ молодих, здорових і працездатних громадян. «Зіштовхувати лобами» здорових і хворих – не гуманно і не правильно. Ми вважаємо, що акценти треба змістити на користь здоров'я здорового населення держави, чи хоча б не у збиток йому. Соціальну ж підтримку хворих, слабких, недужих, осіб із особливими потребами та інших категорій населення, що вже втратили або втрачають повноцінну життєздатність, більш прагматично було б здійснювати зовсім з інших джерел. Наприклад, залучаючи внески «благодійників», діяльність котрих потенційно знищує здоров'я нації: це кошти фірм з виготовлення і розповсюдження тютюнових, алкогольних (у т.ч. слабоалкогольних) виробів; кошти з екологічних штрафів шкідливих підприємств; фірм-виробників і розповсюджувачів побутової електронної апаратури (мобільні телефони, комп'ютери, супутникові антени,

копіювальна техніка, СВЧ-техніка тощо), які у питаннях шкоди здоров'ю поки що перебувають у глибокій тіні; власників ринків та інших подібних установ, де десятки або навіть сотні тисяч найманців втрачають здоров'я, працюючи увесь робочий час на морозі, вітрі, дощі протягом року; фармакологічні корпорації та мережі розповсюдження й збуту ліків; викриті правоохоронними органами злочинні угруповання (наркоторгівля, контрафактна продукція, зброя, торгівля людьми, проституція тощо). Перелік можна продовжити.

Початківцям, які вирішили змінити свій стиль життя на користь активному способу життя, Р. С. Паффенбаргер та Е. Ольсен дають такі поради:

1. Для досягнення тривалішого, здоровішого й енергійнішого життя найменший об'єм рухової активності, що забезпечує найбільшу користь, повинен включати: а) рухи без певної мети протягом 1 години щодня; б) кожного тижня три 30-хвилинні тренування помірної інтенсивності (ЧСС 130–160 уд./хв.), що викликають потовиділення на лобі та підвищують частоту серцевих скорочень.

2. Будь-яка рухова активність – це краще, ніж її відсутність, проте треба знати, що інтенсивність зусилля має особливого значення. Максимальну користь принесуть регулярні заняття, що викликають потовиділення.

3. Почати і постійно вести активний спосіб життя – це єдине правильне рішення, що дозволяє поліпшити здоров'я і досягти довголіття.

4. Кожний рік життя, дарований руховою активністю, окрім поліпшення самопочуття і сну, допоможе збалансувати стосунки з іншими людьми, підвищивши життєлюбність, настрій, життєздатність, змінить мислення на користь природодоцільного, підвищить творчі здібності протягом додатково прожитих років.

5. Для тих, хто збирається перейти від малорухливого до активного способу життя, слід зрозуміти, що ніколи не буває пізно: чим раніше ви почнете, тим більше здоров'я у вас буде у «додаткові» роки. Нагадаємо, що фізіологічно обґрунтований руховий режим складає 6–8 год. на тиждень.

6. Не шукайте виправдань та інших перешкод для виправдання своєї лінії та інертності. Для цього домагайтеся, щоб у вашій свідомості превалювали такі мотивації і переконання:

- бажання змінити свій спосіб життя на кращий;
- віра в можливість такої зміни;
- розуміння, яку користь принесуть такі зміни;
- обізнаність про те, що потрібно змінити і як це зробити [7].

Що ж відбувається в організмі при дотриманні активного, тобто здорового стилю життя? Ось на що, у першу чергу звертають увагу Р. С. Паффенбаргер та Е. Ольсен: змінюючи спосіб життя, ми зберігаємо нормальне функціонування головного мозку, зміцнюємо його здоров'я. Регулярні фізичні вправи стимулюють розумову діяльність. Це відбувається, по-перше, за рахунок поліпшення кровопостачання мозку, забезпечення сприятливих змін у структурі нейротрансмітерів, посилення нервових зв'язків; по-друге, зниження рівня і наслідків стресу; по-третє, полегшення депресивних станів. Для фізично активних чоловіків і жінок у будь-якому віці є характерним

більш низький ризик виникнення депресивних станів і, можливо, навіть ризик розвитку хвороб Паркінсона й Альцгеймера та інших подібних захворювань. Найбільш ідеальна програма для досягнення піку фізичної і розумової діяльності передбачає виконання вправ для м'язів і опорно-рухового апарату всього тулуба, включаючи вправи аеробної і силової спрямованості, а також деякі складно координаційні вправи, що передбачають постійне засвоєння і вдосконалення рухових умінь і навичок.

Окремо звертаємо увагу на деякі психічні стани, які піддаються корекції за допомогою здорового способу життя.

Безліч психічних розладів спричиняє депресія. Для хронічної депресії характерний песимістичний настрій, який може і не робити істотного впливу на те, як людина «йде по життю». Оточуючі сприймають таку людину як похмуру особу. Маніакально-депресивний розлад характеризується значним коливанням настрою – від депресії до ейфорії. Для важкої форми депресії характерний стан крайньої безвихідності, що супроводжується функціональними симптомами. Діагноз ставить лікар. У деяких випадках хворого госпіталізують.

Симптоми депресії:

- труднощі в ухваленні рішень;
- зниження продуктивності праці;
- дратівливість і ворожість;
- відчуженість;
- відчуття безнадійності і безвихідності;
- сповільнена мова і хронічне стомлення;
- нездатність сконцентрувати увагу;
- різке збільшення числа помилок, що допускаються;
- відсутність прагнення виконувати завдання по роботі;
- повільність і абсентеїзм [7].

Відзначимо, що за часом, який постраждалий повинен провести в лікарні або удома, клінічна депресія (діагноз поставлений лікарем) у США займає 2 місце після ішемічної хвороби серця. Важка форма депресії є важчим захворюванням, ніж багато інших, включаючи артрит, діабет, хвороби легенів. З віком ризик виникнення депресії підвищується, у жінок ризик виникнення депресії у 2 рази вище, ніж у чоловіків. Чинники ризику виникнення депресії: випадки депресії або алкоголізму в сім'ї; несприятлива обстановка в сім'ї; негативні життєві події останнім часом, особливо втрата близької людини; відсутність друга або близької людини, якій можна «розрадити душу». Людина, що знаходиться в стані депресії, часто не розуміє причин виникнення зазначених вище відчуттів. А це призводить до ще більшого підвищення рівня тривожності, тобто до ще більшої депресії.

При важкій формі депресії у 10–15 % випадків кінцевим результатом є суїциди. Причини, що викликають розвиток депресивних станів, вивчені недостатньо і можуть носити індивідуальний характер.

За неофіційною статистикою у 90-ті роки ХХ ст. Україна посідала перше місце в Європі за кількістю випадків суїциду. За даними Л. Гориславець, у 2010 р. в Україні на 100 тис. мешканців припадало 30 суїцидів, більшість з яких

здійснювалося молоддю, а також людьми похилого віку. Г. Н. Хабібулін досліджував особливості суїцидальної поведінки старшокласників (м. Кременчук Полтавської області) та їхньої тривожності з метою запобігання можливим суїцидам [11]. У 48 % випадків респонденти віком 16–17 років відповіли, що у минулому мали думки про самогубство. Серед учнів, які хоча б один раз у житті думали про самогубство, 65 % – це особи з високим рівнем, 35 % – із середнім та низьким рівнем тривожності. Серед тих, хто не припускав думок про самогубство, високий рівень тривожності мали 30 %, середній та низький рівень – 70 % опитаних. Решта називають такі причини: у 20 % випадків – типові причини (неприємності та переживання), 15 % – погане ставлення з боку батьків, 10 % вказали на комплекс проблем (усе набридло, дістало), у 5 % випадків причинами була образа, розчарування, складні проблеми зі здоров'ям. Допомогло змінити думку на користь життя у 30 % випадків – думки про негативні наслідки цього кроку для рідних та близьких, 15 % вказують, що допомогла підтримка друзів, 15 % – осмислення цінності власного життя, 15 % сказали, що просто стало страшно здійснити таке, по 5 % вірили у зміну ситуації на краще або дочекалися змін.

На думку В. А. Семиченко та В. С. Заслуженюк, основні мотиви суїцидальної поведінки дітей і молоді такі:

- 1) переживання образи, самотності, відчуження, неможливість бути зрозумілим;
- 2) реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревності;
- 3) переживання, пов'язані зі смертю одного з батьків, розлучення батьків;
- 4) почуття провини, сорому, образи, незадоволеність собою;
- 5) страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням;
- 6) любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;
- 7) бажання помсти, погроз, шантажу;
- 8) бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття;
- 9) наслідування приятелів, героїв книг, кінофільмі («ефект Вертера»).

Одним із заходів попередження суїцидальної поведінки є вивчення причин суїцидів. Первинною профілактикою може стати поширення інформації щодо типових ознак суїцидальної поведінки. Встановлено, що почуття відповідальності, усвідомлення цінності життя або навіть просто страх можуть допомогти не менше, а навіть і більше, ніж підтримка оточуючих. Отже потрібно цілеспрямовано виховувати у молоді шкільного віку такі позитивні риси, як відповідальність за себе й за інших, відповідальне ставлення до життя, страх його втрати. Тоді у кризовій ситуації суїцидів стане менше. Можуть стати у нагоді морально-етичні надбання релігій, які засуджують добровільне розставання із життям, надають втіхи та розради тим, хто відчайся. Великі можливості мають засоби фізичної культури і спорту, які виховують впевненість у собі, силу волі і характеру, колективізм і взаємодопомогу у спільній праці та ін.

На жаль, в Україні не приділяється цілеспрямованої уваги запобігання і профілактиці масового поширення депресії. В той же час, у США, враховуючи

велику поширеність цього захворювання, набув популярність такий недорогий і ефективний метод лікування, як рухова активність. Наводимо деякі приклади.

За даними W. P. Morgan (1994 р.), серед випускників американських коледжів був вмовлений безпосередній взаємозв'язок між руховою активністю і зниженим ризиком розвитку депресії. Мінімальний ризик виникнення депресії характерний для найбільш фізично активних осіб. Для випускників, які щонеділі витрачали від 1 000 ккал до 2 499 ккал, займаючись ходьбою та різними видами спорту, був на 17 % менший ризик у порівнянні з менш активними випускниками. На 28 % менший ризик розвитку депресії характерний для тих, чий щотижневий енерговитрати складали приблизно 2 500 ккал. Зокрема, випускники, які кожного тижня 3 години і більше займалися різними видами спорту з використанням навантажень середньої інтенсивності (ЧСС 130–160 уд./хв.), мали на 27 % менший ризик виникнення депресії у порівнянні з тими, хто тренувався 1 годину або менше.

Мінімальний тижневий руховий об'єм занять фізичними вправами для студентів основної і підготовчої медичних груп, поданий у таблиці 9.1. У період екзаменаційної сесії особам з різним рівнем фізичного стану і рухової активності пропонуються різні варіанти занять фізичними вправами (табл. 9.2).

Таблиця 9.1 – Мінімальний тижневий руховий об'єм занять фізичними вправами

Вправи	Об'єм навантаження	
	чоловіки	жінки
1	2	3
Оздоровчий біг, км	15–17	12–14
або ходьба на лижах, км;	22–24	16–18
стрибки на місці через скакалку, к-ть разів;	–	350
прискорена ходьба, км	–	21–35
Підтягування на щабліні, к-ть разів;	70–85	–
те ж саме з вису лежачи на низькій щабліні (110–120 см), к-ть разів	–	85–95
або згинання й розгинання рук в упорі лежачи;	120–140	–
те ж саме в упорі на опорі висотою 50 см, к-ть разів	–	210–220
Піднімання прямих ніг з положення лежачи на спині, к-ть разів	140–160	–
Піднімання та опускання тулуба з положення лежачи на спині, руки за головою, ноги закріплені, к-ть разів	–	100–120
З основної стійки наклони тулуба уперед-униз з прямими ногами, к-ть разів	90–120	90–120

Таблиця 9.2 – Рекреаційні заходи під час екзаменаційної сесії

Кількість занять на тиждень	Тривалість заняття, хв	Зміст заняття	Інтенсивність заняття	Період	Доповнення
1	90	Плавання, спортивні ігри, легка атлетика, загальнорозвиваючі вправи	помірна	після здачі екзаменів	
2	45	5 хв – вправи на увагу; 10 хв – загальнорозвиваючі вправи; 25 хв – рухливі та спортивні ігри; 5 хв – дихальні вправи	помірна		
2	45	5 хв – вправи на увагу; 10 хв – загальнорозвиваючі вправи; 25 хв – рухливі та спортивні ігри; 5 хв – дихальні вправи	помірна	бажано після екзаменів	Ранкова гімнастика; фізкультпауза 5–10 хв після кожних 55–60 хв розумової праці
щоденно	60 – 70 хв	Плавання, міні-футбол, спокійний біг, загальнорозвиваючі вправи	помірна		Після кожного екзамену тривалість заняття підвищується до 120 хв; фізкультпауза 10 хв через кожні 2 год. розумової праці
щоденно	не менше 2 годин	15–20 хв – ранкова зарядка на свіжому повітрі; 45–60 хв – прогулянка після 3,5–4,5 год. розумової праці у 1-й та 2-й половині дня (другу прогулянку можна замінити іграми с м'ячем)	помірна		

10 РЕКОМЕНДАЦІЇ З ОПТИМІЗАЦІЇ ПАРАМЕТРІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Медико-педагогічний висновок щодо наявного способу життя студента зручно робити на основі аналізу даних діагностики (див. розд. 5). Після цього викладач дає рекомендації відносно його корекції. Вони формуються з урахуванням результатів оцінювання, а також виходячи зі змісту питань, спрямованих на визначення того чи іншого параметра формули ЗСЖ. Нижче наведені параметри, що оцінюються, і примірні рекомендації з їх оптимізації.

1. *Установка свідомості* на здорове тривале життя. Рекомендується формування психології довголіття, використання високих біологічних можливостей організму через ЗСЖ й засвоєння правил контролю за здоров'ям.

2. *Рух*. Для його оптимізації студентові варто рекомендувати підвищити рухову активність протягом доби, а саме – робити ранкову зарядку, займатися аматорським спортом чи відвідувати тренажерний зал, займатися щоденно ходьбою.

3. *Загартування*. Для його корекції необхідно рекомендувати такі заходи: займатися щоденно загартуванням, зокрема водяними процедурами за певною методикою, у літній період постійно приймати повітряні ванни й купатися у відкритих водоймах.

4. *Раціональне харчування* та підтримка ваги на нормальному рівні. Для оптимізації цього параметра студентові необхідно запропонувати скласти і розписати раціональний режим харчування (кілька режимів харчування), перелік рекомендацій з використанням у харчуванні різних продуктів; правила контролю за вагою.

5. *Раціональний режим життєдіяльності* та його відповідність біологічним ритмам. Для оптимізації цього параметра студентові необхідно запропонувати докладно розписаний добовий режим життя.

6. *Психологічний оптимум життя*. Для оптимізації цього параметра студентові необхідно надати рекомендації з засвоєння правил управління емоційно-психологічним станом, етикету й етики поведінки в колективі й у родині, перелік антиконфліктних правил, методів оптимізації та відновлення порушеного психологічного стану, засвоєння вимог сімейного життя й знання з психології праці.

7. *Відсутність шкідливих звичок і захоплень*. Для оптимізації цього параметра студентові необхідно дати рекомендації з засвоєння знань про шкідливий вплив на організм паління, алкоголю, наркотиків, парфумерії, високоемоційної та високо ритмічної музики, надмірно гострої, дуже гарячої їжі, про шкідливість тривалих переглядів телепередач і тривалої роботи з комп'ютером. Засвоєння правил усунення й методів лікування наслідків шкідливих звичок.

8. *Особиста гігієна*. Даються рекомендації із систематичної підтримки гігієни тіла та його частин.

9. *Гігієна житла*. Даються рекомендації зі способів і правил підтримки гігієни житла.

10. *Гігієна одягу.* Даються рекомендації щодо вимог гігієни одягу.

11. *Ефективний відпочинок.* Даються рекомендації щодо вивчення правил, знання форм і режимів щоденного відпочинку, організації канікулярного відпочинку студентів.

12. *Здоровий нічний сон.* Рекомендується знати правила організації нічного сну й попередження безсоння. Для корекції сну необхідно запропонувати перелік правил, яких треба дотримуватися при підготовці до сну, в процесі сну, пробудженні та переходу до пробудження, а також для підтримки оптимальної тривалості сну.

11 РАЦІОНАЛЬНИЙ РЕЖИМ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СТАРІННЯ

З багатьох питань щодо старіння серед науковців єдиної точки зору поки що немає. У той же час є роботи, які доводять, що психічне і фізичне старіння прискорюється у тих осіб, які близькі до стану професійного «вигорання», або хто вже має усі його ознаки [9].

Як стверджує В. В. Фолькіс, існує близько 300 гіпотез старіння, кожна з яких висвітлює ту або іншу сторону цього складного біологічного процесу. Проте, на думку фахівців-геронтологів, більшість існуючих теорій втратила своє значення, і нині можна відзначити лише декілька принципових підходів. Як вважає Є. С. Авербух, найбільш поширеною є *теорія зношування*. Близькими до неї вважають теорії, які розглядають життя і старіння як витрату енергії, отриману людиною у спадок при народженні (*енергетична теорія*). Існують *хімічні теорії* старіння. З історичного погляду найбільшого значення має гіпотеза, згідно з якою в результаті старіння відбувається поступова втрата специфічної життєвої енергії (подібно до китайської *ци*).

На думку деяких вчених, видова межа людського життя становить 113 – 120 років. Старіння людини – це складний і суперечливий біологічний процес, що неминуче настає і є генетично обумовленим. Характер вікових змін, динаміка і швидкість їх наростання багато в чому визначаються суто психологічними причинами. За даними літературних джерел, характерними ознаками психічного старіння є особливості, що відбуваються на рівні процесів і станів. У таблиці 11.1 представлені ознаки, за якими можна визначати процес старіння.

Таблиця 11.1 – Характерні ознаки психічного старіння

Психічні процеси	Психічні стани	Психічні властивості	Спосіб життя
<ul style="list-style-type: none"> – сприйняття; – мислення; – пам'ять; – увага; – уявлення; – психомоторика 	<ul style="list-style-type: none"> – емоції; – психічний занепад; – депресія; – психогенна депресія (розвивається на фоні захворювань); – іпохондрія; – нудьга; – страх (бідності, хвороби, старості; перед людським судом, втратою любові близьких; смерті) 	<ul style="list-style-type: none"> – характер (інтегральна характеристика вираженості психічних властивостей особистості) 	<ul style="list-style-type: none"> – харчування; – сон; – працездатність; – сім'я; – спілкування; – смерть близьких; – самотність

Французький демограф А. Сові наводить такі дані (1955 р.) щодо впливу професії на тривалість життя: найбільш коротка тривалість життя зареєстрована у різноробочих низької кваліфікації (53 роки), а далі у порядку зростання: у робітників (61–63 роки), у конторських службовців (67–68 років), у викладачів навчальних закладів (73 років). Слід зауважити, що наведені дані дуже застарілі і стосуються Франції, а не сучасної України. Після періоду «перебудови» з моменту розпаду СРСР і до теперішнього часу, що відзначається тривалою нестабільністю соціально-політичного життя, показники тривалості життя різних категорій працюючих спеціалістів є значно гіршими.

Ще на початку ХХ ст. лондонським лікарем Вебером була запропонована і дотепер є актуальною програма профілактики старіння за допомогою корекції способу життя. Основними її положеннями є такі:

- необхідно зберігати усі органи в повній їх силі, своєчасно розпізнавати хворобливі прояви і боротися з ними;
- слід бути помірним у споживанні їжі та пиття так само, як і в інших фізичних задоволеннях;
- повітря має бути чистим як у помешканні, так і зовні;
- потрібно щоденно займатися фізичними вправами незалежно від погоди, у багатьох випадках корисні дихальна гімнастика і прогулянки пішки;
- слід вставати і лягати спати рано, при цьому сон не повинен тривати більше 6–7 год;
- щодня потрібно приймати ванну або обтиратися водою, вода має бути холодною або теплою, зважаючи на темперамент людини;
- треба виховувати в собі життєрадісність для спокою душі і оптимістичного настрою;
- слід перемагати в собі пристрасті й нервовий неспокій.

Рекомендації всесвітньо відомого українського кардіохірурга, академіка М. М. Амосова є такі: «Для здоров'я однаково необхідні чотири умови – фізичні навантаження, обмеження в харчуванні, загартування, час і уміння відпочивати. Достатньо витратити на фізичні вправи 20–30 хв на день, але такої інтенсивності, щоб спітніти і щоб пульс почастишав удвічі. А якщо цей час подвоїти, то буде взагалі відмінно. Обмежуйте себе в їжі. Підтримуйте масу тіла за формулою: $(L - 100)$, де L – довжина тіла у сантиметрах. Навчіться розслаблятися. Переїдання, фізична детренованість, психічна перенапруга і відсутність загартування є головними причинами хвороб кожної людини. У всьому винні самі люди, і ніяк не зовнішнє середовище, не суспільство, не слабкість людської природи. Для лікування хвороб потрібно, передусім, ліквідувати вище перелічені негативні чинники, тобто тренуватися, жити впроголодь і їсти сирі овочі, не кутатися і спати скільки хочеться і, зрозуміло, не курити. Ліки, до яких люди так звикли, при цьому діятимуть набагато ефективніше. Якщо техніка звільнила людину від корисних навантажень, їх потрібно компенсувати «штучними» – фізкультурою протягом усього однієї години! Їжте більше овочів і фруктів. Суворо тримайте масу. Довіряйте своїй природі і не бігайте даремно до лікарів» [2].

Важливою умовою підтримання високого і стійкого рівня продуктивності праці і працездатності людини є правильна організація чередування праці та відпочинку, тобто раціональний режим праці та відпочинку [9]. Він визначається на основі реєстрації та аналізу динаміки працездатності людини, характерної для певного трудового процесу. Чередування роботи та відпочинку є біологічною закономірністю життєдіяльності усіх функціональних систем організму, починаючи з окремої клітини, окремих органів і закінчуючи організмом людини в цілому. Так, протягом усього життя в організмі відбувається ритмічне чередування роботи та спокою в діяльності серця, дихальних і кісткових м'язів, гладкої м'язової тканини, секреторному апараті травного каналу, в ендокринних залозах. У трудовій діяльності людини також повинні бути добові, середньо змінні, тижневі, річні та ін. режими чередування роботи та відпочинку.

Для вирішення питань гігієни та фізіології праці пропонуються такі науково обґрунтовані рекомендації щодо наукової організації праці і відпочинку на виробництві: у першу чергу треба вивчити внутрішньо змінні режими праці та відпочинку протягом робочої зміни і робочого тижня [4]. Працездатність людини проходить три основних періоди – входження у роботу, стійка працездатність, зниження працездатності внаслідок розвинення стомлення. Тривалість цих періодів залежить від характеру виконуваної роботи (важкість, напруженість, стан виробничого середовища та ін.) й організації трудового процесу.

Основним завданням раціоналізації режиму праці та відпочинку є скорочення періоду входження у роботу, збільшення періоду стійкої працездатності та часу до моменту виникнення стомлення. Раціоналізація передбачає введення протягом робочої зміни регламентованих перерв для відпочинку. При цьому необхідно правильно вирішити питання по те, коли та якої тривалості доцільно робити перерви в роботі. Важливим питанням у системі заходів щодо підтримання високого рівня працездатності шляхом установа раціонального режиму праці та відпочинку є організація самого відпочинку. Залежно від того, який характер має робота на підприємстві, відпочинок повинен бути пасивним або активним. Формами активного відпочинку є фізкультпауза, виробнича гімнастика, вступна гімнастика. Рекомендують широко використовувати також функціональну музику, взаємозамінність і суміщення професій, наприклад, при конвеєрних видах праці та ін. Під час роботи в різних галузях виробництва доцільно робити перерви різної тривалості і фізіологічного призначення. У середині робочого дня звичайно влаштовують обідню перерву для відпочинку та прийому їжі. Тривалість її може становити від 30 хв до 1 год. Протягом першої та другої половини робочого дня корисні короткі регламентовані перерви тривалістю від 5 хв до 15 хв. Їх кількість і тривалість протягом зміни встановлюються найчастіше дослідним шляхом на підставі спеціальних досліджень. Призначення цих перерв полягає в запобіганні стомленню або його зниженні і зменшенні впливу несприятливих факторів виробничого середовища. Поряд із цим, під час виконання роботи виникають короткі перерви (мікропаузи) між окремими робочими операціями, тривалість яких коливається від декількох секунд до 1–2 хв. Мікропаузи складають значний

резерв для відпочинку м'язів, що працюють під час роботи. При нав'язаному ритмі роботи (конвеєрне виробництво) зниження тривалості мікропауз призводить до розвитку стомлення. При роботі у вільному режимі в період початкового стомлення спостерігається збільшення кількості і тривалості мікропауз [4].

При вирішенні питання про те, коли призначати регламентовані перерви, необхідно брати до уваги, що організація перерви на якійсь стадії працездатності повертає її на попередню. Тому доцільно призначати перерву на початку стадії зниження працездатності, при якій в організмі спостерігаються перші ознаки втоми. Питання про тривалість перерв вирішується в кожному конкретному випадку окремо. При цьому необхідно пам'ятати, що надмірно коротка перерва (менше 5 хв) є недостатньою для відновлення працездатності, надмірно тривала буде порушувати стан входження в роботу. Необхідно дотримуватися загального правила, яке полягає в тому, що чим важча праця, тим довшою повинна бути перерва. Оптимальна тривалість однієї перерви для більшості видів робіт становить 5–10 хв. Перерви тривалістю 5 хв встановлюються, як правило, при незначній тривалості сумарного часу на відпочинок, а також у першій половині робочої зміни при невеликій втомі. Перерви тривалістю більше 10 хв надаються робітникам, які працюють в особливо несприятливих умовах.

Згідно з «Міжгалузевими рекомендаціями з розробки раціональних режимів праці та відпочинку», для оцінки існуючих режимів праці та відпочинку застосовують психофізіологічні, медичні, соціологічні та економічні критерії [4].

Психофізіологічні критерії дозволяють установити: тривалість періодів входження в роботу, стійкої, високої та зниженої працездатності; стійкість фізіологічних функцій протягом робочого дня; швидкість відновлення функціональних показників після закінчення роботи. При правильній організації робочого дня період стійкої працездатності повинен становити 75 % робочого часу в першій половині зміни і 65 % – у другій. Період входження в роботу не повинен перевищувати 40 хв., а після обідньої перерви не більше 50 % цього часу. При легкому ступені стомлення відновний період становить 10–15 хв, при середньому – до 30 хв, при глибокому стомленні відновлення не закінчується до початку наступного дня. Вищезазначені показники треба визначати протягом робочого дня з урахуванням фізіологічного стану різних систем організму (центральної нервової, м'язової, серцево-судинної, дихальної та ін.). *Медичні критерії* оцінки режиму праці і відпочинку включають облік захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, професійних захворювань, показників виробничого травматизму. *Економічні критерії* оцінюють вартість зниження простоїв устаткування, витрат часу на операції на одиницю продукції, збільшення виробництва продукції, зменшення кількості бракованих виробів, підвищення якості продукції. *Соціологічні критерії* включають дані про вплив режиму праці та відпочинку на організацію праці, культуру виробництва, на характер і зміст занять у неробочий час.

При організації фізичної праці на виробництві слід пам'ятати таке:

– людина може без відпочинку працювати із силою, що не перевищує 10–15 % її максимальної м'язової сили;

- силове навантаження необхідно рівномірно розподіляти між верхніми і нижніми кінцівками;
- робота рук не повинна використовуватися там, де роботу можуть виконувати ноги;
- найбільшого зусилля можна досягти при силових рухах в напрямку «до себе»;
- «тяга на себе» більш ефективна у положенні сидячи, ніж стоячи.

Необхідно відмітити, що критерії оцінки ергономічних показників важкості і напруженості роботи не враховують фізіологічні особливості окремих груп робітників (стать, вік, стан здоров'я та ін.). В таких випадках використовують фізіологічні критерії оцінки важкості і напруженості, які визначаються за рівнем змін фізіологічних функцій під час роботи. Шкала оцінки важкості і напруженості праці за фізіологічними показниками передбачає визначення частоти пульсу, енерговитрат, показника витривалості до статичного зусилля, часу прихованого періоду сенсорних реакцій, показника функції пам'яті та уваги. Фізіологічні показники визначають на початку і в кінці роботи. В залежності від ступеня зміни досліджуваних функцій в кінці робочого дня (визначені у відсотках) встановлюють категорію роботи. Такі показники, як частота пульсу, енерговитрати, оцінюються за абсолютними величинами.

Отже, наукова організація праці на виробництві передбачає, перш за все, удосконалення режимів праці та відпочинку. Це є складною соціально-економічною і фізіологічною проблемою. Тому її вирішення повинно проводитися фахівцями з економіки, організаторами виробництва, фізіологами, психологами, гігієністами та представниками громадських організацій комплексно. Базові навички студенти повинні отримувати у період навчання у закладі вищої освіти.

ВИСНОВКИ

Здоров'я та довголіття – не лише наслідок, а й найважливіші передумови розвитку людського потенціалу. Наявність двосторонніх зв'язків можна сформулювати наступним чином. Збільшення тривалості життя й поліпшення здоров'я, з одного боку, є наслідком індустріального розвитку; прогресу науки (в тому числі медицини), підвищення гігієнічної культури населення та освітнього рівня взагалі, ліквідації апріорної, зовнішньої нерівності. З іншого боку, збільшення тривалості життя і поліпшення здоров'я є необхідною умовою трудової реалізації, підвищення ефективності праці, прогресу економіки; підвищення рівня освіти, прогресу науки взагалі (здатність до навчання, зв'язки між поколіннями, накопичення знань); початкової рівності людей взагалі та рівності чоловіків і жінок, зокрема; реального права вибору.

Здоров'я є найважливішою передумовою отримання якісної освіти в молодості та подальшого її вдосконалення. Зв'язок здоров'я зі здатністю до ефективної праці і підвищення особистого та суспільного добробуту є очевидним фактом. Низький рівень здоров'я населення перешкоджає розвиткові економіки країни і стає загрозою її безпеки.

Стан здоров'я – це певний рівень досконалості саморегуляції організму, фізичної і соціальної адаптації людини, недопущення і швидкості подолання хвороб. Він проявляється у комфортності фізичного, розумового і соціального самопочуття людини. Здоров'я людини також можна характеризувати через сукупність доступних для неї соціальних ролей, форм діяльності, котрі вона може виконувати без шкоди для власного здоров'я і з огляду на сукупність обмежень і специфічних потреб, задоволення котрих необхідне для підтримання її життя. Здоров'я не зводиться лише до здатності брати участь у трудовій (професійній) діяльності. Не менш важливою є здатність народжувати та виховувати дітей, брати участь в житті суспільства тощо. Важливо знати фізичні і психічні обмеження щодо здоров'я тіла і духу, які можуть завадити або забезпечити належну працездатність і конкурентоспроможність майбутнім спеціалістам.

Актуальність здорового способу життя викликана зростанням і зміною характеру навантажень на організм людини у зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного і військового характеру, що провокують негативні зрушення у стані здоров'я.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Формування, оцінка та корекція способу життя студентів: метод. рекомендації / [уклад. : В. І. Агарков, О. В. Швидкий, Г. К. Северин та ін.]. – Донецьк : ДДМУ, 2001. – 14 с.
2. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – М. : АСТ; Донецк : Сталкер, 2005. – 287 с.
3. Бескорвайный Д. А. Гуманитарные вопросы физического воспитания: методические указания к теоретическим и семинарским занятиям по дисциплине «Физическое воспитание» и «Физическая культура» (для студентов дневной формы обучения всех специальностей Университета) / Д. А. Бескорвайный, Т. В. Бондаренко. Харьков. нац. ун-т гор. хоз-ва им. А. Н. Бекетова. – Харьков : ХНУГХ им. А. Н. Бекетова, 2015. – 48 с.
4. Бескорвайный Д. А. Питание как средство укрепления профессионального здоровья: методические указания для практических и самостоятельных занятий по дисциплинам «Физическое воспитание», «Физическая культура», «Управление профессиональной работоспособностью» (для студентов дневной формы обучения всех специальностей Академии) / Д. А. Бескорвайный. Харьков. нац. акад. гор. хоз-ва. – Харьков : ХНАГХ, 2012. – 60 с.
5. Дуднік Н. Ю. Уміння самоорганізації в системі формування активної професійної позиції у майбутніх педагогів / Н. Ю. Дуднік // Наукові записки: зб. наук. праць. Вип. XVII. – Харків : Основа, 2006. – С. 262–268.
6. Гігієна праці / [за ред. А. М. Шевченка, О. П. Яворовського]. – Вінниця : Нова книга, 2005. – 528 с.
7. Ильин Е. П. Психология воли / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
8. Овчаров А. В. Безопасность жизнедеятельности (конспект лекций для иностранных студентов 1–4 курсов дневной и заочной форм обучения) / А. В. Овчаров. Харьков. нац. акад. гор. хоз-ва. – Харьков : ХНАГХ, 2008. – 167 с.
9. Паффенбаргер Р. С. Здоровый образ жизни : пер. с англ. / Р. С. Паффенбаргер, Э. Ольсен. – Киев : Олимпийская литература, 1999. – 319 с.
10. Практикум по психологии здоровья / [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Питер, 2005. – 351 с.
11. Психология здоровья : учебник / [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.
12. Сосин И. К. Женский алкоголизм в контексте гендерного подхода / И. К. Сосин // Здоровьесберегающие технологии в контексте гендерного подхода: монография / [Зайцев В. П., Олейник Н. А., Крамской С. И. и др.]; под ред. Н. А. Олейника, В. П. Зайцева. – Харьков : ХГАФК, 2009. – С. 155–176.
13. Хабібулін Г. Н. Старшокласники і суїцид: проблема та шляхи подолання / Г. Н. Хабібулін // Україна : ноосферно біосферний потенціал освіти регіону : мат. VI Всеукр. наук.-пр. конф. – Кременчук : Вид-во «ПП Щербатих», 2006. – С. 161–167.

Виробничо-практичне видання

Методичні рекомендації
до організації самостійної роботи
та проведення практичних занять
із навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ»

(Принципи, діагностика і програма здорового способу життя)

(для всіх освітніх програм Університету)

Укладачі: **БЕЗКОРОВАЙНИЙ** Дмитро Олександрович,
ЗВЯГІНЦЕВА Ірина Миколаївна

Відповідальний за випуск *Н. І. Горошко*

За авторською редакцією

Комп'ютерний набір *І. М. Звягінцева*

Комп'ютерне верстання *О. Г. Ткаченко*

План 2021, поз. 448 М

Підп. до друку 01.11.2021. Формат 60 × 84/16.
Електронне видання. Ум. друк. арк. 2,4.

Видавець і виготовлювач:
Харківський національний університет
міського господарства імені О. М. Бекетова,
вул. Маршала Бажанова, 17, Харків, 61002.
Електронна адреса: office@kname.edu.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
ДК № 5328 від 11.04.2017.