

**ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ
МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА ПРИКОРДОННА СЛУЖБА УКРАЇНИ**

Бойко О.В. Литвиненко Е.С. Страшко С.В.

РОЗВИТОК МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

**Інформаційно-методичний посібник
для офіцерів та сержантів**

КИЇВ – 2009

УДК 574.24 (075)

Рецензенти:

Барко В.І. – доктор психологічних наук, професор

Ірхін Ю.Б. – кандидат психологічних наук

Хайрулін О.М.

Розвиток мотивації до здорового способу життя: Інформаційно-методичний посібник для офіцерів та сержантів / Укладачі: Бойко О.В., Литвиненко Е.С., Страшко С.В. – К.: Програма розвитку ООН, 2009. – 166 с.

У інформаційно-методичному посібнику розкрито поняття про мотивацію до здорового способу життя особового складу Збройних Сил, Міністерства внутрішніх справ та Державної прикордонної служби України та членів їх сімей. Окреслено теоретичні і методичні аспекти та соціально-психологічні механізми мотивації військовослужбовців, працівників правоохоронних структур, членів їх сімей до здорового способу життя й безпечної поведінки.

Призначено офіцерам та сержантам Центрів комплектування, командирам підрозділів, офіцерам структур виховної та соціально-психологічної роботи, працівникам роботи з особовим складом для проведення інформаційної, профілактичної та просвітницької роботи з військовослужбовцями, працівниками правоохоронних структур України, членами їх сімей, а також усім зацікавленим у розвитку мотивації людини до здорового способу життя і безпечної поведінки.

**Видання здійснене за підтримки
Програми Розвитку ООН**

© Бойко О.В., Литвиненко Е.С., Страшко С.В., 2009

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВМС	– військово-морські сили
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПС	– військово-повітряні сили
ДПС	– державна прикордонна служба
ЗМІ	– засоби масової інформації
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя
ЗС	– збройні сили
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
МВС	– міністерство внутрішніх справ
МО	– міністерство оборони
МОЗ	– міністерство охорони здоров'я
СВ	– сухопутні війська
СНІД	– синдром набутого імунодефіциту

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	6
ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОГО СЕМІНАРУ ЗА ТЕМОЮ: “РОЗВИТОК МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ”	7
РОЗДІЛ 1. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА	10
1.1. Чи є актуальною проблема здорового способу життя в Збройних Силах України та інших відомствах правоохоронних структур?	10
1.2. Смерть від хвороб, що пов’язані з залежностями й відхиленою поведінкою людини як загроза існування української нації (ВІЛ/СНІД, алкоголізм, наркоманія, куріння)	11
1.3. Поняття, категорії, складові здорового способу життя військовослужбовців та членів їх сімей	26
1.4. Досвід та результати профілактичної і просвітницької роботи серед військовослужбовців в провідних арміях світу з питань формування здорового способу життя й безпечної поведінки	39
1.5. Психологія вчинку та процес формування мотиву. Психологічна діагностика системи домінуючих мотивів. Психологічні особливості кандидатів на військову службу	46
РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ СТИЛЮ ЖИТТЯ, ЯКИЙ РОЗВИВАЄ МОТИВАЦІЮ ЗДОРОВ’Я	68
2.1. Традиційні оздоровчі системи	68
2.2. Причини відхиленої поведінки та залежностей, що ведуть до неї у військовослужбовців і членів їх сімей	97
2.3. Фактори формування здорового способу життя і безпечної поведінки у військовослужбовців і членів їх сімей	106
2.4. Деякі проблемні питання мотивації здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей	115
2.5. Сучасні технології формування настанов, вмінь та життєвих навичок безпечної поведінки та здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей	125
2.6. Форми й методи просвітницької роботи на етапі прийому й вивчення військовослужбовців стосовно проявів відхиленої поведінки	130

.....

РОЗДІЛ 3. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВОГО ВИХОВАННЯ	136
.....	
3.1. Здоровий спосіб життя військовослужбовців і членів їх сімей як елемент виховної та соціально-психологічної роботи	136
3.2. Дотримання порядку і правил просвітницької роботи офіцерів та сержантів щодо формування здорового способу життя й безпечної поведінки військовослужбовців і членів їх сімей	140
.....	
3.3. Організація просвітницько-профілактичної роботи серед військовослужбовців (різних категорій) і членів їх сімей, яка спрямована на формування захищеної поведінки та мотивації до здорового способу життя .	153
3.4. Інформаційний ресурс мережі Інтернет, засоби мультимедіа на допомогу офіцеру (сержанту) в питаннях розвитку мотивації здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей	162
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА	163

ПЕРЕДМОВА

Шановні колеги! Цей інформаційно-методичний посібник підготовлено як навчально-методичний матеріал для проведення інформаційної, просвітницької та профілактичної роботи у військових частинах (з'єднаннях), військових містечках з військовослужбовцями строкової служби, військової служби за контрактом, офіцерським і сержантським складом, працівниками Збройних Сил і персоналом правоохоронних структур. Крім того, ми передбачили, що викладений в ньому навчальний матеріал командуванню доцільно використовувати в роботі з сім'ями військовослужбовців.

Рекомендуємо використовувати інформацію з підрозділів посібника під час інформувань, культурно-виховної та просвітницької роботи, бесід з особовим складом та членами сімей військовослужбовців у вигляді 20-50 хвилинних повідомлень. До посібника додається інформація в електронному вигляді, зокрема відеофільми, презентації. Просимо вас, за можливістю, підкріплювати ваше інформування додатковими матеріалами із запропонованих web-сайтів.

Наголошуємо, що розвиток мотивації здорового способу життя в людей починається з їх достатньої поінформованості, але знати, мати інформацію – ще не означає робити. Тому залишається вирішити велику практичну проблему – перейти від знань, до вмінь, навичок і звичок здорового способу життя через задоволення людиною потреби в цьому. Але все починається з інформації...

У ХХІ столітті більшість із нас мусить стати господарями власного життя – нам треба самостійно діяти, самостійно навчатися і самим себе мотивувати. Просимо вас пам'ятати основну засаду навчання: людина найкраще вчить те, що вона дуже прагне вивчити, таке навчання проходить швидше та з використанням усіх відчуттів.

Пам'ятайте вислів великого французького письменника Р.Роллана, який написав: "Здоров'я таке ж заразне, як і хвороба".

Бажаємо вам успіхів у почесній і великій місії – розвивати мотивацію людей до здорового способу життя! З повагою, автори.

**Програма
навчальних семінарів у Збройних Силах,
Міністерстві внутрішніх справ, Державній прикордонній службі України
Тема: “Розвиток мотивації до здорового способу життя”**

Навчальна мета – показати актуальність, надати практичні знання, сформувати настанови й життєві вміння в офіцерів (сержантів) щодо сучасних підходів в організації просвітницької роботи серед військовослужбовців військової служби за контрактом (строкової військової служби), персоналу правоохоронних структур та ДПС в питаннях безпечної поведінки та прихильності до здорового способу життя.

Цільова аудиторія:

1. Офіцери, сержанти та персонал Центрів комплектування.
2. Офіцери структур виховної та соціально-психологічної роботи (рівень заступники командирів армійських корпусів, територіальних управлінь, з'єднань, частин).
3. Члени сімей військовослужбовців.

Орієнтовний час: 15-16 навчальних годин (2,5 дні).

№ з/п	Тема навчальної інформації	Навчальний час
День 1		
<u>Тема дня:</u> “Здоровий спосіб життя військовослужбовців як проблема”		
1.	Знайомство. Доведення плану та мети навчального семінару.	20 хв.
2.	<u>Дискусія:</u> Чи є актуальною проблема здорового способу життя в Збройних силах України?	40 хв.
3.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> Смерть від хвороб, що пов'язані з залежностями й відхиленою поведінкою людини як загроза існування української нації. (ВІЛ/СНІД, алкоголізм, наркоманія, куріння).	40 хв.
4.	<u>Круглий стіл:</u> Поняття, категорії, складові та системи здорового способу життя військовослужбовців.	60 хв.
5.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> Досвід та результати профілактичної і просвітницької роботи серед військовослужбовців в провідних арміях світу з питань формування здорового способу життя й безпечної поведінки.	60 хв.
6.	<u>Практичне заняття (практикум):</u> Психологія вчинку та процес формування мотиву. Психологічна діагностика системи домінуючих мотивів. Психологічні особливості кандидатів на військову службу.	60 хв.
7.	<u>Показ:</u> Використання інформаційного ресурсу мережі Інтернет з питань вивчення досвіду армій провідних країн світу в адвокації здорового способу життя військовослужбовців.	60 хв.
8.	<u>Дискусія:</u> Чи можливо в сучасних умовах діяльності Збройних Сил України впровадити принцип: “Здоров'я, бадьорість і готовність до служби”.	60 хв.
День 2		
<u>Тема дня:</u> “Як сформувати і розвинути у військовослужбовців стиль життя, який розвиває мотивацію здоров'я?”		

№ з/п	Тема навчальної інформації	Навчальний час
1.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> Які оздоровчі системи людини прийнятні для військовослужбовців?	60 хв.
2.	<u>Дискусія:</u> <u>Проблемні питання:</u> – “Причини відхиленої поведінки військовослужбовців і залежностей, що ведуть до неї”. – “Фактори формування здорового способу життя і безпечної поведінки військовослужбовців”	120 хв.
3.	<u>Дискусія:</u> <u>Проблемні питання:</u> – “Як оцінити рівень знань офіцерів, сержантів, солдат про здоровий спосіб життя і безпечну поведінку?” – “Інформування та формування загальної культури військовослужбовців як фактор їх безпечної поведінки”. – “Що означає “мобільна робота” з молодими людьми, які прийшли в армію?” – “Що таке поведінка військовослужбовців, яка пов’язана з ризиком для здоров’я?” – “Чи існують у військовому середовищі групи особливо уразливі залежностями?” – “Алкоголізм та наркоманія в армії: точки зору”. – “Як впливатиме на армію ВІЛ/СНІД?”	120 хв.
4.	<u>Практичне заняття (практикум):</u> Сучасні технології впливу на особистість.	
5.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> Сучасні технології формування настанов, вмінь та життєвих навичок безпечної поведінки та здорового способу життя у молоді та дорослого населення.	50 хв.
6.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> “Форми, методи й засоби просвітницької роботи на етапі прийому й вивчення військовослужбовців стосовно проявів відхиленої поведінки”.	50 хв.
День 3 Тема дня: “Здоровий спосіб життя військовослужбовців як елемент системи військового виховання”		
1.	<u>Інформаційне повідомлення:</u> Здоровий спосіб життя військовослужбовців як елемент виховної та соціально-психологічної роботи.	50 хв.
2.	<u>Круглий стіл (обмін досвідом):</u> Дотримання порядку і правил просвітницької роботи офіцерів та сержантів щодо формування здорового способу життя й безпечної поведінки військовослужбовців	60 хв.
3.	<u>Показ:</u> Інформаційний ресурс мережі Інтернет, засоби мультимедіа на допомогу офіцеру, сержанту в питаннях формування у військовослужбовців здорового способу життя.	60 хв.

РОЗДІЛ 1

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПРОБЛЕМА

1.1. Чи є актуальною проблема здорового способу життя в Збройних Силах України та інших відомствах правоохоронних структур?

У одному з номерів відомої в Україні газети один невідомий широкому загалу автор написав статтю, в якій поставлено питання рубом: “Чи справді СНІД косить армійські ряди?” В Україні так склалося, що кожний журналіст вважає себе найкращим фахівцем у будь-якій сфері діяльності. Все це в межах законності, але вражає інше – примітивність суджень в розпорядженні інформацією і некомпетентність фахівців від “четвертої влади” стосовно її розповсюдження. Щоб деяких журналістів не спантеличувала діяльність проектів ООН щодо надання допомоги, зокрема й фінансової, у просвітницько-профілактичній роботі серед військовослужбовців та працівників правоохоронних структур краще ставити собі запитання: “Що ти зробив для адвокації здорового способу життя у Збройних Силах та правоохоронних структурах?”

Заходи, які впроваджуються вище означеними відомствами щодо розвитку мотивації до здорового способу життя й дотримання принципів безпечної поведінки серед особового складу є не завжди ефективними і, що головне, здійснюються без вагомої фінансової підтримки і тим самим приречені на невиконання, або низьку ефективність.

Автор ставить під сумнів, що, можливо, не дивлячись на всі заходи, що приймаються, СНІД продовжує косити армію куди активніше, ніж цивільне суспільство? Підстав начебто немає. Згідно з офіційними даними, інфікованих і хворих на ВІЛ/СНІДОМ серед військових – менше 500 чоловік. Але це не серед тих, хто служить в даний час. Мова йде про випадки, виявлених в ЗС з 1987 р., коли була введена подібна статистика. В цілому, можна говорити об 0,3% інфікованих і хворих із загальної чисельності військовослужбовців у ЗС. Відмітимо, що коефіцієнт поширеності захворювання серед дорослого населення країни, за даними Українського центру по профілактиці і боротьби з СНІДОМ, на середину 2007 р. склав 1,46%.

Журналіст ставить питання: чи настільки актуальна *віртуальна* допомога проектів ООН для ЗС та відомств правоохоронних структур?

Справа у тому, що допомога не *віртуальна*, а *реальна*. І, можливо, такий низький відсоток інфікованих – це спільна діяльність і результат взаємодії фахівців як означених вище відомств, так і менеджерів проектів ООН.

Реальність цієї допомоги – у кількості проведених навчальних семінарів з понад 800-ми офіцерами, що проводять просвітницьку та профілактичну роботу у військовому середовищі щодо здорового способу життя й безпечної поведінки, виданій навчально-методичній літературі тощо.

Проблема здорового способу життя й безпечної поведінки військовослужбовців у ЗС та відомствах правоохоронних структур була, є і буде актуальною завжди. Не таємниця, що переважна більшість злочинів і випадків відхиленої поведінки військовослужбовців обумовлена відсутністю загальної

культури і дотримання загальнолюдських принципів способу життя, достатньої поінформованості про наслідки надмірного вживання спиртного, наркотичних речовин, сексуальної розбещеності тощо.

Проста істина – бойова готовність будь-якого військового підрозділу залежить від стану здоров'я особового складу. Постійно актуальними залишаються вимоги командування щодо збереження життя та здоров'я військовослужбовців.

Щоб зрозуміти, чи є актуальною проблема здорового способу життя в ЗС України та відомствах правоохоронних структур, відповімо на такі запитання:

- Чи достатньо якісний рівень здоров'я та фізичні кондиції призовників у ЗС та правоохоронні структури?

- Чи вважаєте ви себе абсолютно здоровим?

- Чи сформовані достатньо умови в ЗС та правоохоронних структурах, які формують здоровий спосіб життя й безпечну поведінку особового складу?

- Чи на достатньому рівні організована і проводиться інформаційна та просвітницько-профілактична робота серед військовослужбовців щодо питань поліпшенню якості та стилю життя, який веде до здоров'я?

- Чи можуть уникнути інфікування небезпечними хворобами військовослужбовці під час проходження служби?

- Чи висока культура, вихованість та інформованість особового складу щодо розуміння важливості ведення здорового способу життя і загроз відхиленої поведінки?

На нашу думку, пошук військовослужбовцями відповідей на такі запитання – це перший крок до формування і розвитку їх мотивації до здорового способу життя.

Результати досліджень програм в рамках ООН свідчать, що військовослужбовці піддаються серйозному ризику захворювання хворобами, що передаються статевим шляхом, зокрема й ВІЛ. У мирний час їх поширеність ЗС в середньому в 2-5 разів вище, ніж серед цивільного населення. У періоди військових конфліктів розрив може збільшуватися.

Дослідження, проведені в США, Великобританії і Франції показують, що в цих країнах ризик ВІЛ-інфікування виявляється набагато вищим серед військових, чим в групах відповідного віку і статі цивільного населення. Цифри, отримані недавно із Зімбабве і Камеруну, свідчать, що в цих країнах рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед військових в 3-4 рази вище, ніж серед цивільних осіб.

Не дивлячись на те, що військовослужбовці значною мірою схильні до ВІЛ-інфекції, служба в армії забезпечує унікальну можливість освіти і проведення заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДУ серед великої “аудиторії мимоволі” в умовах високої дисципліни і організованості.

У військових частинах (з'єднаннях), військовослужбовці мають регулярні сексуальні контакти з працівниками комерційного сексу (повіями) і представницями місцевого населення. Наприклад, 45% голландських ВМС, що служать, і морської піхоти, що знаходилися протягом п'яти місяців у складі військ по підтримці миру в Камбоджі, мали сексуальні контакти з працівниками

комерційного сексу і іншими представниками місцевого населення. При цьому презервативи часто не використовувалися.

Жінки-військовослужбовці, як і жінки взагалі, особливо уразливі. Піддаючись, за фізіологічними причинами, вищому ризику ВІЛ-інфікування, вони, опиняючись в нерівних умовах при обговоренні сексуальних питань, включаючи обговорення застосування презервативів.

ВІЛ представляє загрозу не тільки для самих військовослужбовців, але і для членів їх сімей і найближчого оточення. Найбільшій ефективності програм по ВІЛ для військовослужбовців можна добитися за умови їх тісної співпраці з цивільними службами охорони здоров'я.

Можливо, найбільш значним чинником, що підвищує рівень розповсюдження ВІЛ серед військових, є практика відрядження їх в місця, розташовані далеко від сім'ї і звичного оточення, на періоди різної тривалості.

Окрім звільнення від традиційних засобів соціального контролю, ця практика позбавляє військовослужбовців контактів з дружинами, чоловіками або постійними сексуальними партнерами, сприяючи, таким чином, розквіту індустрії сексуальних послуг в місцях дислокації військ.

ВІЛ-інфіковані особи з числа військовослужбовців повинні мати всі можливості для виконання завдань, для яких вони були підготовлені, і з якими вони в змозі справитися. Крім того, ЗС України треба бути готовими забезпечити лікування і надання допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим СНІДОМ військовослужбовцям і членам їх сімей, включаючи подальше безперервне лікарське спостереження після повернення до цивільного життя.

1.2. Смерть від хвороб, що пов'язані з залежностями й відхиленою поведінкою людини як загроза існування української нації (ВІЛ/СНІД, алкоголізм, наркоманія, куріння)

За даними Міністерства охорони здоров'я України хвороби системи кровообігу є найбільш поширеною патологією у структурі загальної захворюваності населення України, і у 2007 році складали 29,8%. Провідне місце вони займають в структурі первинної інвалідності та загальної смертності населення (відповідно 26,7% та 63,1%).

У державі реєструється до 24 млн. захворювань хвороб системи кровообігу, тобто майже кожний третій випадок звернення хворого у лікувально-профілактичний заклад відбувається з приводу зазначеної патології.

У 2007 році кількість людей, які мали хвороби системи кровообігу в Україні досягла 24,5 млн. осіб, тобто більше 53% населення. Із них працездатного віку – майже 9 млн. осіб.

У формуванні показника поширеності серцево-судинних хвороб провідну роль відіграють: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби, частка яких відповідно становить: 46,2%, 33,8%, 12,7%. Вони становлять 92,8% всієї патології даного класу хвороб.

Упродовж останніх 10 років поширеність хвороб системи кровообігу в Україні серед дорослого населення зросла в 1,8 разів, захворюваність – на 55,3%.

Найбільше зростання поширеності відбулось в наступних областях: у Харківській – в 3 рази, у Львівській – у 2,1 разів, у Рівненській – в 2 рази, у Полтавській та м. Києві – в 1,9 рази. Незначне зниження їх відбулося в Сумській області та м. Севастополі.

Не дивлячись на те, що показники поширеності та захворюваності від хвороб системи кровообігу за період 1998-2007 роки значно зросли, показник інвалідності від даних захворювань в Україні дещо знизився. Виключення становлять низка областей де показник залишається вищим середньоукраїнського (14,3 на 10 тисяч населення): у Вінницькій області – 22,1, Чернігівській – 19,9, у м. Києві – 19,4.

Смертність від хвороб системи кровообігу зросла в Україні від 862,8 до 1034,4 на 100 тисяч населення та посідає одне з перших місць в Європі як серед всього населення, так і серед населення працездатного віку.

Захворюваність на гострий інфаркт міокарда в Україні протягом 10 років зросла на 17,5%: у Хмельницькій області – в 1,8 разів, в Івано-Франківській, Запорізькій і Тернопільській областях – на 59,5%, у Кіровоградській – на 48,2%, у Херсонській та Чернігівській областях – на 26,5%.

Фахівці наголошують на необхідності національної стратегії боротьби з факторами ризику, починаючи від відмови від паління, контролю за ритмами серця та ін., які спричиняють серцево-судинні хвороби. Важливим чинником, вважають лікарі, має стати зміна ментальності пацієнта, який повинен більш уважно ставитись до свого здоров'я.

Взагалі причини виникнення хвороб серця різні, проте серед основних лікарі-кардіологи називають *паління, незбалансоване харчування, недостатню фізичну активність і зловживання алкоголем*. Також у групі підвищеного ризику знаходяться люди з надлишковою вагою, підвищеним артеріальним тиском, порушеннями жирового і вуглеводного обміну, хворі на цукровий діабет. Провокуючими факторами виникнення інфаркту є, на перший погляд, прості і відомі всім причини – це паління, ожиріння, неправильне харчування, високий артеріальний тиск. Кожна з них становить серйозну загрозу стану здоров'я людини і може призвести до виникнення інфаркту. Та головним провокуючим фактором виникнення інфаркту є високий артеріальний тиск. За результатами досліджень він визначається у третини населення України і частіше – серед чоловіків. Навіть у молодих людей у віці 25-34 роки підвищення артеріального тиску виявляють у кожної шостої людини, в 35-44 роки – у кожного третьої, а в 45-54 роки – у кожної другої.

На другому місці серед факторів, що можуть спровокувати інфаркт – ожиріння та надмірна маса тіла. Споживання жирної та незбалансованої їжі призводить до порушення обміну речовин, підвищення рівня холестерину в крові, високого артеріального тиску і, відповідно, до інфаркту.

Третє місце серед причин виникнення посідає паління. Вчені встановили, що паління збільшує ризик виникнення хвороб серця у 1,5 рази. Окрім того, паління може викликати розвиток атеросклерозу, захворювання судин та навіть онкологічні захворювання.

Кожна людина значний час свого життя присвячує своїй професійній діяльності. Чи є так звані шкідливі для серця професії?

Так, безумовно є і шкідливими, з точки зору кардіологів, є такі професії, що поєднують в собі низьку фізичну активність, необхідність приймати рішення в умовах обмеженого часу та підвищена відповідальність за прийняття рішень. Таким чином, до самих ризикованих спеціальностей можна віднести офіцерів, водіїв, менеджерів, адміністраторів, управлінців. Погодьтеся, професії досить поширені, і люди, які працюють за такими спеціальностями, справді часто знаходяться на межі психоемоційного виснаження. Другими за шкідливістю є професії, в яких поєднуються довготривале перебування на ногах, значна психоемоційна напруга та підвищена відповідальність за результати праці. До цієї групи відносяться вчителі, викладачі, артисти, співаки, хірурги, реаніматологи.

Чи можна запобігти цієї небезпеки – хвороби серця?

Зменшити ризик виникнення хвороб серця, інфаркту можна, лише змінивши ставлення до власного здоров'я. На Заході вже давно визначили, що саме правильний спосіб життя може врятувати людину від інфаркту, вони широко культивують споживання здорової їжі, відмову від паління та алкоголю. Саме завдяки такій цілеспрямованій політиці кількість людей, що хворіють на серцево-судинні захворювання, за останні 10 років лише у західній Європі зменшилася майже на 60%.

Отже споживання нежирної їжі, уникання стресових ситуацій, відмова від паління і помірне споживання алкоголю суттєво зменшують шанси кожного захворіти на серцево-судинні недуги. Люди віком понад 40 років повинні особливо активно стежити за своїм самопочуттям – раз на півроку здавати кров на визначення рівня холестерину, проходити електрокардіограму і консультацію лікаря-кардіолога. Особливо це стосується чоловіків, тому що саме в цьому віці у них найчастіше діагностують захворювання серцево-судинної системи.

Повсякчас в цілях профілактики хвороб серця люди самостійно починають вживати серцеві препарати, що рекламуються по телебаченню. Таке ставлення до медикаментів є неприпустимим, тому що лише лікар може призначити ті чи інші ліки і спрогнозувати, яким чином вони впливатимуть на організм пацієнта. Отже, якщо ви хочете обрати певний профілактичний препарат, не поспішайте відразу його купувати, спочатку проконсультуйтеся з лікарем-кардіологом з приводу доцільності його вживання.

Багаторічні дослідження, що проводилися вченими різних країн, визначили, що серце – самий надійний і довговічний орган, адже воно здатне працювати, навіть коли гине мозок людини. Серце – це наш особистий внутрішній двигун, головною функцією якого є достатнє постачання крові до всіх органів і тканин для доставки кисню і живильних елементів кожній клітині нашого організму. Якщо серце добре підживлювати потрібними йому корисними речовинами і киснем, не травити нікотин і алкоголем, то воно може справно служити нам близько 150 років. Тому оберігаючи наше серце – ми оберігаємо власне життя.

Сучасний стан здоров'я людей

Погіршення здоров'я людей – один із об'єктивних показників якості навколишнього середовища. Соціальне неблагополуччя суспільства становить смертельну небезпеку його майбутньому. Так, тільки від уживання недоброякісної води щорічно вмирає майже 1 млн. мешканців планети. Сотні тисяч помирають від різних отруєнь, а скільки сотень мільйонів безнадійно втрачає своє здоров'я. За даними ВООЗ, 80% екологічно зумовлених захворювань – тяжкі і майже невиліковні. Кількість хворих на рак зростає щороку на 1-4%. Виявляється також, що і структура захворювань безпосередньо пов'язана з характерними ознаками викидів промисловості, яка переважає в даному регіоні. Наприклад, кольорова промисловість викликає головним чином розлад серцево-судинної системи; чорна металургія – захворювання крові і появу злоякісних утворень, вражає органи дихання; хімічна – впливає на склад крові, розвиток злоякісних пухлин; застосування пестицидів у сільському господарстві викликає захворювання органів травлення, обміну речовин, крові тощо.

Онкологічні захворювання залежать від хімічної природи речовини. Так, азбест призводить до раку легень, гортані, травного каналу; бензидин – до раку сечового міхура; бензол – до лейкозу; вінілхлорид спричиняє рак печінки, головного мозку, лейкоз; миш'як та його сполуки – рак шкіри, легень, печінки; ароматичні аміни та розчинники – рак сечового міхура, лейкоз; сажі, смоли, мінеральна олія – рак шкіри, легень, сечового міхура, травного каналу; хром та його сполуки – рак легень; кадмій – рак простати; бенз(а)-пірен – рак легень та ін.

Домінуюче місце в структурі захворювань та смертності населення України посіли хронічні неінфекційні захворювання, передусім хвороби органів дихання, системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хвороби нервової системи та органів чуття, алергічні, генетичні та інші захворювання складної етіології, що відбиває вплив усієї багатоманітності умов життя.

За період з 1980 року відбулися значні зміни в захворюваності населення України. По всіх хворобах відзначається зростання її рівня на 27,3%. Так, захворюваність на цукровий діабет зросла у 2,1 рази, бронхіальну астму – у 2,1 рази, на виразкову хворобу шлунка і 12-ти палої кишки – в 1,9 рази, органів кровообігу в 8,6 рази, гострий інфаркт міокарда – в 2,6 рази.

З 1992 року вперше за останні 30 років відзначено тривожну тенденцію збільшення захворюваності на туберкульоз на 8,4%, злоякісні новоутворення зросли на 27,8%, тиреотоксикоз – на 21,2%, психічні розлади – на 26,8%, отит хронічний – на 32%, хронічний бронхіт – на 21%, жовчнокам'яну хворобу – на 28%.

Більше 30% продуктів харчування, які вживають жителі пострадянського простору, отруєні нітратами, фосфатами, пестицидами, ртуттю, радіоактивними речовинами, що становлять постійну загрозу їх здоров'ю. У районах інтенсивного застосування пестицидів загальна захворюваність дітей у п'ять разів вища, ніж в екологічно чистих районах, надто частими є хвороби шкіри, органів дихання, травлення, відставання у фізичному розвитку. У дорослих на перше місце виходять захворювання нервової системи і органів дихання. Виявлено прямий зв'язок між застосуванням пестицидів і захворюванням на туберкульоз, цироз

печінки, хронічні гепатити, дитячою смертністю. Така сама ситуація в багатьох регіонах світу.

Крім зростання загальної захворюваності, забруднення середовища викликає і появу незвичних, раніше невідомих захворювань, як, наприклад у Чернівцях, де в 1986 році у 200 дітей різне віку протягом місяця – двох повністю випало волосся. Щоправда, через певний час воно відросло. Інтенсивні медичні дослідження за участю спеціалістів від ВООЗ не змогли виявити джерело захворювання. Подібні випадки облисіння були зареєстровані в Маріуполі, Запоріжжі, Кемерові, Ташкенті, Москві та в Естонії.

Особливо переконливо зв'язок захворюваності зі станом довкілля виявляється при порівнянні стану здоров'я мешканців великіх міст. За даними ООН, нині в містах мешкає до 80% загальної кількості населення. В Україні – 60%. У світі існує понад 160 міст з мільйонним населенням, які дуже негативно впливають на довкілля в радіусі десятків кілометрів. Шумові, вібраційні навантаження, перенаселення, вплив магнітних, електричних, іонізаційних полів викликають найрізноманітніші захворювання. Так, мешканці Кривого Рогу потерпають від захворювань органів дихання та нервової системи – у 2-4 рази частіше, ніж приміські мешканці. Численні дані свідчать про те, що сучасне містоформування (латиною – урбанізація) викликає велику стурбованість людей. Загальний рівень захворюваності на найтяжчі недуги цивілізації у великих містах у 2-3 рази вищий, ніж у сільських місцевостях. Так, за кількістю промислового бруду на душу населення Україна посідає одне з перших місць в Європі. Через це тут середня тривалість життя – 66 років, тоді як у Японії, Швейцарії, Ісландії та США – 75-79 років. Нині Україна за тривалістю життя чоловіків посідає 29 місце в Європі і 49 місце у світі; жінок – відповідно 27 і 39 місця.

Нині в Україні смертність населення, особливо дітей, значно збільшилась. Зонами екологічного лиха є більшість її території. Майже 40% ядерних реакторів колишнього Союзу розміщені в Україні, яка мала лише 2% стоку його поверхневих вод. До того ж, практично 100% електроенергії Хмельницької і 90% Рівненської АЕС йде на експорт. А ще в Україні функціонує 1700 шкідливих виробництв, 1000 з них – хімічні – становлять екологічну небезпеку, майже третина цих виробництв знаходиться в межах рекреаційних зон.

За показниками дитячої смертності Україна посідає одне з перших місць у світі, як і за показниками кількості онкологічних захворювань. З 1992 року смертність у нашій державі перевищує народжуваність.

Усвідомлення екологічної небезпеки відбулось на наших теренах років на 15-20 пізніше, ніж у розвинених країнах. Відповідно пізніше почали вживатись і якісь заходи.

Особливо багато було спроб покращити ситуацію у 70-80-ті роки. Насамперед це стосувалося найбільш забруднених регіонів: Центрального, Південного та Південно-Східного. Всі спроби поліпшити стан здоров'я населення звелись головним чином до збільшення кількості лікарень і лікарів. Чому витрати коштів (до того ж обмежених) не принесли бажаного ефекту? Причин багато, але головна, мабуть, полягає в тому, що природоохоронні заходи орієнтувались на

боротьбу з наслідками нераціонального, суто екстенсивного зростання виробництва, а не на зміну його природо руйнівної структури.

Мірилом помилок сучасної цивілізації став Чорнобиль. Аварія планетарного масштабу має страшні і довготривалі наслідки. З району ядерної катастрофи були виселені понад 200 тис. мешканців з 2000 населених пунктів. Забруднено величезні території. Потужність аварії на ЧАЕС у 300 разів перевершила потужність атомної бомби, скинутої на Хіросіму. З 1987 року лише в Києві кількість онкологічних захворювань збільшилась утричі, захворювань крові в 6 разів, ендокринної системи – в 6,5 рази, органів дихання 31 раз. 10 тис. ліквідаторів-чорнобильців уже померли (кожний десятий). Відзначене є свідченням глобального характеру екологічної кризи сучасної України та її цивілізації загалом.

В Україні демографічна криза триває вже понад 30 років і межі немає. Збільшення народжуваності відбувається, і це добре, але слід зменшити смертність, подовжити тривалість здорового життя. У нас скоро не буде кому годувати тих же дітей, та й пенсіонерів стає дедалі менше. Тривалість життя в більшості розвинутих країн – 80 і більше років, в Україні – 68 років (72-73 – серед жінок та 62-64 — серед чоловіків). Очікувана тривалість здорового життя в Україні – 59,2 року, а в Норвегії, Франції, Італії, Швеції цей показник становить 72-73 роки. Соціологічні дослідження, виконані у 24 країнах Європейського Союзу та в Україні у 2005 році, показали, що більша частина населення України має “погане” або “дуже погане” здоров’я. Про “дуже добре” здоров’я у нас заявили тільки 1,9% опитаних, тоді як у країнах ЄС – 32,3-43,8%.

Найбільший вплив на скорочення тривалості життя мають зовнішні чинники, а саме: травми (понад 1 млн. загиблих за роки незалежності), отруєння, нещасні випадки. Від 20 до 30% смертей – внаслідок серцево-судинних, онкологічних захворювань та травм (які домінують у структурі смертності та захворюваності) – можна запобігти, змінивши спосіб життя. Найвищої смертності в Україні – у віковій категорії 25-64 роки – можна запобігти на 31%, а це означає 238 тисяч збережених життів щорічно.

Туберкульоз. В Україні за 9 місяців 2008 року на активний туберкульоз захворіло 26 990 осіб (58,4 на 100 тис. населення), що на 1,8% менше, ніж за 9 місяців 2007 року (кількість хворих становила 27 637 осіб - 59,5 на 100 тис. населення).

Найнижча захворюваність на активний туберкульоз в місті Києві: 32,8 на 100 тис. населення.

Найвища захворюваність на активний туберкульоз в Херсонській області – 93,2 на 100 тис. населення, але в цьому ж регіоні спостерігається і найкраща позитивна динаміка (-20.4 %) з 117,1 на 100 тис. населення за 9 місяців 2007 року до 93,2 на 100 тис. населення за 9 місяців 2008 року. Значна позитивна динаміка спостерігається в Запорізькій області (-9,5%) з 69,5 на 100 тис. населення за 9 місяців 2007 до 62,9 на 100 тис. населення за 9 місяців 2008 року та в Волинській області (-7.3) з 53.6 на 100 тис. населення за 9 місяців 2007 до 49,7 на 100 тис. населення за 9 місяців 2008 року.

Найбільше захворюваність виросла в Житомирській області (+19,0 %) з 58,8 на 100 тис населення за 9 місяців 2007 до 70,0 на 100 тис населення за 9 місяців 2008 року та в Сумській області (+11,6 %) з 32,9 на 100 тис населення за 9 місяців 2007 року до 36,7 на 100 тис населення за 9 місяців 2008 року.

Захворюваність дітей віком 0-14 років включно на активний туберкульоз в Україні за 9 місяців 2008 року зменшилась на 11,0 % (за 9 місяців 2007 року – 7,3 на 100 тис. населення; за 9 місяців 2008 року – 6,5 на 100 тис. населення).

Захворюваність дітей-підлітків віком 15-17 років включно на активний туберкульоз в Україні за 9 місяців 2008 року зменшилась на 0,4 % (за 9 місяців 2007 – 22,5 на 100 тис. населення; за 9 місяців 2008 року – 22,4 на 100 тис. населення).

На обліку в протитуберкульозних закладах України станом на 01.10.08 знаходиться 94 472 хворих на всі форми активного туберкульозу (що становить 204,5 на 100 тис. населення). З них дітей віком 0-14 років включно 888 осіб (13,7 на 100 тис. населення), дітей-підлітків 15-17 років включно – 756 осіб (41,4 на 100 тис. населення) – дані оперативні.

ВІЛ/СНІД. У листопаді 2008 року в Україні офіційно зареєстровано 1687 ВІЛ-інфікованих осіб, всі громадяни України.

За січень-листопад 2008 року в Україні офіційно зареєстровано 17 353 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 17 345 громадян України та 8 іноземців.

Згідно з даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД за листопад 2008 року найбільше офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України виявлено в Донецькій області – 418 ВІЛ-інфікованих (9,2 на 100 тис. нас.), 64 хворих на СНІД (1,4 на 100 тис. нас.). В області зареєстровано 37 померлих від СНІД (0,8 на 100 тис. нас.), менше, ніж у жовтні 2008 року (93 померлих від СНІД (2,0 на 100 тис. нас.)).

В Дніпропетровській області в листопаді 2008 року ситуація покращилась: офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України виявлено 228 осіб (6,7 на 100 тис. нас.), (в жовтні було виявлено 247 осіб (7,2 на 100 тис. нас.)). Виявлено 50 хворих на СНІД – 1,5 на 100 тис. нас., (в жовтні виявлено 66 хворих на СНІД (1,9 на 100 тис. нас.)). 34 особи померли від СНІД (1,0 на 100 тис. нас.), в жовтні 47 осіб померли від СНІД (1,4 на 100 тис. нас.)).

Найкраща ситуація в Закарпатській області – за листопад 2008 року вперше в житті встановлено діагноз ВІЛ-інфекції 4 особам (0,3 на 100 тис. нас.), виявлено 3 особи з уперше в житті встановленим діагнозом СНІД (0,2 на 100 тис. населення), померлих від СНІД не виявлено.

Станом на 1 грудня 2008 року в Україні офіційно зареєстровано:

– майже 130 тис. ВІЛ-позитивних громадян, більше 13 тис. людей померли від СНІД. За даними міжнародних експертів. в країні проживає близько 440 тис. ВІЛ-інфікованих (1,5-1,6 % дорослого населення).

Протягом першого півріччя 2008 року зареєстровано на 8 % більше ВІЛ-інфікованих, ніж за аналогічний період попереднього року. До 2014 року загальна кількість ВІЛ-інфікованих становитиме 820 тис. осіб.

Зростає смертність от ВІЛ/СПІД, що сьогодні складає 2,9 людини на 100 тисяч населення.

Постійно реєструються випадки ВІЛ-інфекції серед підлітків.

Відзначається активація статевого шляху інфікування.

Щомісяця виявляється 600-700 нових випадків інфікування, щороку – 7-8 тисяч.

Кількість споживачів наркотичних засобів та психотропних речовин подвоїлася. Вік наркозалежної молоді має тенденцію до омолодження.

З більш ніж 180 тис. офіційно зареєстрованих споживачів наркотиків 80 % – молодь віком до 28 років, з них понад 6 тис. – неповнолітніх.

Всесвітній банк вважає, що подальше поширення СНІД в Україні може привести до зниження росту ВВП на 6%, з інвестицій – на 9%, загального добробуту – на 8%

Подальше поширення ВІЛ/СНІД в Україні (залежно від сценарію: оптимістичний, песимістичний) може привести до зниження росту ВВП на 1-6%, обсягу інвестицій – на 1-9%, загального з – на 2-8%.

Результати дослідження показали, що молоді жінки більше уразливі, чим молоді чоловіки: рівень захворюваності серед жінок у віці від 20 до 24 років – 0,88%, серед чоловіків того ж віку – 0,5%. По підрахунках Всесвітнього банку, до 2014 року особи у віці 20-34 року будуть становити три чверті всіх ВІЛ-інфікованих, при цьому половина їх будуть жінки.

У зв'язку з поширенням СНІД несприятлива демографічна ситуація погіршиться ще більше: без обліку захворюваності на СНІД, через низький коефіцієнт фертильності (коефіцієнт, що виражає відношення числа народжень до чисельності жінок репродуктивного віку), населення України до 2014 року скоротиться до 44,2 млн.; з урахуванням СНІД, Україна втратить ще 300-500 тис. (до 43,9-43,7 млн. чоловік).

СНІД впливає на всіх суб'єктів економіки держави – домогосподарства, підприємства й уряд, і наслідку його поширення відіб'ються на багатьох аспектах: це більше високий рівень смертності й захворюваності, зменшення пропозиції, результативності й продуктивності праці, втрата інвестицій.

За даними досліджень, епідемія може зробити серйозний негативний вплив, насамперед, на такі трудомісткі галузі, як сільське господарство й гірська промисловість, зокрема у зв'язку з тим, що дані види діяльності зосереджені в південних і східних регіонах, де питання поширення ВІЛ/СНІД коштує особливо гостро.

Алкоголізм. ВООЗ та Національна рада з питань охорони здоров'я занепокоєні тим, що середньорічне вживання алкоголю на душу населення в Україні збільшилося майже на 35%. За даними Державного комітету статистики, в країні зареєстровано майже 40% “юних алкоголіків”, а через проблеми з пияцтвом лише торік населення України скоротилося на 222 тис.

ВООЗ ще в 1975 році ввела алкоголь у групу наркотиків і встановила, що вживання понад 8 літрів алкоголю на рік призводить до виродження та деградації нації. Медики зазначають, що в Україні стрімко зростає алкогольна залежність, а кількість хворих сягає 700 тис. За неофіційними даними, цю цифру сміливо можна помножити на два, бо кожен десятий українець регулярно вживає спиртне, ризикуючи перетворитися на алкоголіка. В Україні ж до 30% чоловіків віком 29-

50 років певною мірою зловживають оковитою, а найзагрозливішим, є схильність до “зеленого змія” дітей та підлітків. За даними ВООЗ, Україна посідає перше місце в світі за рівнем алкоголізації. А за результатами опитування, 40% українських школярів з п’ятого до десятого класу випивають хоча б раз на місяць. У стані сильного алкогольного сп’яніння хоча б раз у житті вже були майже 5 % підлітків.

Жодне соціологічне опитування не може претендувати на повну об’єктивність або неупередженість: мовляв, усіх не перерахуєш. Точну кількість підлітків, які систематично або раз вживали спиртне, назвати не можна. Проте порівняно з минулими роками алкоголізм катастрофічно помолодшав.

Останні опитування переконливо свідчать, що загроза розвитку раннього алкоголізму в Україні стає цілком реальною: дві третини підлітків віком від 10 до 13 років вже мають досвід вживання спиртних напоїв, у 14 їх стає вже 90%, а до 22 алкоголь вживає майже 99% молоді.

Як зазначають наркологи, бити на сполох батькам передусім потрібно через захоплення підростаючого покоління слабоалкогольними напоями, зокрема пивом. Його підступність у непомітності – нешкідливою для здоров’я вважається доза до 0,33 л пива на день. У жінок за регулярного й значного її перевищення алкоголізм може розвинутиися вже через півроку, але найчастіше це стається через два-три роки. Чоловіки мають шанс “підсісти” на пиво за шість років. Хворобу можуть спровокувати погана спадковість, розлади печінки. Масове захоплення продукцією броварів призвело до того, що проблеми з алкоголем виникають уже в 14-15 літ, а у 12-13 уже спробували бурштиновий напій 1%.

Вчені обґрунтовують неправомірність поділу спиртних виробів за ступенем шкідливого впливу на організм, оскільки серед них нешкідливих немає. Пиво, як і будь-який інший алкоголь, з об’єктивних причин не можна називати просто “напоєм”, хоча виробники “хмелю”, рекламуючи свій товар, переконують, буцімто слабоалкогольні трунки нешкідливі. Лікарі однозначно стверджують: боротися з потягом до пива складніше, ніж до горілки. Пивний алкоголізм важко лікувати. Те ж саме пиво, яке у дуже невеликих дозах може поліпшувати апетит і обмін речовин, за регулярного розпивання швидше і тяжче, ніж горілка, уражує клітини головного мозку, призводить до розладів функцій серця, гепатитів, а зрештою – й до цирозу печінки.

Деякі статистичні дані свідчать, що кількість злочинів, здійснених в стані сп’яніння, складає близько 60 тис. в рік. До 80% нещасних випадків трапляються з людьми, які зловживають спиртними напоями.

Близько 1,2 мільйонів жителів України страждають від психічних розладів різного ступеня складності. Це дані офіційної статистики, але реальне число людей, які потребують психіатричної допомоги, невідоме. Дослідження ВООЗ свідчать про значну кількість хворих в країні, які не звертаються за медичною допомогою.

Лише 2,5% українців сьогодні звертається за психіатричною допомогою і отримує її. З них 72% складають люди з так званими суміжними, а не психіатричними розладами – депресіями, неврастеніями (наслідками стресу),

органічними розладами. Лише 18% звернень доводяться на важкі психіатричні розлади, зокрема, шизофренію, а близько 9% – на звернення розумово відсталих.

Зокрема, за даними Мінохоронздорів'я, в 2007 році в Україні офіційно зареєстровано 155 тисяч чоловік, хворих шизофренією. Згідно офіційній статистиці, від депресії страждають 50 тисяч чоловік, від невротичних розладів і стресів – 159 тисяч чоловік.

За свідченнями фахівців-психіатрів цифра 1,2 мільйона не указує на кількість психічно хворих українців, а на те, скільки осіб офіційно звернулися до психіатра. Кількість людей, страждаючих тими або іншими психічними розладами, у нас значно більше. Дослідження доводять, що серед осіб, які страждають психічними захворюваннями і потребують допомоги, до медичних установ звертаються тільки 20%. Наприклад, якщо узяти офіційну статистику по алкоголізму, то, ґрунтуючись на її даних, українців, які систематично вживають спиртні напої, небагато. Але ж, на жаль, дійсність зовсім інша і люди, страждаючі алкоголізмом, майже ніколи не звертаються до медичних установ. Наприклад, якщо запитати у американця, чи буває у нього депресія, він на це питання відповість ствердно. Адже в США, на відміну від України, існують державні просвітницькі програми, направлені на те, щоб населення знало ознаки хвороб і вчасно зверталося до лікаря.

Наркоманія. За останні роки в Україні зріс незаконний обіг наркотиків. Про це кажуть фахівці. Однак конкретної цифри не називають. Бо її немає – бракує методик такого оцінювання. Статистичні дані спираються на показники вилучення наркотичних речовин, притягнення до кримінальної відповідальності тощо. Але повної картини це не дає.

Експерти стверджують: змінюється структура внутрішнього наркоринку. Із 1990-х на ньому з'явилися амфетаміни, прийшли синтетичні наркотики. Однак найбільшим попитом користуються так звані сурогатні, домашні опіати, в основі яких є мак. Вони й залишатимуться найпопулярнішими в недалекому майбутньому.

Це пов'язано з низькими прибутками населення, а також із певними традиціями. Адже в Україні завжди вирощували мак. І якщо з нього можна виготовляти наркотик, то навіщо шукати щось інше? В цьому є принципова відмінність української наркоситуації від російської. Там переважає героїн.

Водночас багато літніх людей свідомо саджають мак на продаж. А посадити за ґрати бабцю, якій за сімдесят років, – справа безперспективна. З іншого боку, бабусі погоду на наркоринку аж ніяк не роблять. Найбільше наркоманія процвітає в південному та південно-східному регіонах України.

У 2007 році на обліку в Україні перебувало 117 тисяч наркозалежних. Час відійти від традиційного підходу до проблеми наркотиків і наркозалежності. Бо кримінальна заборона на виробництво та збут наркотиків є реакцією держави лише на наслідки проблеми. А через сплеск наркоманії під загрозою може опинитися генофонд нації. Це комплексна проблема. Є наркоспоживач, який втрачає власне здоров'я. Є залежні люди – його родичі, близькі. Вони теж морально й матеріально страждають, втрачають здоров'я. Адже супутниками наркоманії є гепатит, СНІД, різні інфекційні хвороби.

Найбільше вживає наркотики молодь. За офіційною статистикою МОЗ України, торік на обліку перебувало 117 тис. наркозалежних. Але експерти стверджують, що насправді їх у кілька разів більше.

33,1 відсотка хлопців та 15,4 відсотка дівчат 15-річного віку хоча б один раз у житті вживали канабіноїди, виготовлені з конопель наркотики.

Незабаром у школах розпочнуть втілювати антинаркотичну профілактичну програму. Її, як і низку інших заходів щодо запобігання незаконному обігу наркотиків, фінансує Європейська комісія. Цього року допомога Україні, Білорусі, Молдові в рамках програми складає понад \$1 млн. 100 тис.

Сьогодні серед молоді модні так звані легкі наркотики – марихуана. Проте психологи вважають, що кожен наркотичний засіб небезпечний. Сама по собі марихуана така ж шкідлива, як тютюн, але вона руйнує психологічний бар'єр. У молодій людини вибудовується психологічний ланцюжок: марихуана – наркотик, я її вживаю – ніяких наслідків, є інші наркотики – спробую?

Існує чотири основні загрози, які несе незаконний обіг наркотиків Україні.

Перша – це використання території нашої країни для транзиту наркотичних речовин афганського походження до країн ЄС. Везуть їх із Центральної Азії через Росію в Україну й далі на захід або з Туреччини через Балкани і Україну.

Друга – це контрабанда кокаїну з Латинської Америки в Україну: як для нашого внутрішнього ринку, так і для подальшого транзиту до сусідніх держав

Третя проблема – контрабанда синтетичних наркотиків та психотропних речовин з інших країн.

І четверта – внутрішня, використання наркодільками промислового культивування маку. На думку експертів, основне джерело наркосировини знаходиться саме там.

За офіційними даними в Україні помирають за рік від хвороб, викликаних тютюнопалінням – 100 тис. осіб, від алкоголю – 46 тис., вживання важких наркотиків – 10 тис.

В Україні в середньому за рік чисельність населення скорочується на 330 тис. чоловік. За дослідженнями ВООЗ та офіційними державними даними, в Україні від 40% до 60% насильницьких смертей і 80% травм пов'язані з алкоголем. Пиво і цигарки є першими сходинками, з яких розпочинають свій шлях у нікуди наркомани.

Якщо врахувати, що головними поширювачами туберкульозу є безпритульні алкоголіки на завершальній стадії хвороби, що не бажають лікуватись, а 80% бездоглядних дітей мають батьків-алкоголіків, смертність від хвороб серцево-судинної системи та кишково-шлункового тракту, викликаних “культурним” і “помірним” споживанням алкоголю, смертність від ДТП, вбивства, пожежі і утоплення на “п'яну голову”, можна наближено побачити реальну картину наслідків вживання алкоголю. Окрім того, вчені виявили значну залежність кількості народжених дітей, хворих на дебiлізм, олігофренію, ДЦП та мають інші фізичні вади, від кількості спожитого населенням алкоголю.

З початку 90-х років число наркозалежних щорічно збільшується на 10-12%, з цього числа на дорослих приходить тільки 27%, тоді як на підлітків – 60%, а на дітей у віці від 11 до 14 років – 13%. Середній вік наркоспоживача в Україні

щороку знижується на 0,1-0,15 року. За останні п'ять років кількість споживачів наркотиків серед дітей та підлітків у віці до 16 років збільшилася на 45%, в тому числі кількість таких неповнолітніх з діагнозом наркозалежності збільшилася на 25%.

За останні роки серед споживачів наркотиків починає домінувати вікова група від 20 до 30 років, що відповідає загальноєвропейській тенденції. Особи у віці до 30 років складають у нас приблизно 90% споживачів наркотиків.

Практично всі наркозалежні – люди активної вікової категорії, особи до 30 років серед них перевищує 79%.

Приблизно 1,7% наркоманів – учні середніх навчальних закладів, 1,9% – студенти, приблизно 20% – працюючі, решта – непрацюючі асоціальні елементи.

Серед наркозалежних 80% вживають опіати, головним чином екстракційний опій.

На даний час спостерігається диверсифікація ринку наркотиків: якщо на початку 90-х років єдиним наркотиком, представленим на ринку, був диметилморфин (димитрол) – сурогатна витяжка із макової соломки, – то на сьогодні в Києві приблизно 20% наркозалежних споживають опіум, 10% – стимулятори амфетамінного ряду. Аналогічна тенденція спостерігається і в деяких інших містах України. В той же час спостерігається зростання наркоманії в сільській місцевості, де (як і в невеликих містах) домінуючим наркотиком залишається вже згадуваний екстракційний опій (споживачі марихуани не входять в цю групу, тому що дуже рідко звертаються за медичною допомогою в зв'язку із зловживанням наркотиками).

Наркоманія в Україні має свої характерні особливості. Якщо в більшості країн споживання наркотиків – справа особиста, то у нас вона має груповий характер. Це, між іншим, призводить до розповсюдження серед наркозалежних спільних хвороб, а також до формування окремої субкультури, до поширення мережі “вторинних” кримінальних стосунків, і в кінцевому рахунку – до соціальної маргіналізації споживачів наркотиків. Іншою специфічною рисою є те, що в значній кількості випадків споживач отримує наркотик не в результаті купівлі-продажу, а як оплату за певні послуги, переважно кримінального характеру.

Таким чином, наркоманія в Україні, можливо, навіть в більшій мірі, ніж в багатьох інших країнах, пов'язана із злочинністю.

Наркоманія безпосередньо пов'язана з проблемою СНІД: 73% ВІЛ-інфікованих в Україні є споживачами ін'єкційних наркотиків. Згідно з офіційною статистикою, в нашій країні 3,5 тисяч хворих на СНІД. За неофіційними даними експертів МОЗ, число ВІЛ-інфікованих складає 436 тисяч чоловік (майже 1% населення країни), причому 70% з них – молодь. Частка хворих СНІД в загальній чисельності населення в Україні втричі більше, ніж в Росії. Таким чином, наша країна займає перше місце серед країн Центральної та Східної Європи за кількістю ВІЛ-інфікованих.

Розповсюдження наркоманів в Україні – один з багатьох симптомів загального зниження рівня здоров'я її громадян.

Кількість людей, які вживають наркотики зростає в усьому світі, в тому числі і в Україні. Наркоманія в Україні, на думку спеціалістів, давно набула ознак епідемії. За офіційними даними кількість людей, які вживають наркотики близько 100 тисяч. Реальна ж цифра, за оцінками МВС, в 10-12 разів більша, і складає 800-900 тисяч. За даними Інтерполу, в Україні зареєстровано 65 тисяч розповсюджувачів наркотиків.

Молоді необхідно усвідомити, що вживання наркотиків не просто шкодить здоров'ю людини, а й знищує, вбиває її.

Дослідження показали, що середній вік початку прийому наркотиків – 9-15 років. Наркоманія – це важка хвороба, яка дуже швидко розвивається. Середня тривалість життя людини після початку регулярного прийому наркотиків становить 7 років. Наркозалежні люди рідко доживають до 30-35 річного віку. Як свідчать дослідження, часто вживати наркотики починають зовсім випадково, через цікавість. Перше “знайомиться” з наркотиками відбувається на дискотеках, вечірках, в компанії друзів. Існують й інші причини збільшення кількості наркоспоживачів, а саме: економічна (життєва) нестабільність, проблеми в особистому житті, байдужість рідних. На жаль, це змушує молоду людину за допомогою наркотиків шукати “кращого, приємнішого життя”.

У ХХ ст., з розвитком технічного прогресу та початком лабораторного виробництва алкалоїдів опіуму і кокаїну, наркоманія перейшла в маси, набула епідемічного розповсюдження. Це вже не проблема однієї особистості, це проблема людства.

Група експертів ВООЗ визначила наркоманію як “стан епізодичного або хронічного отруєння, викликаний багаторазовим введенням наркотику”. Комітет експертів ВООЗ розрізняє в наркоманії як хворобі два стани – залежність та звикання.

Психічна залежність – це форма взаємовідносин між наркотиком і особистістю, і ці взаємовідносини залежать як від специфічності ефекту наркотику, так і від потреб особистості, котрі цей наркотик задовольняє. Чим швидше наркотик задовольняє ці потреби та викликає очікуваний емоційний стан, тим складніше перебороти звичку вживання цього наркотику. В умовах сильної психічної залежності позитивний психологічний стан особистості залежить тільки від того, чи є наркотик під рукою. Врешті-решт він стає необхідною умовою нормального стану особистості. У випадку відсутності наркотику людина катується, і щоб виправити настрій або поліпшити стан, наркоман намагається знайти його за будь-яку ціну. Потреба в наркотиків стає найголовнішою в житті наркомана, він перестає виконувати свої обов'язки, кидає сім'ю і друзів, концентруючи всі свої інтереси на добуванні та вживанні наркотиків. Психічна залежність, згадки про приємні відчуття є головними факторами, пов'язаними з хронічним отруєнням психотропними наркотиками.

Фізична залежність – це стан адаптації, який виражається в явних порушеннях фізіології у випадку припинення вживання наркотиків. Це явище перебуває в безпосередньому зв'язку з фармакологічною дією наркотику на живу клітину.

Класичною ознакою виникнення фізичної залежності є поява абстинентного синдрому, який фактично свідчить про “наркотичний голод”.

Абстинентний синдром характеризується низкою проявів у психічній та фізичній сферах, специфічних для кожного окремого виду наркотику. Цей стан полегшується або зникає після введення того самого наркотику або речовини, яка має такі ж психофармакологічні властивості.

За офіційними даними десять років тому в Україні кількість наркоманів становила 31 тисячу, а на сьогоднішній день вже становить близько 100 тисяч, з яких переважна більшість у віці до 30 років. Реальна ж цифра, за оцінками МВС, у 10–12 разів більше, і може скласти 600–800 тисяч. При цьому тенета наркобізнесу ловлять нових жертв.

У той же час реальна чисельність осіб, що вживають наркотики і займаються їх незаконним обігом, за оцінками МВС України, становить за найпростішими підрахунками близько 1 мільйона осіб.

Питання наркоманії постало перед суспільством ще з прадавніх часів. Ніхто і не підозрював, що ця хвороба призведе до великих втрат, а найголовніше до втрати молодих, енергійних, талановитих особистостей, у руках яких знаходиться майбутнє нашої держави та перш за все наших дітей. На сьогоднішній в Україні наркоманія, на думку спеціалістів, давно набула форми епідемії. За даними Інтерполу, в країні зареєстровано близько 70 тисяч розповсюджувачів наркотиків. Дослідження показали, що середній вік початку прийому наркотиків – 13-15 років, а в деяких містах нашої країни ще менший – 9-13 років.

Крім того, наркоманія давно перестала бути проблемою однієї особистості, а стала соціальною проблемою. Вона присутня на всіх континентах і демонструє тенденцію непохитного зростання, а її шкідливі наслідки різноманітні як для наркоманів, так і для суспільства загалом.

Цифри вилученого зілля у першому півріччі 2008 року говорять самі за себе. Так, із незаконного обігу у розважальних та оздоровчих закладах було вилучено 103,1 тис. доз (85,4 кг) наркотичних засобів, з яких 932 дози (46,6 кг) макової соломи, 97,8 тис. доз (48,9 кг) марихуани, 4,4 тис. доз (882,6 грамів) амфетаміну тощо, що за цінами чорного ринку складає 1,1 млн. гривень.

Слід зауважити, що останнім часом спостерігається тенденція до зростання вживання молоддю “важких” наркотичних засобів, психотропних речовин і марихуани, що підтверджується значним збільшенням вилучень саме цих наркозасобів та психотропних речовин – з 193,6 тис. доз у минулому році до 1,1 млн. доз у поточному. У 90% випадків ці наркотики реалізуються в розважальних закладах (нічні клуби, дискотеки, кафе тощо), де постійними відвідувачами є молодь.

До речі, марихуана останнім часом є значно розповсюдженою серед молоді. Можливо, це пов’язане із її низькою ціною – у порівнянні з іншими наркотичними засобами. Тому наркоділки все більше насичують ринок цим наркотиком, який вирощують на замаскованих ділянках.

Так, в одному із сіл на Одещині у господарстві 27-річного безробітного місцевого жителя було виявлено і вилучено 766,8 кг (!) марихуани, яку

затриманий вирощував та зберігав з метою подальшої її реалізації в розважальних закладах області.

В Київській області працівниками МВС було затримано “на гарячому” місцевих жителів, які заготовили і намагалися збути 310 кг марихуани.

Викликає занепокоєння той факт, що наркотичні засоби стали з’являтися не лише у розважальних закладах, але й в оздоровчих комплексах та базах відпочинку.

Наприклад, у Києві одному із оздоровчих закладів затримано жителя Ірпеня, який зберігав у своїй кімнаті 1140 таблеток екстазі, 150 грамів амфетаміну та 20 грамів кокаїну.

А у Запорізькій області поблизу одного із оздоровчих комплексів затримано 25-річного молодика, у якого було при собі понад 2 кілограми снодійного маку.

Зовнішній вигляд наркоманів далекий від привабливості: сіре обличчя, суха шкіра, волосся та зуби випадають. У них значно послаблена пам’ять, вони не в змозі запам’ятати прочитане.

Якщо раптом ви звернули увагу на подібні зміни у поведінці чи зовнішньому вигляді своїх дітей, якщо вони ховають руки під довгими рукавами, не проявляють цікавості до навчання, втратили апетит, раптом почали вирізнятися худорлявістю, вечорами не поспішають додому, – бийте на сполох. Бо наркоманія – це небезпечна хвороба, і перемогти її вдається не кожному.

Тютюнопаління в наш час становить одну з найсерйозніших медикосоціальних проблем. Складність її вирішення – у невідповідності стандартного відношення до паління в суспільстві та його дійсним значенням у руйнуванні здоров’я людей.

Міжнародний досвід довів високу ефективність профілактичної роботи у боротьбі з епідемією тютюнопаління.

Всі форми споживання тютюну, включаючи паління сигарет, сигар, трубок, жувального або нюхального тютюну, а також вплив продуктів його згоряння на тих, хто не палить (пасивне або вимушене паління), значно підвищують захворюваність і передчасну смертність, що спричиняються більш як 20 різними хворобами.

Більшість досліджень показали, що ризик виникнення захворювань залежить як від кількості випалюваних сигарет, так і від тривалості паління. За оцінкою експертів ВООЗ від хвороб, пов’язаних з палінням, щорічно вмирає 4 мільйона людей у світі. Якщо ситуація з палінням не зміниться, в 2025 році щорічні втрати будуть складати вже 10 мільйонів чоловік.

Проблема тютюнопаління вкрай актуальна для України. Україна посіла перше місце в Європі за кількістю курців. У нашій країні в 2007 році нараховувалося більше 15,5 млн. курців і з кожним роком кількість викурених сигарет зростає.

За даними МОЗ України в сучасних умовах кожна п’ята жінка-активний курець. Особливо занепокоює те, що ця шкідлива звичка припадає на вік до 35 років. За статистикою, щорічно від захворювань, спричинених тютюнокурінням у

світі помирає понад 4 млн. людей, в країнах СНД 500 тисяч, в Україні 110 тисяч осіб, які насолоджувалися тютюновим димом.

Найстрашніше, що згубна дія тютюну не обмежується змінами в організмі курця. У закритому приміщенні під час куріння скупчується велика кількість тютюнового диму. Перебуваючи в цьому приміщенні, його вдихають і люди, які не курять. Підраховано, що людина, яка перебуває протягом години в накуреному приміщенні, вдихає стільки тютюнового диму, мовби викурила чотири сигарети. Слід зазначити, що пасивний курець потрапляє у такий же стан, що й курець. У людини, яка довгий час перебувала в накуреному приміщенні, з'являються ознаки нікотинової інтоксикації (отруєння): виникає головний біль, нудота, кволість.

В Україні тютюнопаління є опосередкованою причиною кожного п'ятого випадку смерті осіб віком понад 35 років. Наприклад, у Великобританії від хвороб, що викликало куріння щотижня помирає 2000 чоловік. Тютюн – найголовніший і найглобальніший вбивця. Тобто кожних 8 секунд на земній кулі помирає людина з цієї причини.

1.3. Поняття, категорії, складові здорового способу життя військовослужбовців та членів їх сімей

Сучасні уявлення світової науки стосовно феномена здоров'я людини ґрунтуються на новому розумінні актуальності проблеми виживання людства взагалі.

Наприкінці ХХ ст. лідери світової науки залучили проблему здоров'я до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює факт подальшого існування людства як біологічного виду на планеті Земля. Нині у науковому обігу виникло нове визначення – антропологічна катастрофа, сутність якої полягає в тому, що згідно з основним біологічним законом кожен біологічний вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він був пристосований тисячоліттями в ході еволюції. До останнього етапу розвитку людства (до початку ХХ ст.) умови його існування формувала природа, і саме до цих умов організм людини і пристосовувався біологічно протягом попереднього еволюційного періоду. Але з того часу як людина охопила своєю діяльністю майже всю планету (ХХ ст.) вона почала істотно змінювати умови життєдіяльності, до яких була пристосована в своєму історико-біологічному розвитку. Ці зміни в останній чверті століття, як свідчать об'єктивні дослідження, набули катастрофічного масштабу. За даними медичної статистики підвищення показників захворюваності і смертності спостерігається саме з другої половини ХХ ст., і деякі вчені пов'язують це з тим, що негативні процеси набули планетарного розмаху.

Глобальна вагомість і актуальність проблеми викликала необхідність ґрунтовних досліджень феномена здоров'я людини і його складників, пошуку

шляхів позитивного впливу. З цією метою передові представники світової науки об'єдналися в міжнародний рух. 1977 р. ВООЗ ініціювала кампанію “Здоров’я для всіх”, у межах якої розпочався процес збору і систематизації інформації про існуючі загрози здоров’ю. За підсумками роботи було скликано Міжнародну конференцію з першочергових заходів щодо охорони здоров’я (м. Алма-Ата, 1978 р.), яка проголосила відповідну Декларацію. У 1980 р. ВООЗ визначила глобальну стратегію “Здоров’я для всіх до 2000 р.”, що ґрунтувалася на результатах вже проведених досліджень і започатковувала нові. Висновки науковців оприлюднені на I Міжнародній конференції з пропаганди здорового способу життя (м. Оттава, 1986 р.). Її підсумком була Оттавська Хартія, що визначила сучасне наукове уявлення про поняття здоров’я, його складові частини, детермінанти, стратегії позитивного впливу. Основні тези, положення і принципи Хартії стали програмними імперативами, якими нині керується світова спільнота в діяльності з проблем здоров’я. Саме на цій основі побудований теоретико-методологічний підхід до обґрунтування індикаторів національного опитування української молоді з проблем здоров’я і здорового способу життя.

Поняття здоров’я. Виявлена обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров’я як відсутність хвороби. За сучасними уявленнями здоров’я розглядають не як суто медичну, а як комплексну проблему, складний феномен глобального значення. Тобто здоров’я визначається як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об’єкт споживання, вкладу капіталу, індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем. Стан власне системи охорони здоров’я обумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Решта 90% припадає на екологію (близько 20%), спадковість (близько 20%), і найбільше – на умови і спосіб життя (близько 50%).

Звідси походить загальноприйняте у міжнародному співтоваристві визначення здоров’я, викладене в Преамбулі Статуту ВООЗ (1948 р.): “Здоров’я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад”.

Поняття сфер або складових здоров’я. Світова наука розробила цілісний погляд на здоров’я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери або складові – *фізичну*, *психічну* (розумову), *соціальну* (суспільну) і *духовну*. Всі ці складові невід’ємні одна від одної, вони тісно взаємопов’язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров’я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров’я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального і духовного здоров’я. Цей принцип диференціації був закладений у групування індикаторів опитування з урахуванням змісту кожної сфери.

До сфери фізичного здоров’я включають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівня фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров’я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність,

чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уявлень, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей. Всі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів.

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

Соціальне здоров'я пов'язано з економічними чинниками, стосунками індивіда із структурними одиницями соціуму – сім'єю, організаціями, з якими створюються соціальні зв'язки, праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Впливають міжетнічні стосунки, вагомість різниці у прибутках різних соціальних прошарків суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я взагалі. Ці чинники і складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво позначається на здоров'ї людини. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку головних сфер суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній.

Зрозуміло, що у реальному житті всі чотири складових – соціальна, духовна, фізична, психічна, і діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісного складного феномена.

Поняття передумов здоров'я. До основних передумов здоров'я зараховують вісім чинників: мир, дах над головою, соціальна справедливість, освіта, харчування, прибуток, стабільна екосистема, сталі ресурси. Ті з передумов, наявність (відсутність, недостатність) яких у цілому або частково можливо було визначити засобами опитування, відбивають відповідні індикатори.

Мир. Поняття миру розуміється ширше, ніж відсутність стану війни в державі. Очевидно, що відсутність мирних стосунків в сім'ї, конфлікти з ближнім оточенням, на роботі, де працює людина, наявність конфліктів в громаді або поміж громадами (міжетнічних, міжконфесійних) суттєво зашкоджують усім складовим здоров'я – фізичній, психічній, духовній, соціальній.

Дах над головою. Поняття даху над головою дещо більше, ніж наявність будь-якої домівки. Потрібен певний рівень побутових умов, сталість майнових правовідносин, наявність інших чинників, що створюють відчуття впевненості у майбутньому щодо захисту власного майна від можливих негараздів природного або суспільного походження. Важливим є рівень розвитку соціальних інституцій, дія яких забезпечує відчуття захищеності особистості та її майна (правопорядку, аварій, надзвичайних ситуацій тощо).

Соціальна справедливість, рівність, неупередженість. Наявність цих передумов здоров'я гарантує всім громадянам однакові можливості доступу до послуг соціальних інституцій, рівні громадянські, майнові, соціальні права, неможливість обмежень законних прав і інтересів людини з боку будь-яких

сильних або владних структур. Наявність цих передумов створює у людини відчуття захищеності і впевненості в майбутньому, а також надає рівні (в межах чинного законодавства) потенційні можливості в реалізації потреб і здібностей, набуття гідного соціального статусу незалежно від расових, національних, релігійних, майнових, статевих, вікових визначників. І незалежно від ступеня використання цих можливостей конкретними особистостями, сам факт їх наявності у суспільстві справляє позитивний вплив на стан індивідуального і громадського здоров'я.

Освіта. Рівень здоров'я, як правило, безпосередньо пов'язаний з рівнем освіти. Чим вище середній рівень освіти в певному соціальному середовищі, тим кращі узагальнені показники здоров'я воно демонструє. Природно, що піклування про власне і громадське здоров'я неможливо без знання того, чому це необхідно і як це робити. Притому доцільно розуміти поняття освіти в даному контексті не тільки як освіту суто валеологічну (сукупність знань, навичок і вмінь про здоров'я), а значно ширше – як загальну освіту в цілому. Чим ширше знання основних природничих, наукових, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей створювати у суспільстві системне уявлення про проблему здоров'я взагалі. Крім того, поняття освіти потрібно розуміти комплексно: і як надання інформації, і як навчання методам, прийомам і навичкам здорового способу життя, і як виховання в дусі безумовного пріоритету цінностей індивідуального і громадського здоров'я в усіх його проявах, сферах, рівнях.

Харчування. Це поняття розглядається не тільки утилітарно, як засіб ліквідації почуття голоду або мінімальної підтримки життєдіяльності організму. Воно включає забезпечення широким верствам населення доступу до споживання якісної питної води, необхідної кількості вітамінів, мікроелементів, протейнів, жирів, вуглеводів, продуктів підвищеної біологічної цінності, фітопродуктів, спеціальних продуктів і харчових добавок тощо, що поліпшує стан здоров'я і протидіє природному процесу старіння.

Прибуток. Передбачається наявність фінансових можливостей для забезпечення не тільки мінімальних потреб існування, а й для створення в суспільстві послуг і товарів, необхідних для здорового способу життя, забезпечення спроможностей їх споживання.

Стабільна екосистема. Мається на увазі не тільки стабілізація нормальних екологічних умов там, де вони ще не зазнали шкоди від попередньої виробничої діяльності, а й відновлення пошкоджених екологічних утворень з метою запобігання подальшому порушенню екобалансу планети. Лише активна реституційна діяльність може забезпечити у майбутньому стабільність планетарної екосистеми з оптимальними фізико-хімічними параметрами для існування людства.

Сталі ресурси. Поняття містить не лише запобігання вичерпанню енергоресурсів, корисних копалин, виробничій сировини. Мається на увазі зважене господарювання щодо фінансових і матеріальних ресурсів країн, громад, окремих людей, незадіяних ресурсів виробництва, матеріалів та інструментів, інтелектуальних ресурсів, потенціалу громадських і приватних ініціатив. Вихідна теза така - чим більше всіляких ресурсів є в активі певного структурного

утворення (людини, громади, організації, регіону), тим більше потенційні можливості спрямування цих ресурсів на заходи стосовно здоров'я.

Визначення здорового способу життя та формування здорового способу життя молоді.

У філософському розумінні *спосіб життя* – це синтетична характеристика сукупності типових видів життєдіяльності людей (індивідів та соціальних утворень) у поєднанні з умовами життя суспільства. Спосіб життя охоплює всі сфери суспільства: працю і побут, суспільне життя і культуру, поведінку (стиль життя) людей та їх духовні цінності. Тобто, поведінка, або стиль життя, є одним з найважливіших елементів способу життя в цілому, який не може не впливати на здоров'я окремої особи або на здоров'я тих чи інших соціальних груп населення.

Поведінка є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої значно перевищує вплив багатьох інших детермінант. Вона разом з біологією людини, медичною допомогою та навколишнім середовищем відноситься до чотирьох основних чинників, що визначають рівень здоров'я. Результати спеціальних досліджень, проведених у 70-х роках у США метою кількісної оцінки впливу різних чинників на здоров'я виявили, що група чинників названих “біхевіористичними” (поведінковими) постійно випереджувала інші. Найважчі хвороби у розвинутих країнах у наш час пов'язані з індивідуальними звичками, особливо постійними, які у сукупності часто називають способом життя.

Звіт ВООЗ про здоров'я у світі 1995 р. підтверджує ці дані і свідчить, що захворювання та стани, пов'язані із способом життя людини, є причиною 70-80% смертності у розвинутих країнах і приблизно 40% – в країнах, що розвиваються. Передбачається, що і в країнах, що розвиваються, ситуація погіршуватиметься. Кількість захворювань, пов'язаних із способом життя, зростатиме через те, що мають місце негативні зміни в харчуванні та поведінці середнього класу. Розвиток цивілізації породжує такі зміни в способі життя, які підвищують ступінь ризику виникнення так званих “хвороб сучасної цивілізації”, що найбільш розповсюджені в індустріально розвинутих країнах. Це, зокрема, захворювання серцево-судинної системи, окремі типи онкологічних захворювань та ожиріння. Багато з них зумовлені цілою низкою чинників.

Поведінкові чинники можуть бути як сприятливими, так і шкідливими для здоров'я, що залежить від вибору способу життя конкретною особою. Поведінка людини важлива для здоров'я, оскільки впливає на нього безпосередньо через спосіб життя або опосередковано – через економічні чи соціоекономічні умови, які, безперечно, є основною детермінантою здоров'я. Щоб вплинути на поведінку людини, необхідні зусилля з боку самої людини, сім'ї та суспільства.

Поняття здорового способу життя. З позицій викладеного розуміння феномена здоров'я людини походить визначення поняття здорового способу життя (ЗСЖ): це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку, побуту.

Визначення (поняття) ЗСЖ продовжує залишається об'єктом теоретичних дискусій соціальних гігієністів, медиків, філософів, інших учених.

Ю.П.Лісичин зазначає: “Здоровий спосіб життя – це діяльність, активність особи, групи людей, суспільства, що використовують матеріальні і духовні умови і можливості на користь здоров’я, гармонійного фізичного і духовного розвитку людини”.

У трактуванні Д.А.Ізуткіна ЗСЖ – це способи активної біосоціальної життєдіяльності людей, які в максимальному і безпосередньому ступені укріплюють індивідуальне і суспільне здоров’я за наявності сприятливих соціальних і природних умов.

Е.Г.Жук розглядає ЗСЖ в іншому аспекті. Відповідно до його концепції ЗСЖ – це усвідомлене в своїй необхідності постійне виконання гігієнічних правил зміцнення і збереження індивідуального і суспільного здоров’я, як основи високої і тривалої працездатності, що поєднується з розумним відношенням до навколишнього природного і соціального середовища.

Науково обґрунтовані медико-гігієнічні норми визначають стійку здатність індивіда слідувати стандартам поведінки, тобто необхідності вироблення типової моделі здорової поведінки.

Складові ЗСЖ містять різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров’я – фізичної, психічної, соціальної і духовної. Найважливіші з них – харчування (в тому числі споживання якісної питної води, необхідної кількості вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів, спеціальних продуктів і харчових добавок), побут (якість житла, умови для пасивного і активного відпочинку, рівень психічної і фізичної безпеки на території життєдіяльності), умови праці (безпека не тільки у фізичному, а й психічному аспекті, наявність стимулів і умов професійного розвитку), рухова активність (фізична культура і спорт, використання засобів різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримку, відновлення сил після фізичних і психічних навантажень).

Для усвідомлення ЗСЖ важливі поінформованість і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, що мають уповільнювати природний процес старіння, наявність належних екологічних умов, інших складових ЗСЖ, що стосуються переважно не тільки фізичного і психічного, а також соціального і духовного здоров’я.

Проблема формування здорового способу життя досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Особливої актуалізації ця проблематика набула у другій половині ХХ ст. як у світі в цілому, так й в Україні.

Тенденції розвитку країн колишнього Радянського Союзу протягом 80-90-х років, змусили суспільство по-новому поставитись до складових здоров’я та формування здорового способу життя, зокрема молодого покоління. Слід підкреслити, що цим питанням приділяють увагу різні науки – медицина, гігієна, охорона здоров’я, екологія, педагогіка, психологія, соціологія, фізична культура і нова наука – валеологія. Формуванню здорового способу життя в учнівської молоді, формуванню ціннісних орієнтацій підлітків на здоровий спосіб життя, організації здорового способу життя школярів, медико-біологічним та психолого-педагогічним основам здорового способу життя, принципам формування

здорового способу життя молоді присвячені наукові праці та посібники. У деяких школах викладається курс валеології – наука про здоровий спосіб життя.

Наш підхід розглядає **формування здорового способу життя** молоді як важливу складову молодіжної та соціальної державної політики. Втім передбачає: по-перше – вивчення уявлень молоді про здоровий спосіб життя та розробку методів оцінки здоров'я індивіда; по-друге – формування свідомості та культури здорового способу життя; по-третє – розробку методик навчання молоді здоровому способу життя; по-четверте – впровадження соціальних програм культивування здорового способу життя та збереження здоров'я; по-п'яте, – розробку та впровадження системи моніторингу здорового способу життя молоді.

Ми акцентуємо увагу на формуванні здорового способу життя саме молоді, оскільки саме у молоді роки відбувається сприйняття певних норм та зразків поведінки, накопичення відповідних знань та вмінь, усвідомлення потреб та мотивів, визначення ціннісних орієнтацій, інтересів та уявлень. Особливо, коли молода людина проходить військову службу.

ЗСЖ – це не тільки спеціальна діяльність, а організація всієї життєдіяльності людини, сприяючої збереженню і зміцненню здоров'я. Формування ЗСЖ – це багатоетапний процес. Його **кінцевою метою** є такий рівень здоров'я, який забезпечує активну довголітню трудову діяльність, свободу дій, здоровий дух.

Етапи формування здоров'я представляють комплекс інформаційно-мотиваційних і поведінкових характеристик: *інформованість (рівень знань) – мотивації (переконання, настанови) – готовність – навички (звички) – здоров'я*. Ключовим моментом в ланцюзі елементів, що формують здоров'я, є **інформованість**. Відомо, що в 30-40-і роки і в післявоєнний період саме широка інформованість населення зіграла вирішальну роль в боротьбі з поширеними інфекційними хворобами – сифілісом, гонореею, трахомою, туберкульозом, тифами, дифтерією і ін.

Досвід вивчення здорового способу життя молоді.

Викладене трактування ЗСЖ дозволяє більш широко висвітлити досвід соціологічних досліджень у близьких сферах. Як зазначалось, один з багатьох дослідницьких підходів розглядає здоров'я і добробут у контексті **якості життя**. Але й визначення поняття та складових якості життя є однією з дискусійних тем наукових досліджень. Одну з концепцій якості життя розроблено в Центрі здоров'я (Centre for Health Promotion – CHP) Торонтського університету (Канада) у межах проекту Міністерства громади та соціальних послуг м. Онтаріо. Концепція ґрунтувалась на визначенні “якості життя” в психології, соціології та філософії. Як результат, побудовано модель якості життя, що складається з дев'яти сфер, об'єднаних у три більш загальні категорії: “стан особи” (фізичний, психологічний та психічний стани), “оточуюче середовище” (соціальне оточення, екологічне оточення, локальна громада), “наявна інфраструктура” (можливості власного розвитку, проведення вільного часу, наявність роботи та можливість працевлаштування). Кожна з цих складових розглядається як пропозиція певних “можливостей” для індивідів. А індивід може максимально скористатися такими можливостями заради досягнення добробуту. Таким чином, якість життя

визначається як “ступень задоволеності індивідом важливими можливостями його життя”.

Зваживши всі аспекти у межах цієї парадигми щодо здорового способу життя, слід зазначити важливість таких питань:

- чи має індивід знання про здоровий спосіб життя;
- чи існують можливості отримати ці знання;
- чи знає індивід, де отримати необхідні або додаткові знання;
- чи доступні ці джерела для кожного;
- чи достатній рівень його підготовки, щоб скористатися знаннями;
- порівняння свого життя із принципами здорового способу життя;
- самооцінка необхідності змін у своєму житті та усвідомлення цієї необхідності;
- оцінка наявності об’єктивних (що не залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка наявних суб’єктивних (що залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка спроможності змінити суб’єктивні можливості, що заважає цим змінам, чи прагне сам індивід до цих змін, які умови необхідні, щоб змінити.

По кожній з трьох зазначених вище категорій моделі якості життя є розроблені індикатори здорового способу життя:

1) задоволеність своїми даними: зовнішність; тіло; успішність або виконання службових обов’язків порівняно з іншими; своїм статусом у колективі (виробничий, друзів, однодумців тощо); своїм статусом у сім’ї; своїм сприйняттям світу.

2) задоволеність соціальним оточенням: сприйняття соціальних проблем; сім’я; сусіди; родичі; колеги; товариші у закладі освіти; рівень соціальної напруженості; політична ситуація; довіра до керівних органів; рівень безпеки.

3) задоволеність можливостями: рівень зарплатні; житло; предмети довготривалого користування; престижні речі; одяг; харчування; транспорт; освіта; робота; медичне обслуговування; культурні запити; заняття спортом; проведення вільного часу (наявність закладів, їх доступність за цінами); спілкування; отримання інформації; сексуальні стосунки; громадська активність.

Такий підхід дозволяє розглядати індивідів у контексті оточення та умов життя, узагальнювати на рівні однорідних утворень, конкретних населених пунктів чи мікрорайонів.

Певний досвід вивчення соціального самопочуття населення накопичений і українською соціологічною наукою. Найбільш ґрунтовні напрацювання зроблені протягом останніх років у межах дослідження суспільства, що трансформується. Аналіз соціального самопочуття людей як їхньої реакції на соціальні зміни увійшов у практику емпіричних соціологічних досліджень в Україні всупереч невизначеності теоретичної інтерпретації категорії “соціального самопочуття”. Найбільш важливим є те, що соціальне самопочуття розглядається як інтегративний показник, що відбиває головні сфери життєдіяльності людини та емоційну оцінку людиною соціальної дійсності та власного місця в ній.

Показники фізичного здоров'я. Відповідно до змісту сфери фізичного здоров'я (індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівня фізичного розвитку органів і систем організму), були визначені індикатори зросту і ваги, оскільки вони відбивають (з певними обмеженнями) вади (або їх відсутність) анатомічної побудови тіла і (також з певними обмеженнями) якість генетичної спадковості. Що стосується показників перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля і рівня фізичного розвитку органів і систем організму, то їх неможливо визначити інструментарієм соціологічного опитування через те, що потрібне лабораторне фізіологічне тестування систем організму, які забезпечують рухові дії (м'язової, нервової, енергозабезпечуючої). Тому були вибрані індикатори, що опосередковано свідчать про характер реакції організму на фізичні навантаження і доступні для об'єктивного визначення при опитуванні: показники травмування, а також факту і спроможності виконання фізичних навантажень, типових для звичайної рухової активності. Ці індикатори можна розглядати (з певними обмеженнями) як показники готовності до виконання навантажень, тобто як опосередковані показники сфери фізичного здоров'я.

Показники психічного здоров'я. Відповідно до змісту цієї сфери здоров'я (індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей – збудженість, емоційність, чутливість, схильність до стресів, афектів, особливості мислення, характеру, здібностей, потреб, інтересів, мотивів, стимулів, настанов, цілей, уявлень, почуттів тощо), можуть бути вибрані відповідні індикатори: наявність проблем спілкування, відчуття комфорту перебування в колективі, характер стосунків із близьким оточенням, вміння керувати своїм психічним станом, ступінь стресу, ступінь самозадоволення, тобто індикатори, які відбивають індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини.

Показники духовного здоров'я. Відповідно до змісту цієї сфери здоров'я, (ставлення до освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики; свідомість, ментальність, життєва самоідентифікація, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей), були вибрані індикатори, що свідчать про занепокоєння (або його відсутність) станом загальноприйнятих у суспільстві чинників духовності: релігійних, культурних, патріотичних. Про духовні запити свідчать індикатори вибору змісту дозвілля.

Показники соціального здоров'я, що пов'язані з економічними чинниками, стосунками індивіда із структурними одиницями соціуму, визначаються такими індикаторами, як характеристики найближчого оточення і взаємостосунків в ньому, соціальний статус, соціальне самопочуття, наявність (відсутність) відчуття безпеки в соціумі, ступень задоволеності повсякденними умовами життя, самооцінка добробуту, прибутки, можливості та структура витрат, умови житла, можливості відпочинку.

Показники здорового способу життя, можливостей його реалізації та засобів впливу на його формування.

Рухова активність. Одним із найважливіших показників здорового способу життя є обсяг фізичних навантажень. Як безпосередні показники рухової

активності, що впливають на визначення здорового способу життя (чи нездорового), використано індикатори про наявність (чи відсутність), характер і обсяг фізичних навантажень, які дають чіткі підстави для розподілу респондентів стосовно цього аспекту здорового способу життя.

Харчування. Показовим чинником здорового способу життя є структура (якісний склад) продуктів харчування, що вживаються в повсякденному режимі. Уявлення про ці показники дають відповідні індикатори, структуровані за кількістю вживання продуктів в часі і ступенем їх користі для організму.

Шкідливі звички. Питома вага шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків, інших хімічних речовин) у комплексі впливів, що визначають спосіб життя, надзвичайно суттєва. Саме тому цей аспект опитування містить велику кількість індикаторів, які досить повно відбивають спектр проблеми – причини не паління, віковий і кількісний зріз тих, хто палить, паління в оточенні, віковий, кількісний і якісний ознаки вживання алкоголю, віковий і структурний аналіз наркотизації, ступінь поінформованості і усвідомлення шкоди подібних звичок.

Безпечна сексуальна поведінка, чинник розповсюдження ВІЛ/СНІД. Статистика поширення в Україні в останні роки захворювань, що передаються статевим шляхом і ВІЛ/СНІД, дані щодо погіршення репродуктивного здоров'я молоді потребують ретельного вивчення цих явищ у вітчизняному молодіжному середовищі. З огляду на це, опитування містить такі індикатори, що достатньо повно і різноманітно відбивають основні аспекти проблеми: інформацію про початок статевого життя, характеристики статевих контактів молоді, ступінь обізнаності щодо засобів запобігання статевим захворюванням і засобів контрацепції, сексуальну орієнтацію, ступінь задоволення статевим життям, обізнаність з проблеми ВІЛ/СНІД, ставлення до груп ризику і хворих.

Можливості реалізації здорового способу життя. Опитування з проблем ЗСЖ, звичайно, не може обминути питання, щодо можливостей його реалізації молоддю в існуючих умовах. Але складність вивчення полягає в тому, що питання можливості (неможливості) вести ЗСЖ надзвичайно суб'єктивне, тому що воно перш за все детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій в цьому напрямі. Навіть при відсутності деяких об'єктивних умов (комфортне житло, належне харчування, достатній доход тощо) особи з високим рівнем свідомості стосовно здорового способу життя прагнуть діяти заради власного здоров'я. І навпаки, за достатньо об'єктивних умов нестача особистісних стимулів унеможливорює прагнення бути здоровим. Тому вельми проблематично пропонувати такі індикатори для опитування, які б об'єктивно висвітлювали реальні можливості (неможливості) реалізації ЗСЖ – ці можливості переважно залежать від самої людини. З огляду на це, опитування не містить прямих запитань щодо згаданих можливостей – є вони чи ні. З іншого боку, існує певний мінімум об'єктивних умов життя, який обумовлює можливості реалізації ЗСЖ.

Певну інформацію про суб'єктивну оцінку молоддю наявних обмежень щодо можливостей ЗСЖ дають показники стурбованості питаннями занять фізкультурою і спортом, поінформованості про ЗСЖ, стану довкілля.

Визначення складових здоров'я будується на концептуальній основі уявлення про організм як єдину, цілісну саморегульовану суперсистему. З позицій сучасної концепції здоров'я і відміченого вище принципу, основними його складовими слід вважати: **фізіологічну, психологічну і поведінкову компоненти.**

Фізіологічна складова включає рівень зростання і розвитку органів і систем організму, а також – поточний стан їх функціонування. Основою цього процесу є морфологічні і функціональні перетворення і резерви, що забезпечують фізичну працездатність і адекватну адаптацію організму до зовнішніх умов. **Психологічна складова** – це стан психічної сфери. Вона визначається мотиваційно-емоційними, розумовими і етично-духовними компонентами. Основу його визначає стан емоційно-когнітивного комфорту, що забезпечує розумову працездатність і адекватну поведінку. Такий стан обумовлений як біологічними, так і соціальними потребами, а також можливостями їх задоволення.

Поведінкова складова – це зовнішній прояв стану організму. Воно виражається в адекватності (неадекватності) поведінки, в умінні спілкуватися. Основу його складає: життєва позиція (активна, пасивна, агресивна) і міжособистісні відносини, які визначають адекватність взаємодії організму із зовнішнім середовищем (біологічною і соціальною (див. рис. 1).

Здоровий спосіб життя – це головний чинник здоров'я.

За твердженням фахівців ВООЗ, здоров'я на 50-55% залежить від способу життя, на 20% – від спадковості, на 20-25% – від стану навколишнього середовища (екології) і на 8-12% – від роботи системи охорони здоров'я. Статистика свідчить, що найбільша частка внеску в здоров'ї доводиться на спосіб життя. Звідси можна вважати, що генеральною лінією формування і зміцнення здоров'я є здоровий спосіб життя.

Отже, згідно з сучасним уявленням, **здоровий спосіб життя** – це типові форми і способи повсякденної життєдіяльності людини, які зміцнюють та удосконалюють адаптаційні (приспосувальні) і резервні можливості організму, забезпечуючи тим самим успішне виконання своїх соціальних і професійних функцій.

У основі будь-якого способу життя лежать принципи, тобто правила поведінки, якою слідує індивідум. Розрізняють *біологічні* і *соціальні* принципи, на основі яких формується ЗСЖ.

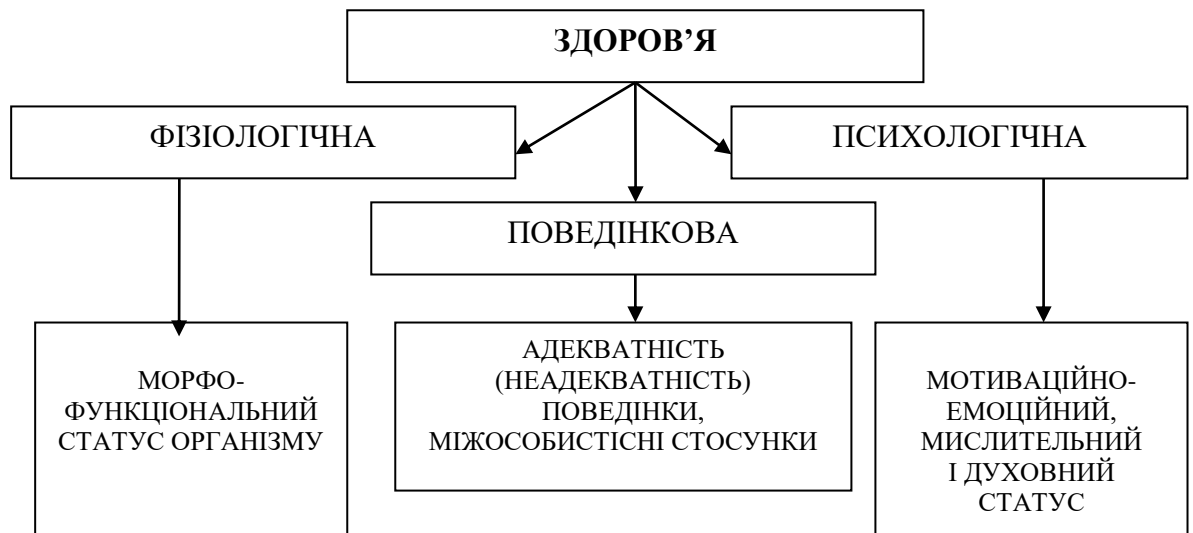


Рис. 1. Схема моделі концепції здоров'я

Біологічні принципи включають наступні настанови:

- спосіб життя повинен бути віковим;
- спосіб життя повинен бути забезпечений енергетично;
- спосіб життя повинен бути тим, що зміцнює;
- спосіб життя повинен бути ритмічним;
- спосіб життя повинен бути помірним.

Соціальні принципи стверджують, що:

- спосіб життя повинен бути естетичним;
- спосіб життя повинен бути етичним;
- спосіб життя повинен бути вольовим;
- спосіб життя повинен бути самообмежувальним.

У основу цієї класифікації принципів був покладений базисний Вселенський принцип єдності індивідуального і загального, єдності організму і середовища біологічною і соціальною. У зв'язку з цим ЗСЖ – це не що інше, як раціональна організація життєдіяльності людини на базі ключових біологічних і соціальних життєво важливих форм поведінки, що еволюційно склалися (поведінкових чинників). Гармонізація цієї єдності і визначає високий рівень життєдіяльності організму людини, його здоров'я. Невід'ємними компонентами адекватній природі життєдіяльності організму людини є **наступні поведінкові чинники**:

- **культивуація позитивних емоцій**, сприяючих психічному благополуччю, основи всіх аспектів життєдіяльності і здоров'я;
- **оптимальна рухова активність** – провідний природжений механізм біопрогресу і здоров'я;
- **раціональне харчування** – базисний чинник біопрогресу і здоров'я;
- **ритмічний спосіб життя** відповідний біоритмам, – основний принцип життєдіяльності організму;

- **ефективна організація трудової діяльності** – основна форма самореалізації, формування і віддзеркалення людської суті;
 - **сексуальна культура** – ключовий чинник життєдіяльності, як адекватна і прогресивна форма відтворення виду;
 - **здорове старіння** – природний процес плідного довголіття;
 - **відмова від згубних пристрастей** (алкоголізм, наркоманія, куріння тощо)
- вирішальний чинник збереження здоров'я.

На практиці виявляється, що реалізація перерахованих вище форм поведінки надзвичайно складна. Причин багато, але одній з головних серед їх слід визнати відсутність *мотивації позитивного відношення* до свого здоров'я і ЗСЖ. Річ у тому, що в ієрархії потреб, що є в основі поведінки молодої людини, здоров'я знаходиться далеко не на першому місці. Це пов'язано з низькою індивідуальною і загальною культурою суспільства.

Звідси – відсутність настанови на примат (верховенство) цінності здоров'я в ієрархії людських потреб. Отже, формування здоров'я – це перш за все проблема кожної людини. Його слід починати з виховання мотивації здоров'я і ЗСЖ, бо вона є такою, що веде системоутворюючим чинником поведінки. Інакше кажучи, буде мотивація (цілеспрямована потреба), буде і відповідна поведінка.

Поняття “спосіб життя”.

Спосіб життя – категорія, яка узагальнює уявлення про деякий вид (тип) життєдіяльності людини. Вона характеризується особливостями повсякденного життя людини, які охоплюють його трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних та духовних потреб, участь у суспільному житті, норми та правила поведінки. Спосіб життя – один з критеріїв суспільного прогресу. На сьогодні доведено, що з суми усіх факторів, детермінуючих здоров'я людини, 50-55% припадає на спосіб життя людини.

Фактори, які визначають спосіб життя:

- рівень загальної культури людини та її освіченість;
- матеріальні умови життя;
- статеві, вікові та конституційні особливості людини;
- стан здоров'я;
- характер екологічного стану життєвого середовища;
- особливості трудової діяльності (професії);
- звички людини;
- можливості задоволення біологічних та соціальних потреб.

Під час аналізу способу життя звичайно розглядаються особливості професійної, суспільної, соціально-культурної та побутової діяльності людини. В якості основних особливостей виділяють соціальну, трудову та фізичну активність. Іншими словами, головне у способі життя людини – те, як живе вона (чи соціальна група), які основні способи та форми життєдіяльності, її направленість. При цьому необхідно мати на увазі, що кожна з соціальних груп має свої відмінності у способі життя, свої цінності, установки, еталони, поведінки та т.п. Спосіб життя, обумовлений значною мірою соціально-економічними умовами, залежить від мотивів діяльності конкретної людини, особливостей її

психіки, стану здоров'я та функціональних можливостей організму. Цим пояснюється реальне різноманіття способу життя різних людей.

Спосіб життя людини містить три категорії: рівень життя, якість життя та стиль життя.

Рівень життя – це ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (переважно економічна категорія).

Якість життя характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія).

Оцінюючи роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, необхідно відмітити, що за рівних можливостей двох перших (рівень і якість), котрі носять суспільний характер, здоров'я людини значною мірою залежить від стилю життя, який переважно має персоніфікований характер і визначається історичними та національними традиціями та особистісними нахилами.

У процесі життя кожної людини повинні задовольнятися матеріальні та духовні потреби, причому її поведінка завжди направлена на реалізацію цих потреб. У кожної особистості за однакового на даний момент рівня потреб у будь-якому суспільстві рівні потреб існує свій індивідуальний спосіб їхнього задоволення (*стиль життя*), тому поведінка у людей різна і залежить значною мірою від виховання.

Отже, **здоровий спосіб життя** – це:

- свідоме або сформоване нормами суспільства відповідальне ставлення особистості до власного біологічного і психологічного здоров'я з метою недопущення його погіршення або руйнування;

- відсутність захворювань, стан повного фізичного і соціального благополуччя,

- сукупність факторів, методів, процедур і послуг, які надають підтримку здоров'ю і сприяють добробуту особистості.

Поняття здорового способу життя співзвучно з поняттям репродуктивного здоров'я, але його зміст полягає в тому, що як людина так і соціальні інститути (дитячий садок, школа, армія, структури, що забезпечують професійну діяльність особистості) **створюють ефективну систему** збереження людського життя і здоров'я як найвищої цінності.

1.4. Досвід та результати профілактичної і просвітницької роботи серед військовослужбовців в провідних арміях світу з питань формування здорового способу життя й безпечної поведінки

Боротьба з наркоманією, алкоголізмом і курінням в ЗС США

З початку 80-х років ХХ ст. в ЗС США ведеться активна кампанія по боротьбі з наркоманією, пияцтвом, алкоголізмом і курінням, підвищуються вимоги до фізичного розвитку солдатів і офіцерів. Однією з причин розповсюдження цих шкідливих звичок в армії, ВПС і ВМС вважається війна у В'єтнамі, коли вживання наркотиків і спиртних напоїв військовослужбовцями

сильно зросло. Результати спеціальних досліджень і аналізів, проведених, свідчили про те, що до 16% обстежених в СВ і майже чверть у ВМС щодня використовували наркотики і перетворилися на хронічних наркоманів. Виявлені численні випадки вживання наркотиків і алкоголю при виконання службових обов'язків. Зокрема, на авіаносці “Форрестол” це було відмічено у 60% матросів і старшин, що пройшли перевірку.

У 1981 році матеріали обстеження розглядалися спеціальною комісією палати представників американського конгресу, що вказала на небезпеку таких явищ для ЗС. У зв'язку з цим передбачалися розробка і реалізація програм боротьби з наркоманією, пияцтвом, алкоголізмом і вживанням тютюну, проведення систематичних перевірок особового складу дослідницькими організаціями по контрактах з Пентагоном, а також оздоровчих заходів. Крім того, почало ретельніше вестися спостереження за станом здоров'я військовослужбовців.

Заходи щодо боротьби з вживанням наркотиків і алкоголю в ЗС США викладені у відповідних директивах, направлених на повне викорінювання наркоманії, зведення до мінімуму використання алкоголю, недопущення розпивання спиртного на службі. Для цього проводиться профілактична робота, виявляються наркомани і особи, що зловживають спиртними напоями. Наркомани серед офіцерів і сержантів (старшин), як правило, представляються до звільнення. Рядовим робиться попередження про звільнення і надається медична допомога в спеціальних центрах видів ЗС. Ті, що вилікувалися повертаються у військову частину, страждаючі хронічною формою захворювання переводяться в госпіталі або лікарні, а потім звільняються з ЗС.

Профілактика в частинах і лікування в центрах організовуються за участю консультантів, що закінчили курси при національному інституті по боротьбі з наркоманією алкоголізмом (м. Балтімор, штат Меріленд). Окрім медичних фахівців у боротьбі з шкідливими звичками беруть участь психологи, соціологи і військові священики (капелани). Для виявлення наркоманів лікарі застосовують радіоімуннологічний метод аналізу сечі, що дозволяє виявити широкий спектр наркотичних речовин. У ВМС, наприклад, робиться близько 1,8 млн. таких аналізів в рік. Як одна з ознак зловживання наркотиками і алкоголем розглядається стійка гіпертонія. Особи з цією хворобою враховуються і систематично обстежуються. Крім того, розповсюдження наркотиків в частинах і на кораблях строго присікається. Так, у ВМС було створено 50 спеціальних команд з собаками-шукачами для виявлення наркотиків. Організуються перевірки, мета яких – виключити вживання наркотичних засобів і алкоголю при виконання службових обов'язків. Особи, що мають концентрацію алкоголю в крові 0,05% і вище, відстороняються від несення служби, караються в адміністративному порядку, включаючи представлення до звільнення, а при обтяжливих обставинах притягуються до судової відповідальності. Боротьба з пияцтвом передбачає також роз'яснювальну роботу, введена заборона вживання спиртного під час урочистих заходів.

З 1986 року в ЗС США розвернувся рух проти куріння. У директиві міністерства СВ “Принципи боротьби з курінням” вказано, що її метою є

викорінювання або помітне скорочення вживання тютюну військовослужбовцями. Одночасно заходи в цьому напрямі організовуються і по всій країні.

За даними військової медичної служби, на початку 90-х рр. XX ст. в країні палили до 33% чоловіків, 28% жінок, 53% військовослужбовців. До 12 млн. цивільних осіб і 10% солдатів і офіцерів вживає нюхальний і жувальний тютюн. Негативно впливає на здоров'ї також перебування в приміщеннях з тютюновим димом. Все це – причини багатьох важких захворювань. З курінням західні медики пов'язують до 30% випадків захворювання раком легенів, тканин порожнини рота, гортані, трахеї, сечового міхура. У тих, що палять частіше виявляється бронхіт, екзема легенів, серцеві хвороби, погіршення повітрообміну, зменшення витривалості організму до фізичних навантажень, зниження гостроти зору, утворення тромбів в кровоносних судинах, підвищення вірогідності інсульту, довге заживання ран. Жувальний і нюхальний тютюн може викликати рак тканин порожнини рота і глотки, карієс зубів і гіпертонію.

Тому на медичну службу покладено завдання переконати кожного курця в шкідливості даної звички для свого здоров'я і виконання службових обов'язків. В той же час пристрасть до тютюну розглядається як свого роду захворювання, оскільки розвивається потреба організму в нікотині і своєрідна манера поведінки. Для полегшення відмови від куріння рекомендується використовувати наступні прийоми: поступове скорочення кількості цигарок, що викурюються за день, неповне їх використання, зниження числа глибоких затягувань, перенесення часу першого і подальших курінь, відвернення на важливіші і цікавіші заняття, а також психологічна підтримка людей, що позбавляються від вказаної схильності.

Практикується показ впливу тютюну на фізичний стан людини. Порівнюються, зокрема, можливості виконання фізичних вправ тими, що палять і некурящих. Важливою мірою боротьби вважається дозвіл палити лише в спеціально відведених місцях. Оцінюючи ефективність названих заходів, американські експерти відзначають, що, не дивлячись на достатньо численні факти відновлення повторного куріння, число курців все-таки скоротилося.

З середини 80-х років XX ст. в ЗС США здійснюється програма забезпечення відповідності фізичного розвитку військовослужбовців вимогам, що пред'являються до них. Як наголошується, наприклад, в Статуті міністерства армії США AR 600-63 “Завдання поліпшення здоров'я особового складу” від 1987 року, вони націлені на те, щоб солдати і офіцери за станом здоров'я були готові виконувати бойові завдання. Відповідно до цього для військовослужбовців розроблені вагові стандарти. У Статуті міністерства армії США AR 600-9 “Програма контролю ваги особового складу”, зокрема, указується, що при надмірній вазі чоловік виглядає неохайним і неспідтягнутим, а це може негативно позначитися на його оцінці товаришами по службі, особливо підлеглими, сприйматися ними як ознака нерішучості і неспроможності до дій.

Враховуючи результати останніх досліджень, американське командування прийняло нову методику визначення ваги і фізичного стану військовослужбовців, за якою кількість жиру в тілі для чоловіків не повинно перевищувати 24%, а для жінок – 32%. Оптимальними ж показниками є 20 і 26% відповідно. Розрахунки

проводяться за допомогою спеціальної апаратури. В ході масової перевірки особового складу застосовуються емпіричні формули, що включають антропометричні показники і коефіцієнти, встановлені експериментальним шляхом. У ВМС використовується формула, що включає виміри зростання, окружності живота і шиї у чоловіків, а також зростання, окружності зап'ястя, стегна і шиї у жінок. У армії застосовується формула Д.Вармерслі, в яку входить сумарний розмір складок шкіри над двоголовим і триголовим м'язами (верхня частина руки і плече), в підлопатковій області і на животі. Отримані дані обробляються на ЕОМ, що видає показник змісту жиру відповідно до вживаної формули, оптимальна і максимальна вага тіла, при якому відсоток жиру відповідатиме встановленій нормі.

Відповідно до статуту AR 600-9 розроблена також методика зменшення ваги тіла. При його надлишку призначаються особливі дієти і фізичні вправи. Їх застосування показує, що в більшості випадків за шість місяців зміст жиру і вага тіла приводяться до встановленої норми. Що не справилися з цим завданням можуть бути звільнені із ЗС.

Фізичний стан визначається здатністю виконати спеціальний (для свого виду ЗС) комплекс фізичних вправ. Вважається ті, що освоїли його зможуть вирішити бойову задачу. Перевірки організовуються раз в 6 або 12 місяців.

Військовослужбовці, що відповідають вищенаведеним вимогам, нагороджуються значком. В іншому випадку вони обстежуються лікарями, які дають рекомендації щодо поліпшення здоров'я і розвитку фізичних можливостей.

Алкоголізм, наркоманія, відхилена поведінка – чинники злочинності американських військовослужбовців в Японії і Республіці Корея.

Говорити про збільшення злочинності в американських військах, розквартированих в Республіки Корея і Японії, окремо від всіх ЗС США не коректно, оскільки армійське середовище саме по собі акумулює певного роду проступки і правопорушення і впливає на поведінку людини. Як говориться в доповіді “Скорочення загрози деструктивної поведінки з боку військовослужбовців”, підготовленому по запиту Пентагону незалежним експертом Е.Флайером у вересні 2003 року, “в американській армії не приймається належних заходів ні для того, щоб призвати до порядку правопорушників в погонах, ні для того, щоб виявити новобранців з проблемною біографією”. У доповіді затверджується, що з 3,5 млн. чоловік, що поступили на військову службу з 1978 по 1989 рік, 300 тис. новобранців було визнано обмежено придатними у зв'язку з кримінальним минулим. При цьому на їх частку доводилася основна маса правопорушень, і саме вони частіше за інших звільнялися з армії за порушення дисципліни. У 1995 році кожен четвертий військовослужбовець рядового і сержантського складу за час служби зробив одне або більш кримінальних злочинів. У 1997 році в СВ задовольнили 68% прохань про прийом на службу на умовах обмеженої придатності від осіб, засуджених за тяжкі злочини, а в 1998-му третина прийнятих в армію новобранців раніше піддавалася арешту. Автор доповіді підкреслює: не дивлячись ні на що, багатьом з правопорушників дозволяли знову поступати на службу, їх підвищували в званні,

нагороджували медалями за зразкову поведінку та службу і навіть допускали до роботи з абсолютно секретною інформацією.

За даними центру оборонної інформації МО США, в 2001 році, до початку війни в Афганістані, більше 255 тис. американських солдатів і офіцерів проходили службу за межами Сполучених Штатів. При цьому на військових базах США, розміщених за кордоном, щорічно фіксувалося до 14 тис. спроб сексуального насильства, зокрема по відношенню до місцевих жителів. У ряді випадків це ставало причиною дипломатичних проблем. Наприклад, починаючи з 1972 року число справ про сексуальні злочини, здійснені американськими військовослужбовцями на о. Окінава, перевищило 300, що стало приводом для масових демонстрацій протесту, учасники яких вимагали закриття американських військових баз.

У Пентагоні серйозно стурбовані високим рівнем алкоголізму, наркоманії і злочинності в озброєних силах країни. На думку керівництва Пентагону, “заходи, що робляться для вирішення даних проблем, радикальних результатів поки не дають”. 86,6% американських військовослужбовців визнають, що регулярно вживають спиртні напої, а 11,9% зловживають ними, при цьому 27,6% загального числа правопорушень у ЗС США пов’язано з алкоголізмом. До кінця 2002 року у ВПС число військовослужбовців, що вживають сильні наркотики, склало 4,5%, у ВМС – 10,3%, в корпусі морської піхоти – 9,9%.

Здійснення різного роду проступків і правопорушень у вільний від служби час є наслідком відсутності належної уваги до військовослужбовців з боку командного складу. Крім того, слід сказати про зниження моральних якостей окремих представників командування. Про це дозволяє судити дослідження, проведене в академії ВПС США (м. Колорадо-Спрінгс, штат Колорадо), яке показало, що в другому півріччі 2004 року 57% курсантів порушували заборону на вживання спиртних напоїв в казармах. Як мовиться в доповіді про результати дослідження, в період з липня по грудень 2004 року було зареєстровано 74 випадки порушення заборони на вживання алкоголю, тобто на 27 більше, ніж за той же період 2003-го. І подібна ситуація є у всіх вищих військових навчальних закладах країни.

Несення служби поза межами своєї країни спочатку ставить військовослужбовця в певні рамки стресової ситуації. Тобто той заздалегідь знає, що все що знаходиться за межами розташування його частини – чуже і що, опинися він в цьому середовищі, звернутися за допомогою буде ні до кого.

Особливу роль тут грають і відмінності в національно-психологічних особливостях. Звикнути до усмішок в ті моменти, коли, з погляду будь-якого європейця або американця, вони абсолютно недоречні, психологічно досить складно для людей, що знаходяться в Республіці Корея. На цьому ґрунті американські військовослужбовці в Республіці Корея часто удаються до рукоприкладства, вважаючи, що з них знущаються. Хоча в Кореї усмішка або навіть легкий сміх є не тільки виразом радості, але й збентеження, визнання своєї провини, знаком вибачення. Це свого роду захисна реакція організму на несподіванку, що виникає підсвідомо.

Відчуття безкарності народжене тим, що згідно з домовленостями, що існують між США і Японією, а також між Сполученими Штатами і Республікою Корея, американські військовослужбовці не можуть каратися за місцевими законами, а вирок може бути ухвалений тільки трибуналом ЗС США, за винятком особливих серйозних справ, розгляд яких надається місцевим органам влади за взаємною угодою. Але найчастіше в таких випадках обмежуються дисциплінарними стягненнями або їх повністю виправдовують. Так, за період з 1999 по 2001 рік з 1 246 злочинів, здійснених американськими військовослужбовцями в Республіці Корея, місцевою владою було дозволено розбирати лише 69 подій (5,5%), хоча до серйозних, включаючи вбивства, слід віднести понад 30% правопорушень. Таким чином, 94,5% подібних злочинів в цій країні трактуються командуванням як правопорушення, “ що здійснюються в порядку виконання службового обов’язку. Як затверджують деякі південнокорейські ЗМІ, “якщо прогулятися по Сеулу, то дуже скоро представиться можливість переконатися, що багатьох американських військовослужбовців, набраних, очевидно, з колоній для неповнолітніх злочинців, з бази взагалі випускати не можна, оскільки вони є ходячим подразником для будь-яких порядних громадян, і, судячи по їх манерах, корейці в їх очах явно не дотягують навіть до мавп”.

Разом з тим, останніми роками наголошується зниження рівня злочинності серед військовослужбовців, розквартированих як в Японії, так і в Республіці Корея. За даними командування ЗС США, в Японії за перші п’ять місяців 2004 року було зареєстровано 25 правопорушень, здійснених американськими військовослужбовцями, що на 37,5% менше, ніж за той же період 2003-го. При цьому наголошується, що загальний рівень правопорушень з кожним роком знижується. Так, в 2001 році було зареєстровано 70 подібних випадків, що, на думку командування, є безперечним успіхом в порівнянні з 1972-м, коли їх налічувалося 219, або з 1977-м, коли було здійснено найбільше число правопорушень (342) з боку американських військовослужбовців, що проходять службу в Японії. За відомостями керівництва ЗС США в Республіці Корея, в 2004 році американські військовослужбовці скоїли 1 676 злочинів в цій країні, зокрема 540 з них пов’язані з насильством (вбивства, грабунки, зґвалтування) і 860 злочинів іншого роду, тобто на 9% менше, ніж в 2003-му (1 833 злочини).

Командування американських ЗС для зниження злочинності серед військовослужбовців робить все, щоб бази дислокації військового контингенту США були центрами життя американської общини, кожна з яких є свого роду державою в державі, оскільки окрім власне військових об’єктів на території бази є житлові комплекси, школи, магазини і ресторани, оформлені по американському зразку, з американськими цінами і асортиментом.

На думку самих представників командування ЗС США в Республіці Корея, зниженню рівня правопорушень значно сприяли заходи, що проводилися ним, щодо ознайомлення американських військовослужбовців з культурою і законодавством цієї країни. В ході цих заходів вони прослуховують курс лекцій про особливості корейської культури спілкування, їм демонструються відеофільми про шкоду алкоголю, наркотиків, безладних статевих зв’язків, а

також про дотримання правил безпеки на дорогах. У свою чергу, міністерство закордонних справ Японії реалізує програму по ознайомленню військовослужбовців ЗС Сполучених Штатів з особливостями японської культури. Програма, введена з 1995 року з метою зниження числа злочинів і правопорушень серед контингенту американських військ, включає і спеціальні чотириденні семінари з культури поведінки і традицій міжособистісного спілкування для офіцерського складу ЗС США. На фінансування подібних заходів з бюджету Японії щорічно виділяється 2,7 млн. ієн (близько 23 тис. доларів).

Крім того, фахівці 4-ої групи психологічних операцій ВС США (Форт-Брег, штат Північна Кароліна) підготували і випробували нову програму вивчення корейської мови для американських військовослужбовців, що убувають на службу в Республіку Корея. Що пройшли навчання за цією програмою здатні спілкуватися з корейцями, використовуючи мінімальний набір необхідних фраз на корейській мові, і мають загальне уявлення про культуру країни. Програма вже отримала високі оцінки зарубіжних фахівців, і незабаром аналогічні програми будуть створені для американських військовослужбовців, що проходять службу в Японії і інших країнах. Очікується також, що введення до складу 4-ої групи психологічних операцій 5-го (регіонального) батальйону, що став її шостим структурним підрозділом і що отримав офіційну назву “Батальйон психологічних операцій Тихоокеанського командування”, дозволить значно поглибити вивчення національно-психологічних особливостей населення країн Тихоокеанського регіону і використовувати напрацьовані матеріали для навчання американських військовослужбовців, які прямують на службу в Республіку Корея і Японію.

У Японії поліція префектур тісно взаємодіє з патрулями американської військової поліції, ведучими цілодобове спостереження за районами, які користуються особливою популярністю серед любителів “злочинних місць”. При цьому в нічний час кількість сумісних патрулів збільшується вдвоє. Військовослужбовці, що є в їх складі, носять цивільну форму одягу, щоб відрізнитися від тих, хто знаходиться в звільненні. Таким чином, по-перше, у американських військовослужбовців відпадає саме бажання здійснювати які-небудь правопорушення на очах у поліцейських, а по-друге, це сприяє швидкій нейтралізації тих осіб у військовій формі, які все-таки йдуть на злочин.

Влада префектур створює спеціальні комісії з аналізу кількості правопорушень, що здійснюються американськими військовослужбовцями. На підставі звітів цих комісій командування ЗС США приймає необхідні заходи по обмеженню виходу останніх за межі американських баз, включаючи введення комендантської години для деяких категорій військовослужбовців (найчастіше в званні від сержанта і нижче).

Крім того, в травні 2004 року командування ЗС США в Республіці Корея і Японії посилило покарання за водіння автомобіля в стані алкогольного сп’яніння. У японському і південнокорейському друці, а також в газетах МО США, що видаються для американських військовослужбовців в Японії і Республіці Корея, розгорнута кампанія по боротьбі з правопорушеннями, пов’язаними з водінням автомобіля в нетверезому стані. З 1 червня 2004 року на території Японії діяла програма “101 критичний день літа”, призначена для американських

військовослужбовців і членів їх сімей, в рамках якої проводилися семінари і демонструвалися фільми про безпеку дорожнього руху, а також про шкоду алкоголю і наркотиків. В цілях боротьби з безладними статевими зв'язками МО США прийняло нову поправку до статуту, в якій мовиться, що “розквартировані за кордоном військові можуть потрапити під трибунал за користування послугами повій”. Крім того, готується до видання спеціальна пам'ятка для військовослужбовців, де роз'яснюватиметься само поняття проституції, офіційна політика МО по відношенню до даного питання, а також доводиться до зведення міра покарання за порушення даного параграфу статуту.

Зниження рівня злочинності американських військовослужбовців в Республіці Корея і Японії є результатом цілеспрямованих і послідовних спільних зусиль командування ЗС США в регіоні і місцевої влади, які виділяють значні кошти і прикладають максимум зусиль для того, щоб виробити ефективні заходи для запобігання правопорушенням і ліквідації їх наслідків. При цьому командування ЗС США вимушене приділяти особливу увагу даному напрямку своїй діяльності, враховуючи все зростаючу значущість злочинів американських військовослужбовців як одного з головних подразників громадської думки в Японії і Республіки Корея, на тлі високого рівня антиамериканських настроїв і реалізації планів щодо передислокації військового контингенту США в цих країнах.

58% британських солдатів страждають залежністю від алкоголю і вживають його в кількостях, небезпечних для здоров'я. Про це, як повідомляє газета “The Daily Telegraph”, з доповіді МО Великобританії.

Самі солдати вважають, що в їх пристрасті до алкоголю винна армійська культура, що заохочує надмірне вживання спиртного. Третину опитаних визнали, що із-за зловживання алкоголем вони минулого року поранилися самі або поранили когось з тих, що оточують. Згідно даним дослідження, вживання алкоголю також підвищує вірогідність вживання військовослужбовцями наркотиків.

Як наголошує газета, серед звичайних британців залежними від алкоголю є лише 6%. У армії ж, якщо вірити дослідженню, цей показник майже вдесятеро вище. В ході дослідження, проведеного в листопаді 2007 року, було опитано більше 100 військовослужбовців в трьох регіонах.

“Times” публікує, що **40% військових бундесверу** страждають від надмірної ваги, у кожного десятого взагалі клінічне ожиріння, третину солдатів ніколи не роблять зарядки, зате 70% – завзяті курці.

Фізичний стан німецьких військовослужбовців далеко від ідеалу. До такого виводу, як передає DW-WORLD, прийшов уповноважений бундестагу у справах військовослужбовців Р.Роббе. Він зробив свою щорічну доповідь про ситуацію в ЗС Німеччини.

У суспільній свідомості солдат бундесверу представляється струнким, спортивним і здоровим. Насправді це не так. Реальна ситуація виглядає, на жаль, трохи інакше. Як приклад він привів результати недавнього дослідження: “Понад сорок відсотків військовослужбовців мають зайву вагу, серед цивільного населення тієї ж вікової групи таких тільки 35%. Частка страждаючих ожирінням

солдатів складає 8,5%. Більше двадцяти відсотків молодих солдатів взагалі ніколи не займаються спортом. 52% військовослужбовців палять”.

Тільки п'ята частина особового складу німецької армії не відноситься до групи ризику по захворюваннях серцевосудинної системи. Пряме слідство – підвищене навантаження на медсанчастини.

“Times” пише, що американським солдатам з надмірною вагою відмовляють в просуванні по службі, не посилають їх на курси підвищення кваліфікації і навіть можуть не продовжити контракт.

Британські військовослужбовці, чоловіки і жінки, зобов'язані проходити бойову й індивідуальну перевірку.

Перша включає марш-кидок на 9 кілометрів з 15-кілограмовим рюкзаком, а в ході другої солдатам потрібно за дві хвилини зробити від 30 до 40 присідань або віджимань, залежно від статі і віку.

1.5. Психологія вчинку та процес формування мотиву. Психологічна діагностика системи домінуючих мотивів. Психологічні особливості кандидатів на військову службу

Психологія вчинку є актуальною і, в той же час, мало дослідженою проблемою психології. Ряд психологів розуміє під вчинком дію, яка виражає відношення людини до інших людей, поставленого завдання, існуючих соціальних норм, цінностям і тому, як правило, що піддається суспільній оцінці. Так, С.Л.Рубінштейн називає вчинком дію, в якій виражена позиція, свідоме відношення людини до інших людей, до норм суспільної моралі. В.Г.Асєєв вказує, що вчинок – це завжди дія, що оцінюється в широкому соціальному контексті, дія, що має певний соціальний сенс. А.В.Петровський відзначає: “Вчинок – це дія, яка отримує або повинно, або може отримати серйозну суспільну оцінку”. О.М.Леонтьєв пише, що вчинок – це дія “доля якого визначається не з наявної ситуації”. Приклад: питання про те, чи потрібно буде складати іспит. Я відповідаю: так, тому що я так припускаю. Це – не вчинок. Я відповідаю: так, тому що це доцільно з погляду організаційно-педагогічної тактики. Це вчинок, тому що існує і ще одне відношення, в яку дану дію він входить.

Інша позиція припускає розуміння вчинку як етичної дії. При такому підході поняття “вчинок” вводиться для позначення дій, направлених на свідому реалізацію етичних імперативів, досягнення ідеалів, дотримання соціальних норм, творче втілення моральних цінностей. Таке розуміння вчинку представлене в роботах С.Г.Якобсон.

Ще одна точка зору на вчинок запропонована П.О.Мясоєдом. Пропонуючи свою класифікацію форм активності, він відзначає: “поведінка, швидше, властива організму з його вираженим прагненням до пристосування, діяльність співвимірна з індивідом як об'єктом і суб'єктом суспільних відносин, а вчинок – з особою, що затверджує свою самобутність виходом за наявні обмеження. З його погляду, вчинок є “боротьбою людини зі світом”, “самодетермінованою активністю, проявом прагнення індивіда до свободи всупереч обставинам життя”.

Таким чином, П.О.Мясоєд розглядає вчинок як особливого роду активність, властиву особистості. Б.С.Братусь також відзначає, що особа проявляє себе у вчинках. В.В.Петухов і В.В.Столін указують, що особа починається з вчинку. Л.І.Божовіч пише: “Одиницею дослідження особи як цілісної ієрархічної системи повинен стати вчинок. Поняття вчинку відмінне як від поняття дії (що не обов’язково включає в собі внутрішню мотивацію), так і від дуже широкого поняття діяльності. Здійснення вчинку, з погляду Л.І.Божовіч, завжди супроводжується боротьбою мотивів і ухваленням рішення особою на користь одного з них.

Нарешті, ще один погляд на поняття “вчинок” міститься в роботі А.П.Вардомацького. Ґрунтуючись на концепції рівневої будови настанов О.Г.Асмолова, висуває гіпотезу про ієрархічну будову вчинку. При такому підході вчинок можна розглядати як діяльність, в якій людина виражає етичне відношення до світу і яка розгортається одночасно в трьох “площинах”, – смисловий, цільовий і операційний – і опосередкований, відповідно, смисловими, цільовими і операційними настановами.

Таким чином, сучасні психологи вводять поняття “вчинок” для позначення:

- свідомих дій, в яких людина виражає своє відношення до інших людей і до світу в цілому і що володіють соціальною значущістю;
- етичних дій, тобто дій, направлених на творче втілення існуючих цінностей в індивідуальній діяльності, досягнення етичних ідеалів, дотримання етичних імперативів тощо;
- діяльності, в якій людина виражає своє етичне відношення до світу;
- особливий особовій активності людини, що не зводиться до реалізації окремих дій або діяльності.

Ми розглядаємо вчинок як дію, що має соціальну значущість і що виражає свідоме відношення людини до світу. Ми розуміємо під **вчинком** дію, *мотивом якої є його усвідомлюваний соціальний сенс*. Соціальним сенсом ми називаємо об’єктивну значущість дії індивіда для вирішення життєвих завдань іншої людини, соціальної групи або суспільства в цілому. Життєве завдання – це завдання, яке повинне бути вирішена системою, для того, щоб вона могла підтримувати своє існування або розвиватися. Під усвідомленням соціального сенсу ми розуміємо його віддзеркалення суб’єктом в головних системоутворюючих характеристиках “картини світу”. Як видно з визначення, дія стає вчинком тоді, коли, по-перше, цінності інших людей і суспільства в цілому набувають для людини особистісної значущості, і, по-друге, людина стає здатною прогнозувати соціальний сенс власних дій.

Мотив і мотивація.

Мотив – це внутрішня рушійна сила, що спонукає людину до діяльності. Мотиви діяльності та поведінки людини генетично пов’язані з її органічними і культурними потребами. Потреби породжують інтереси, тобто спрямованість особистості на певні об’єкти з метою пізнання їх та оволодіння ними.

Мотиви – реальне спонукання, яке змушує людину діяти у певній життєвій ситуації за певних умов.

Спонуками до діяльності можуть бути матеріальні потреби (в їжі, одязі, житлі), духовні та культурні (пізнавальні, суспільно-політичні, естетичні (піраміда А.Маслоу – мотиваційна сфера особистості)). Мотивація діяльності може бути близька (здійснити бажане найближчим часом) та віддалена (здійснення бажаного планується на тривалий час).

Розрізняють мотиви за рівнем усвідомлення (*усвідомлювані*: відповідальність, дисциплінованість та *неусвідомлювані* спонуки: звички, упереджене ставлення до когось (чогось), а також *стійкі* та *ситуативні*).

Мотив входить в структуру діяльності (+ мета, дії).

Діяльність – це свідомо активність, що виявляється в системі дій, спрямованих на досягнення поставленої мети.

Мета – ідеальний образ результату діяльності.

Мотив – причина здійснення діяльності, образи предметів, які спонукають людину до неї.

Дія – основний елемент в структурі діяльності; являє собою свідому активність людини, спрямовану на реалізацію (розв'язання) певної задачі на шляху до досягнення мети діяльності.

З мотивом тісно пов'язано поняття мотивації. Існує два підходи до його розуміння.

1. *Процесуальний* – мотивація – процес формування мотиву.

2. *Структурний* – мотивація як сукупність мотивів в певній ієрархії, які спонукають людину до певної діяльності.

Систему стійких мотивів, які спонукають людину до діяльності із задоволення потреб, називають *спрямованістю особистості*: на справу, на взаємодію (спілкування), на себе.

Форми прояву спрямованості: потяги, бажання, інтереси, схильності, ідеали, переконання, світогляд.

Розглянемо деякі з цих понять.

Інтереси – це стійке вибіркове емоційно забарвлене прагнення особистості до життєво значущих об'єктів. Інтереси виникають на ґрунті потреб, але не зводяться до них. Потреба виражає необхідність, а інтерес завжди пов'язаний з особистою зацікавленістю об'єктом, із прагненням більше його пізнати, оволодіти ним. Інтерес може виявлятися в симпатії та прихильності до людини, у захопленні певною діяльністю тощо.

Переконання – це система мотивів особистості, що спонукають її діяти відповідно до власних поглядів і принципів. Підґрунтя переконань становлять знання, які для людини є істинними, незаперечними, в яких вона не має сумніву. Особливість переконань полягає в тому, що в них знання постають в єдності з почуттями, захоплюючи всю особистість.

Переконання можуть бути моральними, інтелектуальними, естетичними.

Ідеал – образ реальної людини або створеного особистістю взірця, яким вона керується в житті протягом певного часу і який визначає програму її самовдосконалення на майбутнє. Ідеали людей формуються під впливом суспільних умов життя, у процесі навчання та виховання.

Настанова – неусвідомлюваний особистістю стан готовності до діяльності, за допомогою якої людина може задовольнити ту чи іншу потребу. Настапова може виявлятися у стандартизованих судженнях, некритично засвоєних людиною під час спілкування з іншими людьми, в упередженості, виокремленні того, що має для неї важливе життєве значення. Особистість може бачити в об’єктах те, що вона хоче бачити, а не те, що є насправді. Є негативні та позитивні настанови. Особливою формою настанови є внутрішньогрупова навіюваність як неусвідомлена думка групи.

Структура формування мотиву.

Все, що спонукає (потреби, інтереси, прагнення, ідеали, емоції, почуття...) людину до вольових дій і певної діяльності, проходить через її свідомість має бути усвідомлено і набути певної спрямованості, що пов’язано з постановкою мети і вибором засобів її досягнення.

Структуру формування мотиву можна уявити так (рис. 2):

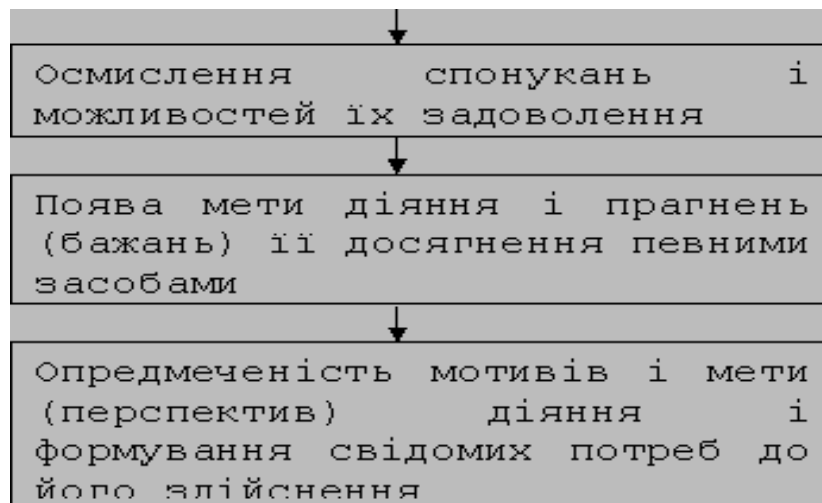


Рис. 2. Структура формування мотиву

У запропонованій схемі змістовна сторона мотивації відсутня, оскільки ні самі усвідомлені спонукання у вигляді прагнень, ні уявно поставлена мета самі по собі їй не визначають. Вони повинні визначатися в засобах їх задоволення, обранні таких засобів і прийнятті відповідного рішення діяти. Лише в самому діянні саме такої суті підлягає оцінці його мотивація.

Для формування здорового способу життя у військовослужбовців нам будуть цікаві такі **теорії мотивації**.

Біхевіористські теорії мотивації пояснюють поведінку людини через схему “стимул – реакція”, вважають подразник активним джерелом реакції організму. Динамічною умовою поведінки людини є, на їх погляд, реактивність – здатність організму відповідати на подразники. Біхевіористи заперечували свідомість як предмет наукового дослідження, а всі психічні явища зводили до реакцій організму. Представники біхевіоризму доводили, що організм не завжди реагує на зовнішній стимул, а відмінності реакцій зумовлені мотивацією особистості. Засади біхевіоризму втілені в ідеях Б.-Ф.Скіннера про регулювання (управління)

поведінки людини засобами підсилення, згідно з якою психологія повинна обмежитися описом зовнішніх закономірних зв'язків між стимулами, реакціями і підсиленнями цих реакцій. Адекватна взаємодія організму із середовищем повинна містити три чинники:

- 1) подія, з приводу якої відбувається реакція;
- 2) сама реакція;
- 3) підсилювальні наслідки.

Ця теорія відкрила простір для практичних методів розв'язання проблем, пов'язаних із прогулами, запізненнями, заохоченнями співробітників. Якщо конкретні дії заохочують, людина намагатиметься повторно здійснювати їх; відчувши неприємність від певної дії, уникатиме її. Методи регулювання поведінки спрямовані на її конкретні вияви у бутті індивіда, а не на відносини і відчуття. Спершу його увага зосереджується на небажаності конкретних типів поведінки; зовнішніх подіях, що постійно її супроводжують або викликають, а також на діях, які гарантуватимуть вигідні для нього результати. Далі обґрунтовують суть такої поведінки, надаючи індивіду відповідну роль, покладаючи на нього відповідальність. Важлива при цьому зміна сигналів, метою якої є зростання вірогідності, стимулювання бажаної поведінки і зведення до нуля небажаної. Це теж піддається зовнішнім стимулам, оскільки поведінка впливає на результати індивіда: бажана підвищує його статус, небажана – унеможлиблює. Тому важливо, на думку прихильників цього методу, дотримуватися принципів регулювання поведінки:

- винагороджувати слід лише за наявності бажаної поведінки;
- винагороджувати потрібно якомога частіше, відразу після виконання бажаних дій, щоб зв'язок між винагородою і поведінкою був очевидним;
- підсилення ефективніше, ніж покарання, яке лише частково стримує негативну поведінку;
- підсилення, що повторюється, може забезпечити постійну зміну поведінки в бажаному напрямі;
- щоб бажана поведінка була постійною, винагорода керівництвом також має бути постійною.

Отже, політика керівника, згідно з цим методом, може підкріплювати небажану поведінку, не підсилювати або підсилювати бажану поведінку.

У другій половині XX ст. оформилися когнітивні теорії мотивації, засновані на визнанні провідної ролі свідомості і знань у детермінації поведінки людини. Вони аналізували такі мотиваційні чинники, як соціальні потреби, життєві цілі, когнітивний дисонанс, цінності, очікування успіху тощо.

Сформульована американським психологом Л.Фестінгером теорія когнітивного дисонансу була наслідком спостережень, що дії людини можуть спонукати як емоції, так і знання, а система знань людини про світ і про себе прагне до узгодженості. Коли виникає дисбаланс між ними, людина намагається нейтралізувати чи зменшити його, і це може стати сильним мотивом її поведінки.

Когнітивний (лат. *cognitio* – знання, пізнання) дисонанс (лат. *disono* – різноголосий) – негативний спонукальний стан, що засвідчує наділеність суб'єкта одночасно двома психологічно суперечливими “знаннями” про один об'єкт.

Суб'єктивно він відчутний як дискомфорт, якого потрібно позбутися. Послабити дисонанс можна за допомогою одного з трьох способів:

- 1) змінити один з елементів системи знань, щоб він не суперечив іншому;
- 2) додати нові елементи у суперечливу структуру знань, зробивши її менш суперечливою і більш узгодженою;
- 3) зменшити значущість для індивіда не узгоджених між собою знань.

Найсильніше мотиваційно впливає на людину когнітивний дисонанс при прийнятті життєво важливих рішень, подоланні конфліктів, що при цьому виникають; при змушеному здійсненні неприємних вчинків; при виборі інформації; при погодженні думки з позицією значущої для неї групи; при отриманні раптових результатів. Після прийняття рішення дисонанс послаблюється внаслідок надання більшої ваги прийнятому, а не відхиленому рішення. За таких обставин діє психологічний механізм виправдання людиною зробленого вибору. Мимоволі шукаючи додаткові аргументи на користь прийнятого рішення, вона штучно підвищує для себе його значущість. Однак трапляється, що після здійснення вибору людина підвищує цінність не обраного, а відкинутого варіанта рішення. В такій ситуації дисонанс посилюється.

За спостереженням Л.Фестінгера, стан когнітивного дисонансу виникає лише тоді, коли суб'єкт сприймає себе як найвірогіднішу причину неузгодженості.

Сучасні теорії мотивації надають неабиякого значення такому чиннику, як інструментальна дія. Стрижневим щодо цього є твердження, що інструментальність будь-якої дії стосовно цілей організації залежить від того, наскільки вона (дія) забезпечує досягнення цієї цілі. На цьому твердженні ґрунтується теорія очікування, автором якої є В.Врум. В основі її – такі передбачення поведінки індивідів в організації:

Аналіз теоретичних пошуків і практичних спроб засвідчує, що універсальної теорії мотивації поки що не існує. Більшість із них спирається на певні загальні чинники, які зумовлюють поведінку людини загалом, у сфері формування ЗСЖ зокрема.

У мотивації діяльності важливим є усвідомлення індивідом того, що його поведінку завжди зумовлює певна кількість мотивів, кожен з яких мотивований по-своєму.

Загалом усі теорії мотивації сходяться на тому, що поведінка індивіда переслідує певну мету і спрямована на її досягнення. А його вибір базується на власному досвіді, усвідомленні можливостей, сприйманні поточної ситуації тощо. Мотивацію вони розглядають як процес безперервного вибору і прийняття рішень, як циклічний процес постійного взаємного впливу суб'єкта дії й ситуації, результатом чого є реальна поведінка.

Оскільки будь-яка форма поведінки людини може бути пояснена як внутрішніми, так і зовнішніми причинами, мотиваційні теорії виокремлюють внутрішні й зовнішні аспекти мотивації. Внутрішньо організована (інтровертна) мотивація пов'язана з потребами, інтересами, бажаннями, ідеалами, ціннісними орієнтаціями керівника (офіцера, сержанта).

Механізм мотивації, основою якого є потреби, утворюють:

– формування потреби особистості й спонукування до пошукової діяльності (потреба має бути усвідомлена, мають з'явитися переживання, бажання, які породжують стан напруження і намагання відновити порушену рівновагу, тобто виникає спонукування до пошуку шляхів і засобів задоволення потреби). На цій стадії у людини з'являється абстрактна ціль і намагання до пошуку конкретної цілі;

– пошукова зовнішня й внутрішня активність (зовнішня пошукова активність здійснюється в незнайомій для індивіда ситуації: він шукає у зовнішньому середовищі реальний об'єкт, який міг би задовольнити потребу. Внутрішня пошукова активність пов'язана з уявним оцінюванням конкретних предметів задоволення потреби і умов їх отримання. При цьому враховують інтереси, рівень домагань, ідеали, переконання, можливості людини тощо. Оцінювання ситуації та своїх можливостей є основою для прогнозування способів досягнення цілі та його наслідків. Усі аспекти зовнішньої та внутрішньої активності становлять мотиваційне поле;

– вибір конкретної цілі і формування намірів щодо досягнення (вибір предмета задоволення потреби, передбачення результату, вибір шляху досягнення цілі, виникнення спонук до її досягнення, які активізують діяльність індивіда).

Більшість теорій мотивації зосереджена на такому чиннику, як *психологічний контракт* (лат. *contractus* – угода) – комплекс усвідомлених зобов'язань, які мають індивіди один перед одним та організацією.

Зміст психологічного контракту зумовлює взаємні очікування: керівник уявляє собі поведінку підлеглих, їх реакцію на розпорядження; підлеглі очікують від керівників справедливості, довіри і можливості виявити себе.

Діяльність, спрямована на досягнення успіху, пов'язана з мотивом досягнення успіху й мотивом уникнення невдачі (теорія мотивації досягнення успіхів у різних видах діяльності). Засновниками цієї теорії вважають американських учених Д.Макклелланда, Д. Аткинсона і німецького вченого Х.Хекхаузена. Вона зосереджує увагу на тому, що поведінка людей, мотивованих на досягнення успіху і на уникнення невдачі, відрізняється. Керівник має знати, що мотивовані на успіх особи ставлять перед собою позитивну ціль, досягнення якої розцінюють як успіх. Будучи впевненими у своїх можливостях, вони налаштовані на очікування успіху, мобілізацію всіх ресурсів, активну діяльність задля досягнення мети. Інакше поведуть себе особи, мотивовані на уникнення невдачі: всі їхні думки і дії налаштовані на уникнення невдачі, вони невпевнені, не вірять у можливість досягти успіху, не відчують задоволення від діяльності, бояться відповідальності, помилок і покарання. Людина, яка прагне успіху, зазнавши невдачі, активізує свою діяльність і досягає нерідко вищих результатів, ніж очікувала, а орієнтована на невдачу – за таких обставин часто опускає руки. Тому управління офіцера (сержанта) має бути гнучким у виборі засобів, зорієнтованих на забезпечення успіху особового складу.

Мотивація здорового способу життя

Залучення людини до здорового способу життя слід починати з формування у нього *мотивації здоров'я*. Турбота про здоров'я, його зміцненні – повинні стати ціннісними мотивами, що формують, регулюючими і контролюючими його спосіб

життя. На думку академіка В.П.Казначеева: “Спосіб життя кожної людини визначає його уявлення про сенс життя, його справи, вчинки, відношення до навколишнього світу, до себе, до свого здоров’я”.

Доведено, що ніякі побажання, накази, покарання не можуть змусити людини вести ЗСЖ, охороняти і укріплювати власне здоров’я, якщо всім цим не управляє усвідомлена мотивація здоров’я.

Формування мотивації здоров’я повинне базуватися на двох важливих принципах: *віковому і діяльнісному*. Перший принцип свідчить: *виховання мотивації здоров’я необхідно починати з раннього дитинства*.

Другий принцип затверджує: *мотив здоров’я слід створювати через оздоровчу діяльність по відношенню до себе*, тобто формувати нові якості шляхом вправ. На цьому принципі була заснована вся соціальна еволюція людини. Людство вчилося людському, діючи. Людство життєдіяло, вчившись життєдіяльності виключно на своєму досвіді.

Звідси досвід оздоровчої діяльності і вправи в ній створюють відповідну мотивацію і настанову (готовність до діяльності) на здоров’я, подібно до того, як “апетит приходить під час їжі”. На основі цієї усвідомленої мотивації і формується власний стиль здорової поведінки. *Стиль здорового життя* визначається різними мотивами. Серед них І.І.Соковня-Семенова виділяє головні:

Мотивація самозбереження. Формулювання цього мотиву зводиться до того, що людина не здійснює тієї або іншої дії, оскільки вона знає, що воно загрожує його здоров’ю і життю. Наприклад, людина не стрибатиме з моста в річку, якщо він не уміє плавати, бо свідомо знає, що потоне.

Мотивація підпорядкування етнокультурним вимогам. Формулювання мотиву: людина підкоряється етнокультурним вимогам тому, що хоче бути рівноправним членом суспільства і жити з його членами в гармонії. Протягом тривалої соціальної еволюції суспільство відбирало корисні звички, виробляло систему захисту від несприятливих чинників. Все це передавалося від покоління до покоління у вигляді вимог або традицій певного етносу. Непоко́ра цим вимогам розглядалася як виклик суспільству, і воно карало за це.

Наприклад, виходячи з гігієнічних, естетичних і етичних вимог, людини з раннього дитинства привчають відправляти свої фізіологічні потреби в певних закритих місцях, спеціально обладнаних для цього. Порушення цих норм чревате негативними наслідками.

Мотивація отримання задоволення від здоров’я. Це проста мотивація гедонії (насолоти) формулюється так: “Відчуття здоров’я приносить мені радість, тому я роблю все, щоб випробувати це відчуття”. Наприклад, діти і підлітки люблять бігати, стрибати, танцювати, оскільки ці заняття покращують в їх організмі кровообіг, підвищують обмін речовин, викликають позитивні емоції, підвищують настрій. Все це сприяє формуванню мотивації, що спонукає до максимізації рухової активності такого характеру, а пізніше до формування інтересу до систематичних занять танцями або фізичною культурою.

У міру дорослішання ці заняття перейдуть в звичку, яка неодмінно приносить задоволення, оскільки результатом буде не тільки гарний настрій, але і фізична досконалість. Важливо не перестаратися в цьому.

Мотивація можливості самоудосконалення. Формулювання: “Якщо я буду здоровий, я можу піднятися на вищий ступінь суспільних сходів”. Ця мотивація вельми істотна для випускників ВНЗ, коли необхідно бути конкурентоздатним, щоб добитися високого рівня суспільного визнання. У здорового випускника більше шансів на успіх!

Мотивація можливості маневрувати. Формулювання: “Якщо я буду здоровий, то зможу на свій розсуд змінювати свою роль в співтоваристві і своє місцеположення”. Здорова людина може міняти професії, переміщатися з однієї кліматичної зони в іншу, він відчуває себе вільним, незалежно від зовнішніх умов.

Мотивація можливості сексуальної реалізації. Формулювання: “Здоров’я дає мені можливість для сексуальної гармонії”. Сексуальна потенція чоловіка і жінки знаходиться в прямій залежності від здоров’я. А як важливо бути сексуально привабливим! А якщо ти молодий, це архіважливо.

Мотивація досягнення максимально можливої комфортності. Формулювання: “Я здоровий, мене не турбує фізична і психологічна незручність”.

Яка ж роль мотивацій у формуванні здорового способу життя? І.І.Соковня-Семенова відзначає, що випадки, коли сім мотивацій є однаково значущими, зустрічається у край рідко. Більш того, людина, для якої одночасно значущі всі перераховані мотиви зміцнення і збереження здоров’я, дає привід задуматися: а не чи дуже він зайнятий проблемами ЗСЖ і чи не набула ця заклопотаність хворобливого характеру.

Показано, що протягом життя людина проходить через різні мотивації. У юнацькому віці провідне значення мають мотиви можливості сексуальної реалізації, самоудосконалення й маневрування. Якщо хлопець або дівчина палить, то мотив – загроза здоров’я в майбутньому – для них не годиться. Бо майбутнє для них – це завтра, найближча неділя, кінець семестру, а задоволення – зараз і тут. Не підходить для них і посилення на етнокультурні вимоги. Цей мотив для них незначущий. Більш того, порушуючи його, молоді люди випробовують задоволення, вважаючи, що вони самостверджуються таким чином. А ось мотивація сексуальної реалізації вже сформувалася. І вона може зіграти позитивну роль в профілактиці зловживання алкоголем, наркотиками і курінням, якщо уміло довести його згубний вплив на сексуальну потенцію у хлопців і дітородну функцію у дівчат.

Спостереження показують, що для молодих людей іноді втрачає значущість мотивація самозбереження. Здоров’я і сила заважають їм бути обережними в небезпечних ситуаціях. Вони вважають: “Це може трапитися з ким завгодно, тільки не зі мною!” Саме слабе відчуття відповідальності за свою поведінку служить основною причиною венеричних захворювань після випадкових інтимних контактів, причиною втягування в наркоманію, пияцтво, що веде до алкоголізму. Молодим людям у віці 18-25 років здається, що ресурс їх особистого здоров’я не обмежений. На жаль, це помилка. Постарайтеся уберегти себе від неї – закликають учені.

Чи є мотиви ЗСЖ у молоді (студентів, військовослужбовців-призовників тощо)? Дослідження показали, що серед цієї категорії, як і серед старшокласників, розуміння ЗСЖ в основному зводиться до добре відомих положень: “Більше

рухатися!”, “Берегти нерви”, “Загартовуватися!”, “Не пити!”, “Не палити!”, “Не приймати наркотики!” тощо.

Проте це розуміння не стало для багатьох керівництвом в поведінці. Це пов’язано з тим, що, по-перше, рекомендації по ЗСЖ насаджуються в повчальній, категоричній формі і не викликають у них позитивних емоцій; по-друге, самі дорослі рідко дотримуються вказаних правил в повсякденному житті; по-третє, засоби масової інформації в “привабливій” формі рекламують (культивують) хворий спосіб життя. Куріння і непомірне вживання пива розцінюються як “престижні” атрибути молодіжної (і не тільки молодіжної) субкультури.

У зв’язку з цим, формування мотивації здорового способу життя у молоді вимагає зусиль. Оскільки ефект цих зусиль проєктується на майбутнє, і не кожна молода людина в змозі вирішити цю задачу самостійно, необхідна націленість системи вузівського (військового) виховання і освіти на формування у молоді людини *культури здоров’я*. З чого почати? З формування настанови на ЗСЖ.

Настанова на здоровий спосіб життя

Найенергійніші зусилля лікарів і медичних працівників не можуть гарантувати нам здоров’я. Ніхто не може за нас зробити зарядку, вчасно розслабитися, відмовитися від зайвої чарки вина і цигарки. Наше здоров’я і благополуччя – справа наших рук. Щоб бути здоровим, треба захотіти стати їм. Для цього слід вести ЗСЖ.

Як змусити себе вести ЗСЖ? Для цього необхідно створити настанову на ЗСЖ.

Настанова – це готовність людини до певної дії або до певного сприйняття навколишньої дійсності.

Настанова – це вища психологічна інстанція, ніж мотивація. Вона формується на основі мотивації під безпосередньою корекцією системи цінностей, тому одні і ті ж мотиви у різних людей можуть дати початок різним настановам, залежним від системи цінностей індивідуума.

Спонукаати людей вести ЗСЖ – важке, якщо не непосильне завдання. Можна пояснити людині необхідність якихось дій, але дуже важко змусити його діяти. З цим постійно стикаються в своїй професійній діяльності і лікарі, і наркологи, і педагоги. Знати, що таке ЗСЖ, – це одне, а вести його – зовсім інше.

Згідно з законами психології, ми схильні повторювати ті види поведінки, які приносять задоволення, і уникаємо вчинків, які спричиняють за собою неприємності. На жаль, наслідки здорової або хворої поведінки часто здаються не пов’язаними з ним. Більш того, шкідливі для здоров’я дії можуть давати на короткий час досить приємні відчуття. Вибір на користь ЗСЖ вимагає високого рівня розуміння і зацікавленості. *Як можна створити цю зацікавленість і готовність (настанову) вести ЗСЖ?*

У загальному плані для настанови будь-якої форми поведінки необхідно два моменти: мета повинна сприйматися як варта зусиль і досяжна. Можна виділити, принаймні, чотири **чинники, істотних для настанови ЗСЖ**:

1) **знання** того, які форми поведінки сприяють нашому благополуччю і чому;

2) **бажання** бути господарем свого життя – віра в те, що здорова поведінка насправді дасть позитивні результати;

3) **позитивне відношення** до життя – погляд на життя як на свято, яким потрібно насолоджуватися;

4) **розвинене відчуття самоповаги**, усвідомлення того, що ти гідний насолоджуватися всім найкращим, що може запропонувати тобі життя.

Створення настанови (готовності) вести ЗСЖ недостатньо. Необхідно реалізувати цю настанову. Це – одна з найважливіших цілей життя молодої людини, бо вона визначає здорову поведінку на багато років. Проте спонукати себе вести ЗСЖ може виявитися складним завданням, тому що шкідливі звички глибоко укоріняються і від них буває важко відмовитися.

Щоб справитися з цими труднощами, даються наступні рекомендації.

Ставте перед собою конкретні, реальні цілі.

Перш за все визначите, чого саме відносно вашого здоров'я ви хотіли б добитися. Поставте перед собою реальну мету, її досягнення і додасть вам упевненість, необхідну надалі. Не прагнете відразу вирішити яку-небудь серйозну задачу. Якщо, наприклад, вам потрібно скинути вагу, постарайтеся спочатку схуднути на 1 кг, чого добитися не дуже важко. Коли у вас це вийде, поставте наступну мету – скинути ще 3 кг, і так далі. У всіх людських починах успіх породжує успіх.

Будьте готові до того, що досягнення мети вимагає часу.

Ви повинні розуміти, що досягнення мети, що стоїть, завжди зв'язане з певними труднощами. Якщо на цьому шляху ви робите два кроки вперед і один назад, ви все ж таки рухаєтеся в потрібному напрямі, але якщо цей вимушений крок назад ви драматизуватимете, ви навряд чи досягнете мети. Лише дуже небагато чим вдається в житті вирішити якусь важливу задачу, не відступаючи назад. Будьте оптимістами, пам'ятайте, що досконалість – в принципі недосяжна мета.

Винагороджуйте себе.

Один з найважливіших законів психології свідчить, що закріплюється лише той вид поведінки, за якою слідує підкріплення. Звичайно, міцне здоров'я – краща нагорода для людини за відмову від шкідливих звичок, але, як ми вже згадували, ця нагорода, як правило, дуже далеко за часом від хорошого вчинку, щоб служити йому підкріпленням. Те, що ви не захворіли раком через десять років після того, як кинули палити, безумовно чудово, але це не той вид винагороди, який може укріпити ваш намір не палити.

Робіть собі приємне, винагороджуйте себе за найскромніші успіхи: за позбавлення від 2 кг зайвої ваги, за тиждень регулярних занять фізкультурою, за місяць без алкоголю. Нагородою повинно служити те, що приносить вам задоволення. Це може бути новий компакт-диск, книга, джемпер або щось зовсім інше, що вам дійсно подобається. Для крупніших досягнень на шляху до ЗСЖ можна придумати й істотнішу нагороду.

Зробіть готовність до здорового способу життя стійкою.

Всі ми знаємо людей, які прагнучи укріпити здоров'я, ненадовго міняли поведінку, а потім поверталися до старих звичок. Щоб підтримувати в собі

настрій на досягнення благополуччя протягом тривалого часу, слідує, по-перше, концентруватися на відчутті гарного настрою і, по-друге, використовувати позитивні приклади (підкріплення). Що стосується першого: частіше думайте про те, наскільки ви стали здоровішими тепер, коли ви робите зарядку, правильно харчуєтеся, не палите тощо. Гордитесь тим, чого ви досягли. А відносно другого: відомо, що багато наших шкідливих звичок – результат впливу тих, що оточують. Рідко хто випиває свою першу чарку, викурює свою першу цигарку або вперше пробує наркотик наодинці. Майже завжди ці види поведінки спровоковані поведінкою інших. Сьогодні відношення в суспільстві до здоров'я людей повинне бути іншим, воно повинне допомагати долати хворі звички. Заохочення і підтримка друзів, сім'ї можуть забезпечити ефективне підкріплення бажаного результату. Добре б знайти серед ваших друзів або товаришів по службі тех охочих, наприклад, кинути палити, схуднути або займатися фізкультурою. Спільними зусиллями це робити легко, оскільки в групі ви підтримуєте один одного.

Особистість – це поняття надзвичайне складне. Кожна людина володіє унікальною, властивою тільки йому комбінацією рис, тобто кожен з нас – неповторна особа. Поняття “особистість” включає думки і відчуття, систему цінностей, відношення до людей і ситуацій.

Раніше вважалося, що особистість формується в ранньому дитинстві, що після перших п'яти років розвитку людина діє по тих схемах, які були запрограмовані ним раніше. В даний час встановлено, що розвиток особистості розглядається як процес, що триває протягом всього життя. Чоловік зберігає здатність брати уроки з придбаного досвіду, вчитися і мінятися весь час поки живе. Особливо інтенсивне формування особистості здійснюється в юнацький період (період студентства, служби в армії), коли завершується фізичне і статеве дозрівання і наступає період активної соціалізації.

У формуванні особистості емоції займають провідне положення. Емоції мають природжені передумови, але формуються під впливом конкретного соціального середовища, в процесі поступового, послідовного задоволення потреб, починаючи з нижчого рівня і закінчуючи вищим.

Рушійною силою людських вчинків є бажання (мотивація) задовольнити свої потреби. У кожен даний момент часу незадоволена домінуюча (головна) потреба розглядається як найбільш могутній стимул, оскільки вона викликає негативні емоції, що сигналізують про життєвоважливе неблагополуччя організму. Проте людині властиво безліч потреб різного “рангу”, які знаходяться в певному ієрархічному (підпорядкованому) взаємозв'язку. У цій ієрархії є нижчі і вищі потреби.

Людина протягом одного дня може переміщатися за ієрархією потреб вгору і вниз, але він прагнудиме більше енергії сконцентрувати на якихось певних рівнях. Розвиток особистості може зупинитися на будь-якому рівні. Так, багато людей впродовж всього життя б'ються за задоволення найпримітивніших потреб і це характеризуватиме рівень розвитку його особистісних якостей.

Розглянемо ієрархію людських потреб або мотивацій за А.Маслоу. Мотивація – це цілеспрямована “опредмечена” потреба.

Фізіологічні потреби. Найважливіші серед них потреба в їжі, воді, сні і статевому задоволенні. За відсутності можливості задовольнити будь-яку з цих потреб всі інші стають відносно неістотними.

Потреба в безпеці (захисті, порядку і стабільності). Потреба в безпеці властива людям в будь-якому віці, але яскравіше вона виявляється у дітей. Дорослі часто намагаються приховати або подавити страх. Так, коли ми, дорослі, відчуваємо загрозу нашій безпеці, ми реагуємо на це явним чином. Бувають і інші реакції: тривога або фізичні зміни типу прискореного пульсу і інші відповіді на стрес.



Рис. 3. Теорія потреб А.Маслоу

Потреба любити і належати комусь. Як тільки фізіологічні потреби і потреби в безпеці задоволені, людина починає випробовувати сильне бажання мати дітей, любити і бути коханим. Він відчуває потребу бути комусь потрібним, мати сім'ю.

Потреба в самоповазі. На цьому ступені ієрархічних сходів потреб індивід починає оцінювати свої досягнення, успіх. Він випробовує потребу в самоповазі, жадає визнання інших людей. Часто саме ця потреба в сучасному суспільстві залишається незадоволеною, і люди проживають життя, так і не добившись високої оцінки тих, що оточують.

Потреба в самореалізації. Під самореалізацією слід розуміти максимальне використання своїх здібностей. Дуже небагато стурбовані цією проблемою: більшість бореться за задоволення потреб нижчого рівня. Багато людей не мають можливостей для самореалізації через життєві обставини (бідність, життя в

умовах диктатури), а також – особових якостей: лінощі, невпевненість в собі, пасивна життєва позиція.

Отже, у формуванні особистості емоції грають провідну роль, оскільки виникають залежно від рівня (значущості) потреб індивіда і вірогідності їх задоволення. *Для оптимального розвитку особистості необхідний відповідний баланс позитивних і негативних емоцій.* Виховання, що проходить виключно на позитивних емоціях, яке побудоване на стратегії: “дати дитині все, що він хоче”, може привести до формування безініціативної, слабкої особистості з схильністю до істерії. Так само неприйнятне виховання на негативних емоціях, що припускає нескінченні “заборони”, бо воно формує “злобну”, агресивну людину, з комплексами недовіри до дорослих, а потім – і всьому соціальному оточенню.

У кожному віці, особливо в ранньому онтогенезі, включаючи юнацький період, повинні бути посилені труднощі в задоволенні потреб, які викликають мотивації, що спонукають до дії і формують *адекватну активну поведінку*. Це сприятиме становленню психічно здорової особистості. Показниками досягнення психічного здоров’я є ознаки емоційного благополуччя.

Сучасна модернізація системи підготовки військовослужбовців націлена на забезпечення умов їх навчання і виховання, що сприяє збереженню і зміцненню здоров’я особового складу.

Проте процес створення такого середовища, що спрямоване на формування ЗСЖ часто призводить до зниження результативності психолого-педагогічної діяльності офіцерського (сержантського) складу, зайвої витрати сил і часу командирів, відволікання (відбиття інтересу) від цінностей здоров’я, зниженню ефективності профілактичної і просвітницької діяльності, зорієнтованої на здоров’ї особового складу.

У військовій практиці будь-який моніторинг розглядається, як правило, не з позицій цілей, загальних принципів, змісту, методів і засобів цілісної підготовки і розвитку військовослужбовців, а всього лише як форма отримання, передачі і накопичення інформації. Все це не дозволяє віднести такий моніторинг до системи військового виховання та її взаємодії з системою медичного забезпечення військової діяльності, орієнтованої на збереження здоров’я особового складу.

Цілями *моніторингу результатів формування ЗСЖ та подальшого розвитку мотивації здоров’я у військовослужбовців* повинно бути: відстежування ходу і проміжних результатів здоров’язберігаючої службової діяльності, створення динамічного банку даних про рівень здоров’я, що дозволяють оцінити ефективність роботи посадових осіб і вносити корективи до індивідуальних оздоровчих програм військовослужбовців, а також створення умов досягнення воїнами ЗСЖ.

Завданнями моніторингу можуть бути:

1. Збір і накопичення фактичного матеріалу про стан здоров’язберігаючої діяльності військової частини (з’єднання) і планування цієї діяльності.

2. Аналіз результатів медичних досліджень для виявлення відхилень здоров’я військовослужбовців з метою подальшого корегування і попередження загострень.

3. Здійснення контролю за дотриманням норм службового навантаження (денного, тижневого, річного).

4. Удосконалення процесу формування і розвитку мотивації до ЗСЖ у військовослужбовців.

Цілісний розвиток мотивації здоров'я у військовослужбовців може відстежуватися за такими компонентами:

- фізичний розвиток військовослужбовця і його здоров'я;
- соціальний розвиток і здоров'я військовослужбовця;
- психологічний розвиток і здоров'я військовослужбовця.

За кожним компонентом виділяються чотири рівні залежно від ступеня сформованості критеріїв і показників розвитку у військовослужбовців мотивації до ЗСЖ.

Залежно від отриманих результатів визначаються групи військовослужбовців і шляхи роботи за виявленими в ході моніторингу проблемами.

Критеріями фізичного здоров'я виступають медичні свідчення військовослужбовця і рівень його фізичної підготовленості. Перші відстежуються за допомогою аналізу медичної документації (група здоров'я після амбулаторних оглядів), враховується також стійкість до захворювань (з цією метою проводиться аналіз пропусків за хворобою).

Показники фізичної підготовленості відповідно до стандартів фізичної підготовки військовослужбовця за віковою категорією. За параметрами функціональної і фізичної підготовленості визначаються критичний (низький), тривожний (нижче середнього), достатній (середній), оптимальний (вище середнього) і високий рівні. Аналіз результатів дозволяє порівняти фактичні і розрахункові показники, дати їм якісну і кількісну оцінку, прослідкувати їх динаміку.

Соціальне здоров'я військовослужбовця представляє сукупність соціальних характеристик, що мають зараз велику значущість для конкретних категорій військовослужбовців, колективу військової частини (з'єднання), ЗС і всього суспільства. Критеріями сформованості соціального здоров'я можуть виступати рівень вихованості і підготовленості, соціальний статус у військовому колективі тощо.

Під рівнем вихованості ми розуміємо ступінь сформованості (відповідно до віку) найважливіших якостей особистості. При цьому якщо якась сторона поведінки військовослужбовця отримала різко негативну оцінку як не відповідна нормам поведінки в суспільстві, то незалежно від інших оцінок загальна відповідатиме тривожному рівню. При виведенні оцінки рівня вихованості використовується весь психолого-педагогічний інструментарій залучення військовослужбовця до самооцінювання, система поєднання якої з оцінкою офіцера (сержанта) дозволяє корегувати свої відносини з оточуючими, управляти собою, займатися самовихованням, щоб досягти кращих результатів і успіху.

Наступним критерієм виступає підготовленість військовослужбовців. Аналізуючи соціальне здоров'я військовослужбовців в цьому аспекті, орієнтуючись на наявний досвід, осмислюючи проблеми оцінювання їх знань є

необхідність узяти за основу визначення рівнів підготовленості військовослужбовця наступні вимоги:

- орієнтація на індивідуальну відносну норму в оцінці (облік результатів бойової та гуманітарної підготовки, особливостей службової діяльності тощо);
- оцінки використовуються як зворотний зв'язок, що дозволяє офіцеру (сержанту) побачити свої і підлеглих проблеми і можливі кроки для успішної корекції;
- використання для оцінювання підготовленості різноманітних видів контролю;
- включення військовослужбовців в оцінну діяльність; навчання їх умінню оцінювати як свою службову діяльність, так і службу товаришів.

Ще одним критерієм соціального здоров'я військовослужбовця є ступінь благополуччя його соціальної ситуації служби і життя. У військовому середовищі це виявляється в соціальному статусі військовослужбовця. У військовому колективі він вимірюється за допомогою соціометрії. Соціометрична методика, розроблена Дж.Моренно, застосовується для діагностики міжособистісних і міжгрупових відносин в цілях їх зміни, поліпшення і вдосконалення.

За допомогою соціометрії можна вивчати поведінку військовослужбовців в умовах групової діяльності, судити про їх психологічну сумісність, проводити визначення лідерів для перегрупування військовослужбовців у підрозділі так, щоб понизити напруженість в колективі, що виникає із-за взаємної неприязні деяких воїнів.

Психологічне здоров'я військовослужбовців ми пов'язуємо з розвитком індивідуально-психологічних особливостей особистості, що сприяють успішній соціальній адаптації військовослужбовця. З метою оцінки актуального стану психологічного здоров'я, прогнозу подальшого розвитку і розробки рекомендацій нами виділені наступні критерії: мотивація до здорового способу життя і уміння вести його, психоемоційний стан військовослужбовця і відповідність психічного розвитку віковим нормативам.

Насущною психолого-педагогічною проблемою є формування у військовослужбовців потреби в хорошому здоров'ї, розвитку умінь відповідально відноситися не тільки до власного здоров'я, але і до здоров'я інших людей, а також збереження місця існування.

Мета виховання військовослужбовців, що спрямована на ЗСЖ включає: розвиток природних можливостей; збереження здоров'я; забезпечення інтенсивного фізичного і соціального розвитку; фізичне і етичне самоудосконалення і соціально-психологічну адаптацію до різних умов військової служби.

У процесі бойової та гуманітарної підготовки та повсякденної діяльності військовослужбовців найбільш значущою стає комплексна діагностика мотивації і вмінь ЗСЖ, що використовується не для оцінки наявних здібностей військовослужбовців або рішення питання про їх придатність або непридатність, а для націлювання особового складу на ведення ЗСЖ.

Ми виділяємо такі *рівні сформованості мотивації військовослужбовців до ЗСЖ*:

– оптимальний – припускає позитивну мотивацію ЗСЖ, причому військовослужбовець займає усвідомлено активну позицію, тобто не просто відзначає необхідність ЗСЖ, але й аргументовано це доводить;

– допустимий – відображає позитивне відношення військовослужбовця до ЗСЖ, проте ця позиція швидше пасивна;

– тривожний – військовослужбовець визнає необхідність ведення ЗСЖ, але в структурі мотивів дана мотивація займає другорядне положення;

– критичний – мотивація ЗСЖ у військовослужбовця не сформована.

Психоемоційний стан пропонуємо відстежувати за допомогою ряду методик і процедур. Колірний тест Люшера дозволяє визначити актуальний психічний стан (настрій) військовослужбовця за пред'явленням спеціальних карток різних кольорів; за допомогою опитувальника емоційного вигорання для оцінювання самопочуття, активності і настрою протягом певного часу; методика Ч.Спілбергера дозволяє диференційовано вимірювати тривожність, а також виявити рівень особистісної і ситуативної тривожності та інші методики.

Відповідність психічного розвитку віковим нормативам визначається за допомогою різних психометричних тестів, тесту інтелекту Г.Айзенка; особливості особистісного розвитку визначаються за методикою Дж.Кеттелла. Для діагностики акцентуації особистості і виявлення характерологічних особливостей у військовослужбовців використовується тест-опитувальник Шмішека.

За виділеними параметрами проводяться зрізи протягом визначеного періоду, виявляються проблемні поля, відповідно до яких розробляється система заходів, що сприяє вирішенню тих питань, що виникли і найчастіше назрівають.

Психологічні особливості кандидатів на військову службу.

Згідно з результатами наукових досліджень, військовими медиками було доведено, що для молодого поповнення армія – це перш за все нові умови життєдіяльності, що вимагають дуже тривалого адаптаційного психологічного і фізіологічного періоду. Ці нові умови включають в себе: великі фізичні навантаження; жорстку регламентацію розпорядку дня; високу психоемоційну напругу; зміну соціальної обстановки; обов'язковість виконання наказів; новий колектив; виконання службових завдань не тільки вдень, але і в нічний час; відсутність обізнаності про нові військово-професійні обов'язки тощо. Військові лікарі визначили три *основні стадії адаптації призовника до служби в армії*: початкова стадія дестабілізації (3 перших місяці служби); стадія формування психофізіологічної адаптації (до 1,5 року); стадія завершення адаптації і стабілізації, у тому числі і в психологічній сфері.

Спочатку більше 60% новобранців погано переносять фізичні навантаження. За даними опитувань, військовослужбовці в перших півроку майже в 50% випадків пред'являють скарги психосоматичного характеру – підвищена стомлюваність, поганий настрій, кашель, печія. Відбувається зниження рівня фізіологічних резервів організму, фізичної працездатності, імунітету, страждає нервова система, тобто організм здорової молодшої людини стає вельми чутливим до будь-якої стресової ситуації. Так, наприклад, після кожного несення вартової служби в перші місяці перебування в армії організм солдата на фізіологічному рівні відновлюється 72 години. Зниження загальної резистентності (опірності)

організму надмірній психоемоційній напрузі сприяє виникненню поглиблених неврозів і депресій у військовослужбовців. В цілому “фізіологічною ціною” початкового періоду дезадаптації під час армійської служби є погана переносимість фізичного навантаження, негативна мотивація до службової діяльності, нервово-психічна нестійкість і висока частота захворюваності.

Депресивний психологічний стан – явище, яке супроводжується зниженням рівня задоволеності своїм соціально-психологічним станом, незадоволеністю умовами життєдіяльності, незадоволеністю від спілкування з навколишнім колективом і зниженням самооцінки. Все це часто випробовують молоді люди на перших порах в армії. Само по собі оволодіння військовою справою пред’являє підвищені вимоги до психіки хлопця. Незаперечним є той факт, що потрібно удосконалювати методи прогнозу перебігу процесів психологічної адаптації хлопців в армії і виявляти молодих людей, схильних до асоціальної поведінки, ще до призову.

Актуалізується таке питання, як військові аспекти психології, – посилення психологічної експертизи в рамках військової структури, що враховує наступне: особливості психічної адаптації військовослужбовців, що несуть військову службу (військові психотравми; посттравматичні стресові розлади; психічна дезадаптація тривожно-астеничного, ригідно-агресивного, істерико-афективного, псевдоініціативного, стенично-девіантного, депресивно-тривожного типів); необхідність забезпечення збереження стану психічної норми в бойових умовах і пов’язаній з цим можливості оптимального функціонування особового складу; особливості психології первинного військового колективу: психологію військової дисципліни, управління колективним настроєм і авторитет офіцерського складу; облік психофізіологічних характеристик військовослужбовців, що проходять службу за призивом або контрактом.

В англо-американській психологічній школі існує такий термін, як “посттравматичний стресовий розлад”, який виникає унаслідок тривалого внутрішнього “інтрапсихічного” перероблення якої-небудь соціальної стресової ситуації, що закінчується зривом захисних механізмів психіки людини. Цей зрив стосується перш за все емоційної сфери, що може привести до різних відхилень в поведінці (зайве переживання, відхід в себе, уникнення спілкування, гіперзбудження). Подібні явища, що виникають у людей обов’язково після психотравмуючої події, тривають в кращому разі не менше одного місяця. Якщо, наприклад, нестатутні відносини повторюються знову і знову і психотравма новобранця постійно поновлюється, то посттравматичний стресовий розлад може вилитися в серйозніші симптоми, з суїцидальними думками або агресивною асоціальною поведінкою.

У чому ще посилююча особливість нестатутних армійських відносин? У тому, що немає ніякої можливості уникнути від ситуаційних нагадувань про подію, що відбулася. А це дуже важливий психологічний момент не тільки для ранимої молоді психіки призовника, але і для будь-якої зрілої людини. Психотравма, що знову переживається, постійне знаходження в ситуації, символізуючій психотравмуючу подію (наприклад, приниження молоді людини, що носить сексуальні мотиви, відбулося в казармі, в якій йому доведеться

знаходитися ще тривалий час), що відбулася, і приводять до суїциду або втеч із зброєю. Це і є наслідок депресії, схвильованості, паніки, що виникають в умовах постійного нагадування про психотравмуючу ситуацію. Так, фахівці, що займаються виключно посттравматичними стресовими розладами, виявили, що тяжкі психологічні наслідки виникають саме із-за постійного ситуаційного нагадування про психотравму, що відбулася. От чому інциденти в армії такі трагічні і виражені в крайньому ступені – молода людина, що пережила психотравму, знаходиться без кваліфікованої психологічної допомоги в умовах замкнутого порочного кола.

Служба в ЗС для більшості молодих чоловіків є важливим етапом становлення особистості, змушнення. У цих умовах приниження відчуття власної гідності хлопця ранили захисні механізми психічної адаптації, що симптоми психологічних розладів можуть бути у край вираженими. Виходить “подвійний удар” на психіку вісімнадцятирічного хлопця – умови військової служби і особистий психологічно уразливий період. Ось чому справитися з психологічною ситуацією в середовищі призовників можна тільки превентивними заходами, методами професійного психологічного допризовного виховання. І методи ці повинні бути кваліфікованими і відпрацьованими. В даному випадку цілком підходить аналогія з психологічною підготовкою космонавтів. Психіка космонавта піддається максимальній напрузі під час здійснення космічного польоту. А ось втечі, паніка, агресія, бійки, депресії недопустимі на борту космічного корабля.

Центральною ланкою в антигромадській поведінці військовослужбовців є особистість злочинця зі своєрідністю властивих їй індивідуально-психологічних особливостей. Розглядаючи їх характеристику, відзначимо, що серед покликаних на військову службу можуть опинитися особи, що вже володіють певними негативними морально-психологічними властивостями, які в певній ситуації (але далеко не завжди) спонукають їх до скоєння злочину.

Як показало дослідження, особи, що володіють тими або іншими негативними морально-психологічними властивостями, опинившись на військовій службі, проявляють свого роду вибірковість: вони порушують не всі без виключення моральні і правові норми, а тяжіють до невиконання певних вимог. У цьому сенсі можна говорити про своєрідну схильність недисциплінованих солдатів до різних злочинів.

Цікаво відзначити, що придбані ще до служби такі негативні звички, як грубість, нетактовність, незлагідність і сварливість, сприяють появі сперечань, образливих витівок. Іноді ці звички мирно уживаються в одній і тій же особі з достатньо задовільною старанністю. Досвід показує, що багато з тих солдатів, які вступали в сперечання при отриманні наказів, після цього цілком сумлінно їх виконували. Це дозволяє припустити, що дана категорія осіб найбільші психологічні труднощі зазнає у сфері спілкування. У тих же випадках, коли завдання, що виконується прямо не пов’язане з необхідністю безперервно вступати в спілкування з людьми, вказані звички зовні взагалі себе не виявляють.

Якщо вказані звички своєчасно належним чином не присікаються, то сфера дії їх розширюється і сперечання з персонально направлених перетворюються на

безособових, тобто допускаються по відношенню до посадових осіб взагалі. За відсутності належної вимогливості і цілеспрямованої виховної роботи вони кінець кінцем можуть перерости в небезпечний злочин.

Звичка до сперечань, риси необов'язковості характерні тим, що їх носій, здійснюючи грубу дисциплінарну провину, правопорушення, не докладає вольових зусиль для його здійснення. Існує, проте, провина і з іншою психологічною характеристикою. При їх здійсненні військовослужбовець заздалегідь ставить перед собою певну мету, якийсь час готується, робить певні, іноді значні зусилля для створення відповідних умов, долає труднощі. Такі, наприклад, випадки дрібного розкрадання, деякі інші провини і злочини. Подібну провину і злочини можна умовно назвати правопорушеннями вольового типу. Їх, як правило, здійснюють окремі особи, найбільш невиховані, етично незрілі.

Хоча злочин можна вважати діянням особи в цілому, все ж таки в ньому не всі сторони і особливості психології порушника представлені однаково. Антигромадська поведінка найчастіше обумовлена наступними індивідуально-психологічними особливостями злочинця.

Слабка морально-психологічна підготовленість призовника до військової служби. Цей недолік може виявлятися в невизначених поглядах і настановах на службу в армії, в спотворених уявленнях про роль командирів, в негативному відношенні до даної конкретної військової спеціальності або різновиду ратної праці. Навіть серед воїнів, що правильно розуміють значення військової служби, зустрічаються окремі особи, які внутрішньо не підготовлені до сприйняття цілей і завдань військової діяльності як своїх власних. Деякі з них розглядають службу в армії не як виконання почесного обов'язку, а обивательські – як примусове відбування “повинності”. Такі погляди спостерігаються лише в одиниць. Але не можна не брати до уваги і недооцінювати їх негативного впливу на товаришів по службі і частково на стан дисципліни і військового порядку.

На тлі загального позитивного відношення солдатів, сержантів і старшин до військової служби іноді виявляються помилкові уявлення про конкретну військову спеціальність, фізична і морально-психологічна невідповідність до виконання посадових обов'язків. Нерідко дає себе знати і відсутність у деяких хлопців призовного віку і навичок самообслуговування, догляду за обмундируванням і взуттям, за своїм зовнішнім виглядом. Само по собі все це, звичайно, не веде до правопорушення, але деколи викликає незначні конфлікти у взаєминах, які за несприятливих психолого-педагогічних умов можуть перерости в серйозні ускладнення у взаєминах начальників і підлеглих.

Недостатньо розвинена працьовитість. Про наявність зв'язку між дисциплінованістю воїнів і відношенням їх до праці свідчать результати багатьох досліджень. Ось деякі з них. У ряді підрозділів були вивчені минула трудова діяльність солдатів першого року служби і їх поведінка в армії. При цьому з'ясувалося, що серед недисциплінованих солдатів перерви в минулій трудовій діяльності і зміни місць роботи були в процентному відношенні в чотири рази більше, ніж серед бездоганно дисциплінованих воїнів. З'ясувалося також, що причинами як перерв в трудовій діяльності, так і змін місць роботи недисциплінованими військовослужбовцями найчастіше були відсутність

інтересу до роботи і небажання трудитися. Якщо ці дані розглядати як непрямий показник відношення до праці, можна, мабуть, стверджувати, що працьовитість, що склалася до призову, виявляється необхідною умовою дисциплінованої поведінки на військовій службі.

Недостатній розвиток умінь і навичок, необхідних в спілкуванні з навколишніми людьми. Окремі військовослужбовці проявляють зарозумілість у взаєминах з однолітками, тенденцію до неповажних або панібратських відносин із старшими. Природа цих рис складна. Іноді це пов'язано з тим, що хлопці прагнуть здаватися старше за свої роки, досвідченіше. Розв'язана поведінка у присутності старших, на їх думку, додає їм більше солідності. У інших випадках відносини є стійкою формою поведінки, що склалася до служби і стала звичною.

У деяких військовослужбовців зустрічаються схильність до лідерства, прагнення зробити вирішальний вплив на результат різних суперечок в колі однолітків. Такий солдат зазнає серйозні труднощі у взаєминах з начальниками, особливо з сержантами, якщо до того ж останні, на його думку, поступаються йому в якихось якостях.

У витоків багатьох конфліктів можна виявити не завжди доречну схильність деяких молодих людей до жартів з приводу недоліків, у тому числі і фізичних, своїх товаришів.

Негативні риси характеру і погані звички. Такі індивідуально-психологічні особливості, як звичка до вживання спиртних напоїв, неповажне відношення до жінки тощо, в несприятливих умовах можуть привести окремих військовослужбовців до здійснення грубого вчинку.

Негативні особливості особистості не прямо породжують негідні акти поведінки. Між відносно стійкими особливостями особистості і негативним результатом мається в своєму розпорядженні ще цілий ряд психологічних новоутворень. До їх числа відноситься мета протиправної поведінки. Вона формується таким чином.

Особистість хоче задовольнити ряд потреб – матеріальних (у їжі, одязі, житлі, приладді туалету, засобах пересування тощо) і духовних (творчі, читацькі тощо). Кожна потреба – це потреба в чомусь, яка усвідомлюється у вигляді бажань, прагнень, інтересів. Факт усвідомлення потреби немов би включає механізми, що здійснюють пошук предмету і умов, необхідних для її задоволення.

Зазвичай здійснюється декілька варіантів задоволення потреби. Але особистість, виходячи зі своїх інтелектуальних, етичних, емоційних, вольових і фізичних якостей, зупиняє свій вибір на одному з варіантів. Мета сформована. Це означає, що людина знає, що вона хоче.

Мета не вичерпує ще всіх психологічних компонентів поведінки. Якщо солдат пішов в самовільну відлучку, метою може бути зустріч з дівчиною. Але ми ще не знаємо, чому він добивається цієї мети незаконним шляхом, не знаємо мотиву поведінки. Мотив – це усвідомлена і відчута особистістю потреба, це емоційно забарвлена думка, що спонукає до даної поведінки. Якщо мета відповідає на питання: “Що збирається робити людина?”, то мотив пояснює, чому вибрана дана мета, а не яка-небудь інша. Можна, мабуть, стверджувати, що мотив

— це уявне обґрунтування людиною для самого себе необхідності або допустимості даної поведінки.

Деякі злочини скоюються без видимих цілей і мотиву, тим більше без заздалегідь розробленого плану. Відбувається це з різних причин.

Невмотивовані і безцільні злочини можливі як наслідок крайньої імпульсної поведінки людей, що сильно захоплюються, емоційних, а нерідко слабовільних, не здатних достатньо чітко контролювати свої вчинки. Така поведінка може пояснюватися і конформністю особи, тобто сильною схильністю до сторонніх впливів (особливо в групових порушеннях).

Є ще одна обставина, здатна породжувати такі злочини. Мова йде про психофізіологічні особливості осіб, що несуть службу в системі “людина-машина”. Відомо, що багато суб’єктивних можливостей людини мають певні межі і підпорядковані специфічним закономірностям, можуть коливатися з часом. Такі, наприклад, як так звані провали пам’яті, мимовільне згасання або коливання уваги, зорові і слухові ілюзії тощо. Подібні явища можуть у ряді випадків викликати правопорушення без видимої мети і певного мотиву. Прикладом можуть служити пропуск цілі оператором РЛС, аварія із-за ілюзії випрямлення дороги на поворотах у водіїв машин і інші факти. Облік таких явищ особливо важливий в даний час, коли технічна оснащеність армії висока, як ніколи раніше.

РОЗДІЛ 2

ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТОК У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ СТИЛЮ ЖИТТЯ, ЯКИЙ РОЗВИВАЄ МОТИВАЦІЮ ЗДОРОВ'Я

2.1. Традиційні оздоровчі системи

Розглянемо найбільш популярні системи оздоровлення людей, які можна віднести до традиційних і загальноприйнятих у світі. Аналіз біографічних даних засновників систем оздоровлення дасть можливість військовослужбовцям обрати для себе найбільш прийнятні підходи до зміцнення свого здоров'я.

Детальніше з працями авторів та елементами оздоровчих систем можна ознайомитись на www.ozdorovis.ru/systems_cats.pnp

Оздоровча система А.Карра

Один з найактивніших і відоміших борців з курінням, англієць **Аллен Карр**, чийі книги розійшлися по всьому світу багатомільйонними тиражами, народився 2 вересня 1934 року в Лондоні. У п'ятнадцять років почав трудову кар'єру, влаштувавшись кур'єром в одну з бухгалтерських фірм, пізніше почав осягати ази професії, допомагаючи кваліфікованим фахівцям в аудиторській роботі. Спробувавши вперше сигарету в шістнадцятилітньому віці, до вісімнадцяти років Карр вже став завзятим курцем. Після проходження служби в британських військово-повітряних силах, він повернувся до бухгалтерської професії і впродовж багатьох років працював за фахом.



А.Карр

З роками його залежність від нікотину росла в катастрофічній прогресії – він кілька разів намагався кинути палити, проте всі спроби відмовитися від шкідливої звички не приносили результату. Врешті-решт, його щоденна доза почала складати сто сигарет в день. Позбавитися від залежності йому вдалося тільки в 1983 році, після того, як він прочитав розділ про біохімію процесу куріння в одному з медичних підручників. Зрозумівши причини нікотинової

залежності і особливості психології курця, Карр не тільки кинув палити, але незабаром почав приймати пацієнтів в своїй лондонській квартирі, допомагаючи їм позбавитися від куріння.

Зайнявся приватною практикою, Аллен Карр залишив бухгалтерську роботу і в 1985 році опублікував книгу “Легкий спосіб кинути палити”, що принесла йому не тільки чималий прибуток, але й світову популярність. Услід за цією книгою послідували “Легкий спосіб кинути палити для жінок” і “Як допомогти вашим дітям кинути палити”, а також ще ряд книг, в яких він намагався застосувати свій метод до вирішення проблем зайвої ваги і вживання алкоголю. З часом він відкрив мережу клінік у Великобританії і в інших країнах.

Завдяки розробленому ним методу і його книгам мільйони людей у всьому світі знайшли в собі сили позбавитися від нікотинової залежності. Серед його клієнтів були такі знаменитості як актор Ентоні Хопкінс і відомий британський підприємець-мільярдер Річард Бренсон. Не дивлячись на багаторічну відмову від куріння, в липні 2006 року лікарі діагностували у Аллена Кара рак легенів, що не підлягає операції. Дізнавшись про це, Карр заявив: “За моїми оцінками, я вилікував двадцять п’ять мільйонів чоловік за ці роки. І якщо моя хвороба – розплата за це, то я готовий заплатити”. Аллен Карр пішов з життя в тому ж році – 26 листопада він помер у власному будинку на побережжі Коста-дель-Соль в місті Малага в Іспанії.

Оздоровча система Г.Шаталової

Галина Шаталова народилася в Ашхабаді 13.10.1916 р. Незабаром сім’я переїхала до Ростова. “Як і у більшості росіян, в моїх жилах тече змішана кров. На нашому генеалогічному дереві польська гілка є поряд з грузинською, а російська – з білоруською. Батьки належали до аристократичного роду і були високоосвіченими людьми. Матір, Антонія Антоніїна, вільно володіла чотирма європейськими мовами. Цілком природно, що після революції життя сім’ї складалося у край важко, більше того, трагічно. Проте втрати і незгоди лише укріпили мій характер і віру в людей”.



Г.Шаталова

“У дитинстві я вельми успішно займалася музикою, і батьки вважали, що моє майбутнє виявиться пов’язаним з витонченими мистецтвами. Проте волею обставин в підлітковому віці мені довелося побувати в “анатомічці”. Абсолютно несподівано для близьких я прийшла додому не в жаху, а в нез’ясовному захваті. Вислухавши розповідь про те, наскільки гармонійно влаштовано людське тіло, батько символічним жестом опустив кришку рояля. Він зрозумів, що вибір зроблений мною є остаточним і безповоротним...”. (В цей час Галині Шаталовій було 13 років).

З 1931 р. вона працює на тютюновій фабриці.

“Мій вступ до вузу виявився вельми проблематичним. Адже в ті часи визначальну роль грало соціальне походження, а воно у мене, як уже згадувалося, було зовсім не робітничо-селянським. Щоб компенсувати цей недолік, перед вступом до медичного вузу довелося закінчити робітфак. А щоб потрапити туди, я цілий рік пропрацювала на тютюновій фабриці. До цих пір пам’ятаю уїдливі запахи тютюну, яким було просочене буквально все: плаття, пальці, волосся. Вечорами вчилася на робітфаці”.

1932-1938 р. – навчання в Ростовському медичному інституті.

“На щастя вищу медичну і повну клінічну освіту я здобула ще в 30-і роки – до розгрому школи російських фізіологів, що до цього дня не оправилася від нищівного удару неуків”. “... закінчила його з відзнакою. Тоді мене дуже захоплювали проблеми, пов’язані з вищою нервовою діяльністю. Медицині я навчалася ще за життя великого російського нейрохірурга І.П.Павлова, і мені пощастило знати самого Івана Петровича, розмовляти з ним і навіть сперечатися. Це був дійсний титан і великий трудівник науки, проте багато його найбільш сміливих ідей не отримали повного розвитку”.

1938 р. Робота клінічним ординатором в хірургічній клініці Ростовського медичного інституту.

1939-1945 рр. Учасник Фінської і Великої Вітчизняної війни, з першого до останнього дня.

Військовий хірург, завідувачка відділенням госпіталю. Вступ до комуністичної партії в 1941 р.

“У 1939 р. – з початком військових дій на Карельському перешийку мене призвали до армії, і я стала військовим хірургом. Тут довелося повною мірою хлебнути відважної військово-польовій хірургії. Зима в 1939 р. видалася на рідкість суворою, і обморожених людей було чи не більше, ніж поранених. Свою першу наукову роботу, написану в ті важкі дні, я присвятили проблемі розморожування обморожених ...

...Велика Вітчизняна війна також була пов’язана для мене від першого до останнього дня з військово-польовою хірургією. Отже, після її закінчення я була, як мовиться, досвідченим хірургом і на запрошення М.Н.Бурденка почала працювати в Центральному інституті нейрохірургії АН СРСР. Так я стала нейрохірургом”.

Кінець 40-х-50-і рр. Робота в Центральному інституті нейрохірургії АН СРСР. “Під час фінської війни познайомила з головним хірургом армії, що

діяла, Миколою Ніловичем Бурденко. Спочатку він засумнівався в моєму професіоналізмі: я була молодою, і, мабуть, здалася йому недостатньо солідною. Проте пізніше, відмітивши мої здібності і силу характеру, запросив працювати в свій інститут. Саме там я захистила дисертацію по нейрохірургії”.

“Коли я достатньо оволоділа своєю новою професією нейрохірурга, прийшла пора узагальнити набраний на той час досвід. Результатом цієї роботи стала кандидатська дисертація, присвячена проблемам пластики дефектів твердої мозкової оболонки. Незабаром була удостоєна премії імені М.Н.Бурденка. Але і після цього ні на один день я не залишала дослідницької роботи, використовувала будь-яку можливість для вивчення справді невичерпних можливостей людського організму”.

1950-і роки – активне накопичення знань про здоров’я людини.

“Здавалася б, відкрита широка дорога до благополуччя і в житті, і в науці. Але на щастя, саме тоді я і зрозуміла, що хірургічне втручання – це крайній захід. Страшно піднімати ніж на людину, яка і без операції могла би стати здоровим, якби створити для цього необхідні умови. Питання – які?

Відповідь я почала шукати ще в кінці 40-х-початку 50-х років, коли завдяки розвитку відносин з країнами Сходу діставала можливість спілкуватися з китайськими, японськими і корейськими медиками... Вони укріпили мене в думці, що треба йти до поставленої мети, вивчаючи закони природи, слідуючи їм”.

“.... На той час я зрозуміла, що існують знання, що у великій мірі перевершують рівень уявлень, прийнятих офіційною наукою. Причиною тому послужило знайомство з досвідом східної медицини. Те, чим я займалася до цих пір, перестало задовольняти мене, і я вирішила вивчати альтернативні методики і медичні школи. Природно, з інституту мені довелося піти. Але фортуна дійсно балувала мене унікальними зустрічами. Надалі мені пощастило трудитися під безпосереднім керівництвом академіка Келдиша. Робота в секторі відбору і підготовки космонавтів при Академії наук переконала мене в тому, що можливості живого організму практично безмежні”.

“... Вже тоді я почала будувати структуру своєї системи природного оздоровлення, вивчаючи праці таких корифеїв, як В.В.Вернадського, І.М.Сеченова, І.П.Павлова і сучасних природодослідників – Лауреата Нобелівської премії І.Прігожина, академіка А.М.Угольова, а також трактати, які залишили нам стародавні цілителі Сходу, Еллади, Риму. Ланки, що не доставали доводилося заповнювати власними експериментами...”.

“Організм людини здатний не тільки регулювати і відновлювати постійність свого внутрішнього середовища, але й удосконалюватися, “аби були здійснені відповідні умови”, як говорив великий І.П.Павлов. Пошуком цих “умов” я почала займатися професійно ще в 50-і роки, будучи науковим співробітником Інституту нейрохірургії АМН СРСР, продовжую цю роботу до цього дня”.

1960-і роки – робота в Інституті космічних досліджень АН СРСР (начальник сектора відбору і підготовки космонавтів).

1970-і роки – перші лекції в Москві і самостійна лікарська діяльність з власної системи.

“... розчарувавшись в офіційній медицині, я перестала різати людей і пішла в так зване цілительство”.

1979 р. – перша крупна публікація присвячена системі природного оздоровлення Галини Шаталової (“Наука і Жизнь”, 1979, №12). Початок широкої популярності.

Надалі досвід набирался і із спілкування з народними цілителями, наприклад з П.К.Івановим.

1980 р. – доповідь на вченій раді Міністерства охорони здоров’я СРСР.

“У своїй доповіді на вченій раді Міністерства охорони здоров’я СРСР в 1980 році я доводила, що методи симптоматичного лікування лише полегшують стан хворої людини, але не ліквідовують причини хронічних захворювань... В обґрунтування своєї концепції я надала вченій раді 49 історій хвороб вилікуваних хворих... Рішення ради було однозначним: цього не може бути, тому що не може бути ніколи. Але багато учених щиро зацікавилися моєю постановкою питання. У той час їх бентежила лише та обставина, що до різних хвороб застосовується один і той же підхід – як панацея, яку наука заперечує”.

1983 рік – супермарафон Акадмгородок – Барнаул. Перший офіційно зареєстрований супермарафон. Акти комісії засвідчили, що фізично менш підготовлені від Шаталової спортсмени експериментальної групи, витривалішими і не втрачали маси тіла на відміну від контрольної групи спортсменів.

1983-1990 рр. – унікальна серія експериментів. Ряд експериментів з альпіністами і гірськими туристами, 4 переходи через середньоазіатські пустелі.

1990-і роки – як і раніше, Г.С.Шаталова читає лекції, веде школи здоров’я і семінари, влаштовує щорічні виїзні табори. Здійснюються поїздки з лекціями в інші країни. При цьому не припиняється і лікувальна практика.

2000-і роки – лекції, школи здоров’я, семінари, літні табори. Галина Сергіївна мати трьох дітей, бабуся 12 внуків. Є у неї і правнук.

13.10.2006 р. Г.С.Шаталовій виповнилося 90 років!

Оздоровча система П.К.Іванова

Детка!

Ти повний бажання принести користь народу. Для цього постарайся бути здоровим. Сердечне прохання до тебе: прийми від мене декілька рад, щоб укріпити своє здоров’я.

1. Двічі в день купайся в холодній, природній воді, щоб тобі було добре. Купайся в чому можеш: в озері, річці, ванні, приймай душ або обливайся. Це твої умови. Гаряче купання заверши холодним.

2. Перед купанням або після нього, а якщо можливо, то і спільно з ним, вийди на природу, встань босими ногами на землю, а взимку на сніг хоч би на 1-2 хвилини. Вдихни через рот кілька разів повітря і в думках побажай собі і всім людям здоров’я.

3. Не вживай алкоголю і не пали.

4. Старайся хоч раз на тиждень повністю обходитися без їжі і води з 18-20 годин п’ятниці до 12-ї години неділі. Це твої заслуги і спокій. Якщо тобі важко, то тримайся хоч би добу.



П.Іванов

5. В 12-й годині дня неділі вийди на природу босоніж і кілька разів подихай і помисли, як написано вищим. Це свято твого тіла. Після цього можеш їсти все, що тобі подобається.

6. Люби природу, що оточує тебе. Не плюйся навколо і не випльовуй з себе нічого. Звикни до цього: це твоє здоров'я.

7. Вітайся зі всіма скрізь і усюди, особливо з людьми літнього віку. Хочеш мати у себе здоров'я – вітайся зі всіма.

8. Допмагай людям чим можеш, особливо бідному, хворому, ображеному, що має потребу у цьому. Роби це з радістю. Відгукнися на його потребу душею і серцем. Ти придбаєш в ньому друга і допоможеш справі миру!

9. Переможи в собі жадність, лінь, самовдоволення, користолобство, страх, лицемірство, гордість. Вір людям і люби їх. Не говори про них несправедливо і не приймай близько до серця недобрих думок про них.

10. Звільни свою голову від думок про хвороби, нездужання, смерть. Це твоя перемога.

11. Думку не відокремлюй від справи. Прочитав – добре. Але найголовніше – РОБИ!

12. Розповідай, передавай досвід цієї справи, але не хвалися і не підносься в цьому. Будь скромний.

Я прошу, я благаю всіх людей: ставай і займай своє місце в Природі. Воно ніким не зайнято і не купується ні за які гроші, а тільки власними справами і працею в природі собі на благо, щоб тобі було легко.

Якщо тобі що не ясно або не повно для тебе, то напиши мені. Я завжди готовий передати свій досвід, щоб справа твоє було успішним. Бажаю тобі щастя, здоров'я хорошого.

Оздоровча система П.Брега

Брег Поль С. – відомий дієтолог, популяризатор і ентузіаст натуральної гігієни і здорового способу життя. Він один з перших проголосив необхідність

відмови від сучасної системи харчування, в якій переважають консервовані і рафіновані продукти, удосталь міститься вуглецева, м'ясна, жирна і солодка їжа.

Народившись в 1881 році у Вірджинії (США) він був дуже слабкою дитиною, фактично приреченою до смерті. Хвороба серця не дозволяла йому гратися зі своїми однолітками. У 12 років він до того ж захворів туберкульозом обидвох легень. Тоді батьки відвезли його до Швейцарії в санаторій д-ра Рольє, що лікує своїх пацієнтів вправами на свіжому повітрі і особливим харчуванням. До 16 років Бреґг був абсолютно здоровий. Він присягнувся присвятити своє життя медицині, і слово своє стримав.

Він вважав, що дотримуючи певні гігієнічні і дієтичні правила, кожна людина може значно продовжити своє життя. Все життя Поль Бреґг закликав людей удосконалювати свої фізичні можливості і роз'яснював способи зміцнення здоров'я.



П.Брег

Поль Бреґг помер в грудні 1976 року у віці 95 років. Але помер він зовсім не від старості. Смерть цієї людини – трагічний нещасний випадок: під час катання на дошці у побережжя Флориди його накрила гігантська хвиля. Врятувати Бреґга не вдалося. Його оплакували п'ятеро дітей, 12 внуків, 14 правнуків і тисячі послідовників. Патологоанатом констатував, що серце, судини і всі внутрішні органи цієї людини були в чудовому стані.

Оздоровча система М.М.Амосов

Автобіографія М.М.Амосова

Всі предки були селяни. Народився 6-го грудня 1913 року. Мама була акушеркою в північному селі, недалеко від м. Череповця. Батько пішов на війну в 1914, а коли повернувся, то скоро покинув сім'ю. Жили дуже бідно: мама не брала подарунків від пацієнток. Так вона і залишилася для мене прикладом на все життя. Бабуся навчила молитися, селянське господарство – працювати, а самотність – читати книги. Коли став піонером, перестав вірити в бога і дізнався

про соціалізм. (Проте партійна кар'єра на піонерах закінчилася – ні в комсомолі не в партії не був.). Життя російського північного села пізнав з дитинства.

З 12 до 18 років вчився в Череповці, в школі, потім в механічному технікумі, закінчив його і став механіком. Жив бідно і самотньо. Нудьгував по будинку, читав класику. Осінню 1932 р. почав працювати в Архангельську, начальником зміни робочих, на електростанції при великому лісопильному заводі – новобудові першої п'ятирічки. Працював добре. У 1934 році одружувався на Галі Соболевій і почав вчитися в Заочному індустріальному інституті. У тому ж році померла мама.

У 1935 році, разом з дружиною, поступили в Архангельський Медичний інститут. За перший рік навчання закінчив два курси. Весь час підробляв викладанням. Близько познайомився з професором-засланцем фізики В.С.Лашкарьовим. Він відкрив для мене світ парапсихології. У 1939 році “з відзнакою” закінчив інститут. Хотілося займатися фізіологією, але місце в аспірантурі було тільки по хірургії.

Паралельно з медициною продовжував навчання в Заочному інституті. Для диплома, на власний вибір, робив проект великого аероплана з паровою турбіною. Витратив на нього масу часу, сподівався, що проект приймуть до виробництва. Не прийняли. Та зате в 1940 році дали диплом інженера “з відзнакою”.



М.М.Амосов

Тим часом, аспірантура в клініці не подобалася, любов пройшла, сімейне життя набридло, дітей не було. Обговорили положення з Галею і вирішили пожити окремо. Виїхав з Архангельська, і поступив на роботу ординатором-хірургом лікарні в рідному Череповці. Навчився робити звичайні операції на органах живота. Інтерес до фізіології вилився в роздуми над гіпотезами про механізми мислення, про взаємодію регулюючих систем організму. Зошити з “ідеями” зберігаю до цих пір.

Сформувалися переконання з політики: соціалізм визнавав, але до комуністичного начальства відносився погано і в армії служити не хотів. Можливо, вплинув гіркий досвід сім'ї, оскільки в таборах згинули брат і сестра мами.

22-го червня 1941 року почалася Вітчизняна війна. Працював в комісії з мобілізації, а через пару днів був призначений провідним хірургом в Польовий Пересувний Госпіталь (“ППГ-22-66 на кінній тязі”).

У цьому госпіталі і на одній посаді прослужив всю війну з Німеччиною і з Японією. Госпіталь призначався для роботи в польових умовах, був розрахований на 200 поранених. Загальний штат – 80 чоловік, лікарів – п’ять. Плюс 22 коні.

Події війни опишу стисло. Літо і осінь 1941 року лікували легкопоранених в Сухинічах. У жовтні німці прорвали фронт, і ми відступили за Москву, в місто Егор’євськ. Там пізнав першу поразку: помер хворий від газової гангрені в результаті моєї помилки. Познайомився з головним хірургом госпіталів А.А.Бочаровим. (Дружба з ним тривала до його смерті в 1970 р.)

У грудні 41-го почалося наш наступ під Москвою. Госпіталь працював в тилу фронту – в Подольську, а потім в Калузі. Нам збільшили штат, виділили велику будівлю, число ліжок досягало п’ятисот. Була дуже напружена робота з тяжкопораненими. Основні проблеми: газова інфекція (робили ампутації), поранення суглобів і переломи стегна – лікували гіпсовими пов’язками. Були багато смертей і важких душевних переживань. Тоді ж розробив свої методи операцій, що понизили смертність. Написав першу дисертацію і представив в Московський медінститут. До того жодної дисертації не бачив.

У січні 1943 року отримали наказ скоротитися до штатних 200 ліжок і відправлятися у військовий район, в 48 армію, на Брянський фронт.

Першим випробуванням було село Вугільна, відрізана снігопадом від великої дороги. У холодних хатинах лежало до шести сотень необроблених поранених. Наші п’ять лікарів насилу могли їх тільки оглянути, щоб не пропустити кровотечу або газову гангрену і встигнути відправити на санях в перев’язувальний намет. Смертність була велика. Настрій – відповідним.

Весь рік наш ППГ йшов услід за наступаючими військами. Умови були дуже важкі: перевантаження, зруйновані села, робота в наметах, без електрики, погана евакуація. Поступово пристосувалися: навчилися сортувати, перев’язувати, оперувати, лікувати і евакуювати. Більшість поранених привозили з дивізій на попутних машинах, а ми відправляли їх в госпіталі “другої лінії”, до залізниці, що б везти в тил в санітарних поїздах

Саме у такій ролі нас застав кінець 1943 року. Госпіталь розвернули у великому українському селі Хоробічи, поряд із станцією. Замерзлих поранених привозили за сто кілометрів цілими колонами на відкритих вантажівках, що поверталися з передової. Ми знімали з машин тільки “лежачих”, а тих, хто міг рухатися, відправляли в інший госпіталь, в сусіднє село. Поки підійшов санітарний поїзд, у нас накопичилися 2300 поранених: зайняли школу і близько чотирьохсот хатин. Добре, що жителів не відселяли, як це було у Вугільній, і жінки – господині допомагали нашим тимчасовим санітарам з легкопоранених, яких ми, затримували на час лікування. У Хоробічах у нас була хороша організація: сортування під час вступу, обходи і перев’язки вдома, швидка доставка в госпітальне відділення для операцій. Всі разом дозволило уникнути (майже уникнути!) смертей від “пропущених” кровотеч і гострої інфекції. У грудні пішли санітарні поїзди і ми відправили майже всіх поранених.

1944 рік пройшов відносно легко. Ми почали його поблизу Гомеля в селищі Буда, при станції постачання армії. Для госпіталю відремонтували школу і разом з наметами, отримали до п'ятисот місць. Поїзди приходили регулярно, і труднощів з евакуацією не було. Там же відбулася подія: я одружився на операційній сестрі Ліді Денісенко. Вона пішла на війну добровільно після третього курсу педінституту і служила в Медсанбаті. Восени 1941-го їх дивізія була оточена і Ліда місяць блукала по лісах з групою солдатів. Через лінію фронту їх переправили партизани. З Москви її відряджали до нас. Була відмінна операційна сестра і красива дівчина. Наш роман тягнувся півроку, поки оформили одруження в місті Речиця. Ще до того прийшов лист від Галі: вона служила на Північному флоті, вийшла заміж і чекала дитину.

У Буді отримав сповіщення з Москви, що на мою дисертацію даний негативний відгук: вчена кар'єра поки не відбулася.

Літній прорив наших військ в Білорусії ми зустріли в містечку Піревічі. Поранених було не дуже багато. Війська швидко пішли вперед, і ми наздогнали фронт тільки восени, в Польщі. Після декількох переїздів з напруженою роботою, підішли до межі Східної Пруссії.

Зустріч 1945-го року відсвяткували в лісі, в землянках. 15 січня почалося останній наступ на Німеччину. Оборону німців прорвали швидко, поранених отримали всього біля двохсот, обробили, наклали гіпсові пов'язки і відправили.

Кілька разів переїздили по території Східної Пруссії, майже не працюючи. Умови були відмінні: всі німці виїхали, містечка і селища були порожні, господарського майна ("трофеї наших військ") – скільки завгодно.

У місті Ельбінг ми зустріли День Перемоги, маючи 18 тяжкопоранених.

У штабі армії отримали медалі і ордени, при нашому госпіталі провели армійську конференцію, місяць чекали вирішення долі, потім здали коней, завантажилися в ешелон і поїхали додому. Коли перетнули Волгу, надії на демобілізацію розтанули. Бачили, як на схід безперервно йдуть військові ешелони і всі говорили, що буде війна з Японією. Після місяця шляху через всю Росію вивантажилися в Приморському краї. Скоро розшукав Бочарова, він був головним хірургом армії, що прийшла, як і ми, із заходу.

У серпні оголосили війну. Ми прийняли з десятків легких поранених на кордоні, і рушили в Манжурію. В цей час американці скинули атомні бомби і Японія капітулювала. Після декількох переходів і переїздів, розвернулися в містечку Болю і навіть прийняли поранених, після короткого бою з японцями-смертниками. У вересні нас перевезли в район Владивостоку. Тут протягом місяця госпіталь розформували: виїхали санітари, потім сестри і жінки-лікарі.

Так закінчився славний шлях ППГ 22-66.

За війну я став досвідченим хірургом, міг оперувати на будь-якій частині тіла. Особливо досяг успіху в лікуванні поранень грудей, суглобів і переломів стегна. На жаль, перевантаження, постійні переїзди і необхідність евакуації часто не дозволяли доводити справу до кінця, що б отримувати повне задоволення.

У мене збереглися записи і звіти за всю війну. По свіжій пам'яті, ще на Далекому Сході, написав декілька наукових робіт, другу дисертацію, а опісля тридцяти років – спогади: "ППГ 22- 66".

Поранених пройшло трохи більше 40 тисяч. Майже половина – важкі і середній тяжкості: з пошкодженням кісток, проникаючими пораненнями грудей, живота, і черепа. Померло понад сімсот: величезне кладовище, якби могили зібрати разом. У ньому були і могили померлих від моїх помилок.

Думка про війну. Ганебний початок на совісті Сталіна і генерального штабу на чолі з Жуковим. У 1941 році для оборони сил було цілком досить: не було організації. У подальшому, в ході всієї війни, перемоги досягалися величезними втратами – в 3-4 рази що перевищували втрати німців. Виправдання цьому немає, оскільки після 1942 року результат війни вже був вирішений наперед: зброї робили у декілька разів більше ніж Німеччина, союзники допомагали, людські резерви ще були. Безперечною заслугою Партії є організація тилу: евакуація заводів на схід і нарощування виробництва. Солдати і офіцери робили свою ратну справу відмінно. Так само відмінно працювали громадяни в тилу. В цілому, війна згуртувала народ і дозволила на деякий час навіть забути про колишні репресії. Досить скоро нам нагадали: відправили до таборів всіх наших колишніх військовополонених. Після розформування ППГ-22-66 нас з Лідом направивши в інший госпіталь і разом з ним ми знову потрапили в Манжурію – лікувати японців хворих тифом в таборі військовополонених. Там ми зустріли 1946 рік, але вже в лютому Бондарьов відкликав мене і призначив ординатором в Окружний госпіталь. Тоді ж я зустрівся з Кирилом Симоняном – дружили до смерті. Лікареві, молодому чоловікові, піти з армії з Далекого Сходу можна було тільки по блату. Коли поїхали у відпустку, до Москви, літом 1946 року, Бондарьов дав листа С.С.Юдіну, академікові, з проханням допомогти. Юдін відмовив, але мене врятував інженерний диплом і міністр медичної промисловості. Він звернувся до військового начальства, щоб мене відпустили для міністерства. Подіяло. Тоді ж Юдін пообіцяв роботу в Інституті Скліфосовського.

Для оформлення відставки довелося знову їхати на схід. Там, за два місяці очікування, написав ще одну – третю вже – дисертацію про поранення колінного суглоба. Ліду відновили в педінституті, а мене Юдін призначив завідувати операційним відділенням: там були багато непрацюючих апаратів – завдання для інженера. У військкоматі отримав пайок і картки. Знайшли кімнату – 4 квадратних метра.

У Москві прожили тільки до березня 1947 року. Робота не подобалася: техніка не цікавила, а оперувати не давали. Дивитися чужі операції набридло. Без хірургії Москва не спокушала. Задумав виїжджати.

Роботу влаштувала наша колишня госпітальна старша сестра з Брянська, Л.В.Бикова. Мене узяли головним хірургом області і завідуючим відділенням в Обласну лікарню. Про таке місце не смів навіть мріяти!

Брянськ. Шість років пройшли, як в казці. Відмінна робота, відмінні люди: помічники – лікарі з колишніх військових хірургів і адміністрація лікарні. Але головне – робота. Багато складних хворих і нових операцій – на шлунку, на стравоході, на нирках, – у всіх областях тіла. Але найважливішими були резекції легенів – при абсцесах, раках і туберкульозі. Їх я ніколи не бачив, методику розробив самостійно і за чотири роки прооперував хворих більше всіх хірургів в Союзі.

Робота в області з районними хірургами теж була цікава: потрібно перевіряти і учити. Багато їздив, проводив конференції, показував операції. Авторитет завоював, хоча спочатку був непристойно молодий для такої посади.

Дисертацію (третю) захистив в 1948 році в Горькому. Через рік вже вибрав тему для докторської: “Резекції легенів при туберкульозі”. Оперував багато і в 1952 році дисертація була готова. Академік А.Н.Бакульов працю схвалив, прослуховуючи доповідь на конференції з грудної хірургії в Москві. Ліда працювала старшою операційною сестрою і закінчила педінститут заочно. Проте, вчителькою бути не збиралася. Говорила – “Хочу стати хірургом!”

Тут підвернувся Київ: зробив в Інституті туберкульозу доповідь і показав операції. Директор А.С.Мамолат запросив працювати, міністр обіцяв відкрити ще відділення в госпіталі для інвалідів війни.

Дуже не хотілося виїжджати з Брянська! Але куди подінешся? Дружина поступила в Київський медінститут. Можливостей для кар’єри в області не було. Зважився, і в листопаді 1952 – переїхали. Дисертацію подав ще з Брянська – і знову в Горький.

Київ. Спочатку все не подобалося: квартира – одна кімната, хірургія бідна, працював в двох місцях, хворих мало, помічники ледачі. Дуже сумував, їздив до Брянська оперувати. Поступово проблеми вирішалися. У березні 1953 захистив дисертацію. З малою перевагою голосів, але все таки вибрали на кафедру в Медінституті. Тут була нова клініка, складні хворі, виступи перед хірургами. Двоє помічників приїхали з Брянська. Квартиру поліпшили. Робота пішла.

У січні 1955 зробив доповідь по хірургії легенів на з’їзді в Москві: мав успіх. Тоді ж почав прості операції на серці. Ліда вчилася нормально. Їздив з доповідями на конгреси до Румунії і Чехословачії.

У 1956 відбулася подія: народилася дочка Катя. Вагітність Ліди йшла з ускладненнями, тому робили кесаревий перетин. До того, за двадцять років сімейного стажу потреби в дітях не відчував. Ліда наполягла. Але як побачив ця маленька, червонувата, хитка істота, так і зрозумів – кінчилася свобода, вже не втечу. Які б сирени не спокушали.

У тому ж році нам дали трикімнатну квартиру – першу в житті з ванною і туалетом. Медінститут Ліда закінчила в 1958 році. Виконалося бажання – стала хірургом, оперувала навіть легені. На жаль, через сім років трапився інсульт у матері, три роки лежала паралізована. Довелося Ліді доглядати і перейти на легку роботу – на фізіотерапію.

1957 рік був дуже важливий: у січні клініка переїхала в нову триповерхову будівлю, а восени я їздив на конгрес хірургів до Мексики. Там побачив операцію на серці з АШК (Апаратом Штучного Кровообігу) і дуже захопився. Оскільки купити апарат було неможливо, то розробив власний проект – його зробили на заводі: нарешті, стали в нагоді інженерні знання. Наступного року провели експерименти на собаках, а до кінця року спробували на хворому: у нього трапилася зупинка серця при звичайній операції. Хворий помер. Після цього ще рік експериментували. У 1959 році вдало прооперували хлопчика з важкою вродженою вадою серця – так званою “Тетрадою Фалло”.

З 1958 року почалася наша “кібернетика”. Спочатку це була лабораторія для відробітку операцій з АШК, потім приєднали фізіологічні дослідження серця за участю інженерів і математиків. У Інституті кібернетики створили спеціальний відділ. Зібрався колектив ентузіастів.

Протягом наступного десятиліття сформувалися такі напрями в розвитку ідей, які зародилися ще в Череповці. 1. Регулюючі системи організму – від хімії крові, через ендокринну і нервову системи до кори мозку. 2. Механізми розуму і штучний інтелект. 3. Психологія і моделі особистості. 4. Соціологія і моделі суспільства. 5. Глобальні проблеми людства. За всіма напрямками були створені групи, проводилися дослідження, створювалися комп’ютерні моделі, писалися статті. Захищено два десятки дисертацій, видано п’ять монографій і багато брошур. Колектив розпався в дев’яності роки, у відділі залишилася тільки група по штучному інтелекту з якою дружу до цих пір. У 1962 році, з академіком П.А.Купріяновим, ми зробили турне по клініках США: познайомилися з відомими кардіохірургами – Ліліхаєм, Киркліном, Блелоком і іншими, подивилися багато нових операцій. Деякі з них залишилися в моєму арсеналі, інші – закінчилися сумно. Зокрема, це торкнулося пластики аортального клапана стулками з нейлонової тканини: у всіх восьми хворих наступив рецидив і п’ятеро загинули. Була справжня драма.

У той рік проблема протезів клапанів вийшла на перше місце. Американець Стара створив кульовий клапан, в нашій лабораторії – свою модель – з півсфери, доповненою спеціальною обшивкою корпусу що перешкоджала утворенню тромбів. Цікаво, що Стар придумав те ж саме і майже в той же час.

З 1962 року почалося сходження моєї кар’єри відразу по декількох лініях. Причому без всяких зусиль з мого боку: я свято слідував правилу М.А.Булгакова: “Ніколи, нічого не проси”.

Коротко перерахую кар’єрні успіхи.

На початку 1962 року мене вибрали членом-кореспондентом Академії Медичних Наук. Запропонував сам президент, А.Н.Бакульов. Потім в той же рік присудили Ленінську премію – в компанії чотирьох легеневих хірургів. Наступний чин, вже зовсім несподіваний, – обрання депутатом Верховної Ради СРСР. От так це було: викликали в Обком і сказали: “Є думка висунути вас в депутати. Народ підтримає”. Я делікатно відмовлявся, мені дійсно не хотілося, але наполягати побоявся: всі під Партією ходимо! Потрапиш в немилість – працювати не дадуть.

У депутатах я пробув чотири терміни. Засіданнями не обтяжували – двічі в рік по 2-3 дні: сиди, слухай і голосуй одногосно. Але був серйозний обов’язок: приймати громадян і допомагати їм в труднощах. Я чесно відпрацьовував – вів прийом раз на тиждень. Приходили по 4-10 чоловік, в основному по квартирних питаннях. Писав папери до начальників, і як не дивно – в половині випадків допомагало. Прийоми ці були обтяжливі: горя наслухався, на додаток до хірургічних нещасть. Всі доходи депутата складали 60 рублів у місяць, один тільки раз їздив з дочкою на курорт. Правда, були безкоштовні квитки на транспорті, та зате не брав командировочних грошей в інституті.

Щоб більше не згадувати про чини і нагороди, перерахую відразу все подальше: 1969 – академік Української АН. Потім – три державні премії України – за хірургію і кібернетику. У 60 років дали Героя Соцпраці. Потім ще були ордени Леніна, Жовтневої революції. Це не рахуючи чотирьох орденів за війну, звання Заслуженого діяча науки. От так приголубила Партія безпартійного товариша. Але значків на піджак не вішав. Моя совість перед виборцями чиста: не обіцяв, не брехав, комуністів не славив. То ж стосується і хворих: ніколи нічого не брав і навіть у вестибюлі висіло розпорядження: “Прошу не робити подарунків персоналу, окрім квітів”.

Що стосується фрондерства до властей, то перебільшувати не буду: проти не виступав. Крамольні книжки з-за кордону возив в множині, користуючись депутатською недоторканністю, але тримав під замком.

Чи був я “радянською людиною”? Напевно, все-таки – був. Мінати соціалізм на капіталізм не хотів. Заздрив західним колегам по частині умов роботи, але що б виїхати – думки не виникало. Не дивлячись на правителів-комуністів, наше суспільство виглядало людянішим. Права бідного народу на роботу, пенсію, соцстрах, лікування, освіту, майже безкоштовні квартири і транспорт, здавалися важливішими за свободу преси і демонстрацій проти уряду. Адже вони потрібні тільки купці інтелігентів. Тим більше, коли відкриті репресії після Сталіна різко зменшилися. Дійсне положення “трудящих” на Заході я дізнався багато пізніше. Перегляд політичних поглядів відбувся вже після Горбачовської перебудови.

Письменник. Одного разу осінню 1962 року, після смерті при операції хворої дівчинки, було дуже погано на душі. Хотілося напитися і кому ні будь поскаржитися. Сів і описав цей день. Довго правив рукопис. Вичікував. Сумнівався. Через місяць прочитав приятелеві – письменникові Дольду-Міхайліку. Потім другу – хірургові, ще комусь. Всім дуже подобалося. Так виник “Перший день” в майбутній книзі “Думки і серце”. Дольд допоміг надрукувати в журналі в Києві. Передрукували в “Науці і житті”. Потім книжечкою. Потім – “Роман газета”. І ще, і ще. Всі разом: великий успіх. Письменник Сент-Джордж, американець російського походження, переклав на англійську. З нього – майже на всі європейські мови. В цілому видавали більше тридцяти разів. Правда, грошей платили мало: Союз не підписав конвенції про захист авторських прав. Знаменитим – став, багатим – ні.

Сподобалося: до цих пір пишу, хоча вже не так успішно. Видав п’ять книг белетристики: “Думки і серце”, “Записки з майбутнього”, “ППГ-22-66”, “Книга про щастя і нещастя”. Останню – спогади – “Голоси часів” надрукували до ювілею – 85 років. До цього варто додати ще одну – “Роздуми про здоров’я” – виклад моєї “Системи обмежень і навантажень”. З урахуванням масових журналів, її тираж досяг семи мільйонів. Приблизно стільки ж, як “Думки і серце”.

Літом 1963 року потрясло страшне нещастя: вибух в камері. Камера 2 на 1,5 м була виготовлена для проведення експериментів і операцій на хворих з кисневим голодуванням. Завод-виготівник допустив грубу помилку: камеру заповнювали киснем з тиском до 2 атмосфер. Фізіологи з лабораторії кібернетики

робили в ній досліди на собаках. Три-чотири рази лікарі лікували хворих. Сам одного разу брав участь в такому сеансі. Усередині камери стояв один електричний вимірювальний прилад. Мабуть, від іскри, в атмосфері кисню, став вибуховий спалах. Двоє дівчат-експериментаторів отримали сильні опіки і через декілька годин померли. Приїжджав прокурор, але до суду справу не довели. Я вважав себе винуватим: допустив халатність, не вникнув в техніку безпеки. Переживав. До цих пір страждаю.

У подальшому зробили ще одну камеру – але вже на повітрі. Лікували хворих з ускладненнями після операцій, проте без більшого успіху.

Пересадка серця. Коли Бернар пересадив серце – це був виклик всім кардіохірургам. Я знав, що мій рівень нижче світового, але все таки зважився спробувати. Техніка операцій не здавалася дуже складною. Прочитав, продумав, і почали готуватися. Головна проблема – донор. Потрібне серце, що б'ється, при загиблому мозку. Зробили замовлення на швидку допомогу, що б привозили поранених з важкими травмами черепа: ми обстежимо і вирішимо, якщо мозок помер, візьмемо серце для пересадки. Реципієнта підібрати не важко: є хворі з поразкою міокарду, яких чекає близька смерть. Приготували стерильну палату, виділили маленьку операційну. Почали експерименти на собаках – вдавалося пересадити серце і переконатися, що воно працювало. Правда, не довго, всього декілька годин.

Поклали хворого-реципієнта. Почали чекати донора. Через пару тижнів привезли молоду жінку після автомобільної аварії: серце ще працювало, а голова сильно розбита. На енцефалограмі-пряма лінія. Консиліум невропатологів вирішив: мозок загинув. Розшукали родичів, потрібна їх згода. Звичайно – мати плаче, чоловік мовчить. Була обтяжлива розмова. Просили почекаати: “А раптом вона не помре, серце ж працює”. Приготували АШК – що б пожвавити серце, як тільки почне зупинятися і рідні дадуть згоду. Чекали декілька годин, поки стало ясно – марно. Вмираюче серце пересаджувати не можна. У мене не вистачило мужності чинити тиск на рідних. Оголосив відбій, і більше досвід не повторювали. Ясно, що не зможу переступити через психологічний бар'єр.

Академія побудувала новий житловий будинок, заслужені академіки в нього переїхали, а нам в старому будинку дали квартиру: 85 метрів, чотири кімнати, високі стелі. Зробили ремонт, купили меблі, книжкові полиці. Виставив з антресолей всі книги – це 6-7 тисяч, повісив на вільну стіну дві картини – вийшов інтелектуальний професорський кабінет. І до цих пір подобається.

У 1970 році Катя поступила в медінститут. У 15 років: у один рік здала за три останні класи школи. Любов до дочки була найсильнішим відчуттям в моєму житті. Виховував її по науці: у три роки уміла читати, рано приохотилася до книг, з чотирьох – англійський. Театри, музеї, виставки, поїздки до Москви, до Ленінграда, навіть до Німеччини. А головне – розмови і любов.

Не все йшло безхмарно: після першого курсу був нервовий зрив. Московські психіатри трохи не залікували психотропними засобами. Втрутився, забрав додому, все відмінив, узяв в клініку операційною сестрою на свої операції. Виправилася, але рік втратила.

Перерахую важливе про Катю. Вийшла заміж на останньому курсі, закінчила з відзнакою, поступила в аспірантуру по терапії, захистила кандидатську, потім – в 33 роки – докторську. Народила дочку – Анюту, отримала кафедру, написала чотири книжки і багато статей, підготувала два десятки дисертантів. Остання подія – в 2000 році – вибрали в член-кореспонденти Медичної Академії. Чоловік – професор-хірург. Ось така вийшла дочка. Горджуся.

У тому ж 1970 року була ще подія: Ліда узяла собаку, суку трьох місяців, доберман-пінчер, назвали – Чарі. Собака мені була не потрібна, Ліда узяла для себе. Проте довелося її вигулювати і вона стала мені, як близький друг. На дев'ятому році життя, я не додивився, трапилася перша вагітність, не могла народити, сам оперував удома, щенята були мертві. Загинула від пневмонії. Три дні від неї не відходили. Дуже переживали. І тут же узяли таку ж – “Чарі другу”. Ця жила десять років, так само любили. Вмирала від раку, дуже важко. Більше брати собак не зважилися: дуже багато переживання, коли вмирають.

Чарі спонукала мене бігати, що б раціональне використовувати час відведене для гуляння.

Фізкультура для мене – одна з основ життя. Доведеться розповісти історію. У ранньому дитинстві я ріс один і “програми” фізичного розвитку не відпрацював. Праця в господарстві додала сили, але не дала спритності: плавати, танцювати і їздити на велосипеді не навчився. З уроків фізкультури втікав в школі і в інституті. Але завжди був здоровий. На війні вперше був напад радикуліту, потім він часто повторювався, можливо, від тривалих операцій. У 1954 стало зовсім погано: на рентгені визначилися зміни в хребцях. Тоді я і розробив свою гімнастику: 10 вправ, кожне по 100 рухів. Це допомогло. Чарі додала уранішні пробіжки. Система доповнилася обмеженнями в їжі: строго утримував вагу не більше 54 кг. Продумав фізіологію здоров'я і вийшов “Режим обмежень і навантажень” – улюблена тема для публіки.

Про лекції варто сказати особливо. До публічних виступів вподобав в кінці 60-х років. Напевно, мені лестили аплодисменти, і можливість говорити на межі дозволеного – сподівався, що депутатський статус захистить від КДБ. Спочатку виступав від суспільства “Знання”, а коли прославився, запрошували усюди, до Москви, Ленінграда, Прибалтики. На Україні об'їздив всі області: приїжджав на один день і прочитував три лекції. Теми були самі різні: від “здоров'я” до соціалізму і штучного інтелекту. Платили по 40 рублів за лекцію, але і ті годилися на “ліві” (чоловічі) витрати.

З лекції народилася книжка “Роздуми про здоров'я”, про яку вже згадував.

Нова клініка. В кінці шістдесятих років триповерховий будинок став для нас тісним. Вище начальство вирішило побудувати ще одну велику будівлю. Проектували довго. У 1972 почали будувати, і через три роки закінчили. Великий будинок в шість поверхів з операційними, конференц-залом з розрахунком на 350 ліжок. Стару будівлю залишили під поліклініку, рентген і аптеку. Розширили штати, набрали випускників з інституту. Вийшло добре. До 1980 року кількість операцій довели до 2000, з яких 600 – з АШК.

Результати, проте, не радували, настрої був поганий, хоча я оперував щодня.

У 1981 році, при моїй неохочій згоді, Ліда купила під дачу цілком пристойний будинок, в селищі за півсотні кілометрів від міста. Я залучився до дачного життя тільки через рік – сподобалося бігати в лісі і столярувати в майстерні. У інститут їздив на електричці. У липні того ж 1982 року відбулася чергова душевна криза: часто вмирили хворі. Оголосив, що на все літо кидаю хірургію і займатимуся тільки кібернетикою. Жив на дачі три місяці – робив моделі суспільства і їздив на семінари в своєму відділі.

Тільки у листопаді почав помалу оперувати. Поступово все повернулося до колишнього життя.

Інститут. Літом 1983 року відбулася подія: наша клініка відокремилася від Тубінституту і перетворилася на самостійний Інститут серечно-судинної хірургії. Для цього мені довелося йти в ЦК партії України, до В.В.Щербицького. По його ж наполяганню мене призначили директором. Не хотілося, але справа важливіша – відмовитися не зміг. Організація інституту пройшла легко. Поставив надзадачу: 4000 операцій в рік, 2000 – з АШК.

У грудні відсвяткували мій ювілей – 70 років. Була наукова конференція, багато гостей. Інститут відразу запрацював добре, число операцій зросло.

Тут почалася горбачовська перебудова – гласність. Вдихнули маленький ковток свободи. Дуже подобалося. Виписував масу газет і журналів. При публічних виступах вже не озирався на Партію і КДБ.

Хвороба. Всі біди приходять несподівано: на тлі звичайного режиму, влітку 1985 почалися перебої в серці. До осені розвинувся повний блок: частота пульсу – 40, бігати вже не можу. Потрібний стимулятор, але я упирався, поки не розвинулася гіпертонія. Під новий рік передав інститут заступникові – думав, що назовсім, і поїхав на операцію до Каунасу, до Ю.Ю.Бредікуса. Ліда і Катя поїхали зі мною.

Стимулятор запрацював відмінно і до середини лютого 1986 я повернувся: знову директорство, операції, біг.

Аварію в Чорнобилі, в квітні 1986, сім'я пережила на дачі, 50 км від нещасливого місця. Я із самого початку вважав, що шкідливі наслідки перебільшені: письменники і політики налякали публіку і весь світ. В результаті мільйони людей зробили невротиками на багато років. Лікарі теж піддалися цьому психозу.

У 1987 році в країні почалися експерименти: виборний директор, кооперативи, самостійність підприємств, ради трудового колективу. Ми теж добилися госпрозрахунку, щоб отримувати гроші від міністерства не по кошторису, а за операції. Результат – кількість операцій з АШК майже подвоїлася і наблизилася до двох тисяч. У півтора рази підвищилася зарплата. Працювати почало цікаво.

Тим часом, в грудні 1988-го підійшов ювілей: 75 років. Вирішив залишити пост директора, але продовжувати операції. Були зворушливі проводи: трохи не розплакався. Таємним голосуванням з декількох кандидатів, вибрали нового директора Г.В.Книшова. Він і тепер працює.

Раз на тиждень я оперував з АШК. Але це було вже інше життя, нудне. У країні панувала ейфорія демократії – вільно вибирали народних депутатів.

З 1962 по 1979 рік я вже був членом Верховної Ради і тоді переконався, що це ширма для диктатури Партії. Тепер, здавалося, все буде інакше: народ отримає реальну владу. Я ж знав, як її потрібно спожити. Тому, коли наші лікарі висунули мене в кандидати – я погодився. Було п'ять конкурентів, включаючи кандидата від КПРС, але я пройшов в першому турі.

У травні 1989 р. був 1-й з'їзд народних депутатів: два тижні вільних висловів, виступи Сахарова, відміна контролю партії, перший демарш прибалтів і багато що інше. Мене вибрали у Верховну Раду: потрібно засідати безперервно, як в справжньому парламенті. Я просидів три місяці і переконався, що ці порожні сперечання не для мене. У Києві намагався проводити свою програму допомоги медицині і школі і знову потерпів невдачу: порядки залишилися колишні, адміністратори зі всім погоджувалися, але нічого не робили. На депутатські прийоми приходили по 30-40 чоловік, вони вже не просили допомоги, як раніше, а вимагали. При публічних зустрічах народ різко критикував владу. Депутатам теж діставалося.

Восени, на моє прохання, московські лікарі допомогли звільнитися від парламенту – знайшли аритмію. Але засідання і прийоми виборців залишилися. Засумував. А що зробиш? Але все-таки, життя в Москві не пройшло без користі: Верховну Раду відкрив доступ до статистики і заборонених книг. Провів три великі соціологічні дослідження через газети, дізнався настрої народу. Про це опублікував декілька статей в газетах і журналах.

Найголовніше: переглянув свої переконання, переконався, що соціалізм поступається капіталізму по ефективності. Приватна власність, ринок і демократія необхідні для стійкого прогресу суспільства. Від цього виграють не тільки багаті але, з часом – і бідні.

Далі слідували події 1991-92 рр.: розгром Путчу, розпад Союзу. Верховна Рада перестала існувати, Горбачов пішов у відставку.

Незалежність України я вітав. Раз є народ, є мова – повинна бути країна. Здавалося, наступає нова ера.

На жаль, надії на процвітання України і Росії не виправдалися. Партійні начальники оволоділи демократичною владою і державною власністю і наступила жорстока криза всього суспільства. Виробництво скоротилося в два рази, половина народу збідніли, соціальні блага різко зменшилися через нестачу грошей в бюджеті. Розповсюдилися корупція і виросла злочинність. Народ розчарувався в демократії. У 1992 році я підсумував свої філософські ідеї і написав статтю "Мій світогляд". Її надрукували в декількох виданнях. Розширення і вдосконалення цієї праці продовжується до цих пір: видаються книги і брошури.

У тому ж році закінчилися моя хірургія. Через два місяці після операції, від інфекції помер хворий, і я вирішив, що негоже в 80 років оперувати серце. У Інститут почав ходити раз на тиждень.

Осіною 1993 року серцевий стимулятор відмовив і його замінили на новий. У грудні відсвяткували вісімдесятиліття. Отримав черговий орден.

Скоро після ювілею почав помічати, що почав гірше ходити, хоча продовжував свою звичайну гімнастику – 1000 рухів і 2 км. “підтюпцем”. Відчув наближення старості. Тоді і вирішив провести експеримент: збільшив навантаження в три рази. Ідея була наступна: генетичне старіння знижує мотививацію до напруги і працездатність, м’язи деформуються, це ще скорочує рухливість і тим самим посилює старіння. Щоб розірвати порочний круг потрібно змусити себе дуже багато рухатися. Що я і зробив: гімнастика 3000 рухів, з яких половина, – з гантелями, плюс 5 км. бігу. За півроку я омолодився років на десять. Знав, що є порок аортального клапана, але не надав цьому значення, поки серце не заважало навантаженням.

На такому режимі благополуччя продовжувалося 2,5-3 роки, потім з’явилася задишка і стенокардія. Серце значно збільшилося в розмірах. Стало ясно, що порок серця прогресує. Бігати вже не міг, гантелі відставив, гімнастику зменшив. Але роботу за комп’ютером продовжував в колишньому темпі: написав дві книги і декілька статей.

У 1997 році спільно з фондом член-кореспондента НАНУ, Б.Н.Маліновського провели велике соціологічне дослідження через українські газети – отримали 10 000 анкет. В.Б.Бігдан і Т.І.Малашок їх обробили. Основні висновки: народ бідує, незадоволений властями, немолоді хочуть повернути соціалізм, молоді – рухати реформи далі. Такий же розкол з приводу орієнтації України – на Росію або на захід. Дані опублікували, але полеміки вони не викликали.

У зиму 1998 року стан серця ще погіршав. Ходив насилу. Проте, за комп’ютером працював, написав книгу спогадів “Голоси часів”.

На початку травня 1998 року Толя Руденко з нашого інституту домовився з професором Керфером, з Німеччини, що він візьметься мене оперувати. Котя і директор інституту Г.В.Книшов організували цю поїздку. Міська адміністрація погодилася сплатити витрати.

Після цього рішення воля до життя впала, стан погіршав і я відчув близькість смерті. Страху не відчував: всі справи в житті зроблені.

26-го травня Котя, Толя і я приїхали в невелике місто Bad Oeynhausen, недалеко від Ганновера – в клініку “Reiner Korfer”. Обстеження підтвердило різке звуження аортального клапана і поразку коронарних артерій. 29 травня професор ушив мені біологічний штучний клапан і наклав два аорто- коронарних шунта. Сказав, що гарантія клапану – п’ять років. Після операції були неприємності, але все закінчилося добре. Через три тижні повернулися додому. Серце не турбувало, проте слабкість і ускладнення ще два місяці утримували в квартирі. Легку гімнастику робив з дня повернення. Восени повністю відновив свої 1000 рухів і ходьбу. Не бігав і гантелі в руки не брав. “Експеримент закінчений” написав в “ув’язненні” до спогадів. Книгу заздалегідь до дня народження – в грудні минуло 85 років. Знову були багато поздоровлень. І навіть подарували комп’ютер.

Старість тим часом знову наздоганяла: хоча серце не турбувало, але ходив погано. Тому вирішив: потрібно продовжити експеримент. Збільшив гімнастику до 3000 рухів, половину – з гантелями. Почав бігати, спочатку обережно, потім все більше, і довів до рівня “першого заходу” – 45 хвилин.

І знову, як вперше, старість відступила. Знову добре ходжу, хоча на сходах хитає. Серце зменшилося до розмірів 1994 року. Задишки і стенокардії немає. Живу активним життям: користуюся увагою суспільства, даю інтерв'ю, пишу статті. Підключився до Інтернет.

Займаюся наукою: удосконалюю “Світогляд” – обдумую процеси самоорганізації в біологічних і соціальних системах, механізми мислення, моделі суспільства, майбутнє людства. Мотивом для роботи є цікавість і трохи пихатості.

Знаю, що благополуччя не стійке, скоро міняти стимулятор, а потім, можливо – і клапан. Але смерті не боюся – пам'ятаю байдужість до життя перед операцією. У травні приїжджав на конференцію мій рятівник – Керфер. Ми приймали його в будинку, я розповідав про експеримент, показував гантелі. Він посміявся, але не заборонив вправи і навіть обіцяв прооперувати, якщо клапан відмовить – в будь-якому віці.

Висновок.

Так пройшло життя. Що в ньому було найголовніше? Напевно – хірургія. Операції на стравоході, легенях, особливо на серці, робив хворим при загрозі швидкої смерті, часто в умовах, коли ніхто інший їх зробити не міг; особисто рятував тисячі життів. Працював чесно.

Не брав грошей. Звичайно, у мене були помилки, іноді вони кінчалися смертю хворих, але ніколи не були наслідком легковажності або халатності. Я навчив десятки хірургів, створив клініку, потім інститут, в яких оперовані понад 80 тисяч тільки серцевих хворих. А до того були ще тисячі з іншими хворобами, не говорячи вже про поранених на війні. Хірургія була моїм стражданням і щастям.

Решта всіх занять була не така ефективна. Хіба що пропаганда “Режиму обмежень і навантажень” принесла користь людям. Книга “Роздуми про здоров'я” розійшлася в декількох мільйонів екземплярів. Те ж стосується і повісті “Думки і серце”, яка була видана на тридцяти мовах. Напевно, тому, що вона теж замикалася на хірургію. На страждання.

Кібернетика служила лише задоволенню цікавості, якщо не рахувати двох десятків підготовлених кандидатів і докторів наук.

Мої статті і лекції користувалися успіхом і лестили мені, а участь у Верховній Раді була швидше вимушеною, служила підтримці престижу клініки. Шкоди людям воно не принесло, і користі – теж. Я не кривив душею, не славословив влади, але і проти не виступав, хоча і не любив комуністичних начальників. Проте вірив в “соціалізм з людською обличчям” поки не переконався, що ця ідеологія утопічна, а лад неефективний.

У особистому житті я прагнув бути чесним і добре відносився до людей. Вони мені платили тим же. Проте, свої душевні якості не перебільшую: не герой і не борець за правду.

Якби можна почати жити спочатку – я вибрав би те ж саме: хірургію і на додаток – мудрування над “вічними питаннями” філософії: істина, розум, людина, суспільство, майбутнє людства.

Ідея створити метод лікування на основі самопереконавання прийшла **Георгію Ситіну** після того, як він зумів за допомогою вольового зусилля протистояти смертельній небезпеці під час Великої Вітчизняної війни. Переживши 9 бойових поранень, Ситін зміг відновити своє здоров'я так, що його визнали придатним до стройової служби без обмежень.

Він чотириразовий доктор наук (педагогічних, психологічних, медичних і філософських), він більше 60 років присвятив своїй терапевтичній практиці, допоміг більш ніж 80 000 людей позбавитися від складних недуг.



Г.Ситін

Має велику кількість нагород, визнаний вченими країн Європи, Америки і Росії.

Георгій Миколайович Ситін – видатний вчений Росії зі світовим ім'ям, засновник нового наукового напрямку самовідновлення здоров'я при хворобі і старінні, автор 37 монографій і 10-томного керівництва по самовідновленню здоров'я, яке охоплює всі області медицини.

Президент міжнародного університету Георгія Ситіна в Брюсселі з філіями в Москві, Нью-Йорку, Ізраїлі.

Автор високоефективного методу оздоровлення-омолодження: мисленнєве емоційно-вольове самопереконавання.

Академік Міжнародної Академії Наук – Мюнхен.

Під його науковим керівництвом ведучі вчені Росії відкрили кафедру в Московському інституті медико-соціальної реабілітології.

Нагороджений орденами Кавалера і Командора Всесвітнього ордена “Наука. Освіта. Культура”, золотою медаллю “За наукові заслуги” і срібною медаллю “Почесного професора”.

Є віце-президентом Всесвітнього інформаційного розподіленого університету.

Керівник Всеросійського центру психологічної підтримки людини. Академік Г.М.Ситін – єдиний на планеті лікар – тричі доктор наук, який удостоєний створення Міжнародного університету його імені.

Г.М.Ситін – єдиний в історії людства вчений, якому вдалося створити науковий метод, що знижує біологічний вік людини, тобто те що викликає реальне омолодження.

Російська Академія медичних наук досліджувала його біологічний вік і зробила висновок, що він відповідає 30-40 рокам при календарному – 75. Зараз Ситіну вже більше 85 років, але за висновком вчених, його біологічний вік не збільшився. Американці встановили в Москві апаратуру для прямої трансляції настроїв Ситіна, що зцілюють на Америку, а в Європі його настрої, що зцілюють розповсюджуються на лазерних дисках і аудіокасетах найбільшим видавництвом Німеччини – “Bauerverlag” у Фрейбурзі.

“Щоб допомагати людям, я подолав поранення, хвороби, півстолітнє цькування за свої ідеї. У квітні 1944-го я був виписаний з госпіталю після важкого дев'ятого поранення інвалідом першої групи, а в 57-му визнаний придатним до стройової без обмежень. У 68 років став батьком доньки, а в 70 років – сина. А в 75 років, за висновком РАМН, виявився молодшим за свій вік на 40 років. Зараз мені більше 85, але я ніколи не оформляв собі пенсії, завжди працював та ще і утримую на свої гроші (мені ніхто не допомагає) безкоштовний лікувальний салон.

Створюючи свій метод, я не знайшов в медицині і в психології ніякого обґрунтування, там навіть не було наукового визначення вольового зусилля. Мені довелося все починати з нуля, з вивчення цього самого вольового зусилля. По цій темі захистив дисертацію, став кандидатом педагогічних наук.

Одного разу я організував масовий експеримент в масштабі цілого міста з півмільйонним населенням відразу у всіх 148 школах, у всіх класах з перших по десятих, і отримав небачений стрибок в підвищенні успішності і духовності школярів. За ці дослідження Російська академія освіти присвоїла мені вчений ступінь доктора педагогічних наук.

Мій метод рекомендований до широкого використання Центром відновної медицини і Центром профілактичної медицини МОЗ РФ, Інститутом традиційних методів лікування МОЗ РФ, Інститутом біофізики 3-го Головного управління МОЗ РФ, Центром ім. Сербського, Кардіологічним центром Чазова, Інститутом геронтології РАМН, Московською медичною академією, Московським інститутом медико-соціальної реабілітології, в якому створив кафедру психосоматичної реабілітації здоров'я людей різного віку, а також Інститутом психології РАН.

Але при цьому мої лікувальні настрої розповсюджуються по всій Європі на лазерних дисках і аудіокасетах. Американці, використовуючи мій метод, успішно лікують різні захворювання, зокрема рак. Вони, до речі, встановили в моєму робочому кабінеті цілодобовий телеміст для прямої трансляції лікувальних текстів самопереконавання на Америку.

Коли мене обирали в Мюнхені академіком Міжнародної академії наук, широко відомий на Заході вчений Карл Гехт сказав: “Ми обираємо в дійсні члени класика світової психотерапії, автора найефективнішого психотерапевтичного методу, який неминуче стане основним методом у всій світовій

психотерапевтичній практиці і широко використовуватиметься у всіх областях медицини”.

Дуже образливо, що визнаним у всьому світі методом користуються інші, а наш народ із-за недбайливих чиновників позбавлений такої можливості.

Льотчик-космонавт СРСР, Герой Радянського Союзу В.М.Жолобов згадує: “Після польоту в космос у мене був важкий розлад нервової системи, і вся медицина не могла мені допомогти. Тоді я поїхав до Г.М.Ситіна на Ладозьке озеро, де він працював в експедиції з космонавтами. І Ситін зцілив мене за один день у присутності керівника групи підтримки Центру підготовки космонавтів В.М.Колесова. Я багато років стежу за досягненнями Георгія Миколайовича. Для мене очевидно, що те, що він робить, не можуть зробити ні цілі інститути, ні цілі академії наук, ні вся світова медицина. Його не можна зміряти ніякими науковими ступенями і званнями і ніякими нагородами. Те, що він робить, – незбагненно. Він стоїть як би над всіма званнями і нагородами, над всією світовою наукою. Майбутнє всієї світової медицини лежить на шляху до досягнення того, що робить Ситін. Медицина зможе гордитися, якщо вона хоч би через сто років наблизиться до тих результатів, які повсякденно творить цей геній”.

Оздоровча система Б.Болотова

Біографія Б.В.Болотова

Народився 30 листопада 1930 року в селищі Глотовка Ульяновської області в сім'ї російського робочого. Ще в п'ятому класі виявилось, що він володіє сильним біополем. Але такого слова тоді не знали, і директор школи назвав це гіпнозом. Жителі селища почали приходити до хлопчика зі своїми хворобами, він прикладав руку до їх потилиці або просто дивився в очі, і багато хто зцілювався. Але сеанси довелося припинити – їх заборонили “представники” з Ульяновська.

У 1955 році Б.Болотов закінчив Одеський електротехнічний інститут зв'язку, відслужив в армії, зацікавився можливостями біополя, намагався його моделювати, зрозумів, що сам володіє ним. Він почав вивчати і інші способи лікування – секрети стародавньої, Тибету і народної медицини, лікарські трави, гомеопатію і тому подібне

У 1961 році поступив в московську аспірантуру, за рік встиг повністю пройти її трирічний курс, зав'язати знайомство А.Сахаровим, захопитися прикладом правозахисників. Перспективного ученого залишили за розподілом в столиці, дали двокімнатну квартиру біля Курського вокзалу, але ледве він увійшов до нового житла, як в голові чітко зазвучав чоловічий голос: “Негайно виїжджай з Москви!”. Наказ потім повторився кілька разів. Не бажаючи жартувати з невидимими силами (вони, трапляється, беруть під опіку особливо видатних землян), Болотов попросив міністра зв'язку перевести його абикуди. Так в 1962 році він опинився в Києві, де була вакансія з наданням квартири, і пов'язав з цим містом свою долю.



Б.В.Болотов

У 1963 році Борис Васильович із співробітниками вперше провів зворотну ядерну реакцію з розкладання молібдену струмом на ніобій і технецій. У 1964 – захистив кандидатську дисертацію, і А.Сахаров, зацікавившись болотовскою ідеєю “холодного” ядерного реактора, запросив киянина до себе в докторантуру. До нещастя, докторантури незабаром відмінили, і Болотову довелося задовольнитися переходом на роботу в Київський академічний інститут електродинаміки (1965). Він підготував докторську дисертацію по створенню інтелектуального робота, який чує і розмовляє, як чоловік. Болотов вже пройшов стадію попереднього захисту, але... у 1970 році був звільнений “за невідповідність посаді”. Невідповідність виявилася в тому, що він називав керівництво пустоцвітами в науці, викрив фінансові махінації замдиректора, а коли перед захистом йому запропонували вступити в партію, заявив парторгові, що “партія веде народ не туди”.

З цієї миті, де б він не працював, його керівництву дзвонили з вищестоящих інстанцій, а потім і з КДБ, і вимагали гнати в три шії. Низка звільнень і пошуків нової роботи йшла на тлі інтересу, що зростав, до його розробок з боку іноземних фірм. Його дисидентська діяльність була спочатку таємницею. Він допомагав сім’ям правозахисників, писав листівки із закликом до “самостійної України”, бо вважав, що у складі Союзу могутню бюрократію не здолати. Викладаючи в Політехнічному інституті (1970-1974), він дозволяв собі крамольні вислови перед студентами, а, завідуючи лабораторією лазерних установок в Інституті целюлозно-паперової промисловості (1975-1978), де напівлегально займався ядерними процесами, вирішив зробити справу, що коштує багато інших.

Весною 1977 року він завершив 30-томну працю “Безсмертя – це реально”, машинопис якого зайняв 13 тек-книг. У трьох описувалося: 2000 лікарських рослин, 6000 рецептів дві-тритисячолітньої давності, методики лікування нетрадиційними способами. Одна з книг називалася “Як не хворіти, не старіти” – оригінальна лікувальна методологія автора, в корені відмінна як від традиційної медицини, так і від рекомендацій інших систем оздоровлення. Квінтесенцію цієї

методології Болотов сформулював у вигляді 5 правил, недавно опублікованих в декількох газетах. Але він не обмежився наукою про молодість і довголіття.

Безсмертя – прагнення всіх епох – ось що воістину захоплювало його. Болотовська теорія безсмертя базується на періодичній заміні кожні 40 років “клітини-лідера”, яка знаходиться в центрі людського організму на два пальці нижче за пупок і відповідає за виробництво молодих кліток в організмі. Людина старіє тому, що старіє ця клітка, а замінювати її треба новою заплідненою яйцеклітиною. Після кожної такої заміни всі клітки організму потихеньку оновлюватимуться. Болотов встановив, що лідер є в кожній популяції тварин і людини, і, якщо він не володіє відповідними біополями, популяція розпадається і гине. Згряє міняє ватажка, коли він старіє і не може нормально функціонувати (це писалося за життя Л.Брежнєва!).

Нині держави розпадаються тому, що ми вибираємо фіктивних лідерів, укази яких не працюють. Книга не була, таким чином, чисто медичною. Тут була і філософія, і соціологія, і навіть ядерна фізика. А перед тим, як пустити її в самвидав, Болотов в різні місця вставив думки про неможливість побудови комунізму, про злочинність війни в Афганістані, про нецтво політики КПРС, про необхідність двопартійної системи і приватної власності, про правоту польської “Солідарності”. Він не був академіком, як А.Сахаров, і добре розумів, що йому не зійде з рук те, що дозволяв собі академік. Коли книга розповсюдилася по всій Україні, автора попросили з інституту піти. На останній роботі (0,5 ставки листоноші – 30 рублів в місяць) він протримався всього 9 місяців: переляканий начальник благав піти і звідти.

Йшов 1981 рік, залишалося лише лікувати людей і їздити по країні з лекціями про безсмертя. За короткий час про нього розповсюдилася слава як про лікаря-чудотворця, що виліковує навіть рак. У 1982 році КДБ узяв Болотова під щільний ковпак, записував навіть його розмови у таксі. Саме у цю пору Болотова терміново викликали до ракового хворого в Піцунду. А голос в голові попередив: “Не бери квиток на верхню полицю!”. Але іншого квитка не виявилось, їхати довелося саме на верхній полиці. Ліг ногами до вікна, вирішив не спати.

Несподівано відкрилися двері, незнайомиць притиснув до його обличчя марлю, просочену якоюсь рідиною, потім викинув її в прочинене вікно і вийшов. Дихання почало зупинятися, лікар розвернувся головою до вікна, до свіжого повітря і накрився простиралом.

Знову з’явився невідомий, двічі ударив ножом туди, де тільки що були груди, і зник. Насправді вбивця потрапив в ногу, і скривавлений Болотов повалився вниз. Він показав нам шрами на лівій нозі, що залишилися після операції. Найімовірніше, цю акцію провів КДБ, а оскільки вона не вдалася, 15 березня 1983 року до нього на квартиру нагрянули з 15-годинним обшуком, конфіскували (і до цих пір не повернули!) 750 цінних книг, а його самого заарештували і відвезли в слідчий ізолятор КДБ. Там Болотов провів півтора роки, з них близько року – на психіатричних експертизах в Києві і Москві. Торттури, побої, знущання... Врешті-решт його визнали осудним, і в 1984 році відбувся суд. “Наклеп на стан”. Книзі “Безсмертя” тягнула лише на 2 роки, тому нависли ще 6 років по псевдокримінальних статтях “незаконне лікування” і “розкрадання” в

сумі 2620 рублів – зарплата, яку він отримував на передостанньому місці роботи (обчислювальний центр), маючи за домовленістю з начальством вільний режим. Було і улюлюкання в пресі, дружину Неллі Андріївну звільнили “за власним бажанням” з посади доцента, у сина відібрали квартиру.

А в зоні, щоб нацькувати на Болотова кримінальних злочинців, розпустили слух, що він згвалтував власну доньку (якої у нього ніколи не було!). Положення ставало загрозливим, і на знак протесту Болотов з напарником в 1986 році, в день відкриття XXVII з’їзду КПРС, втік, рівно опівдні зник із зони. Начальство було заздалегідь ними попереджено, але не повірило, що втеча можлива. Їх шукали тисячі військових, але утікачі самі повернулися через тиждень.

Новий суд додав Болотову 2,5 року строку; проте, був і позитивний результат – перевели в іншу колонію. Там Борису Васильовичу вдалося неможливе і неймовірне: він привернув на свою сторону частину офіцерів, отримав в своє розпорядження невелику лабораторію, дістав з волі необхідне устаткування, спорудив ядерний реактор власної конструкції і вперше в світі здійснив на ньому “холодні” (без прискорювачів – синхрофазотронів) ядерні реакції з перетворенням фосфору, свинцю в інші хімічні елементи. Заразом отримав сотню нових, не відомих науці хімічних елементів. Зразки для аналізу відправлялися на волю через сміттєвий контейнер, сміттяру платили табірною валютою.

Із зони Болотов переписувався з науковим світом, посилав заявки на винаходи, деякі, поки він сидів, були упроваджені на підприємствах. Він був реабілітований по політичних статтях (травень 1989), але продовжував сидіти по кримінальних і так захопився роботою, що в день звільнення просився посидіти ще пару тижнів – доробити досліди. Але Неллі Андріївна, що приїхала за ним, рішуче чинила опір. 16 травня 1990 року на зборах Російської Академії і Всесвітнього фонду допомоги ученим, новаторам, винахідникам, діячам культури недавній зек зробив доповідь про головне відкриття свого життя, відкриття століття – таблицю, в якій міститься... більше 10000 хімічних елементів і для якої періодична таблиця елементів Д.Менделєєва (сотня елементів з невеликим) є лише окремим випадком. Ці нові, не відомі традиційній хімії і ядерній фізиці хімічні елементи (зразки деяких Болотов має в своєму розпорядженні) були названі ним ізостерами.

Після доповіді збори без зволікання присудили Борису Васильовичу почесне звання “Народний академік”. До цього відкриття учений зміг прийти лише шляхом повного ігнорування фізики, якою учать в школі і вузі. Він відкинув бороську модель атома, відкинув протони і нейтрони, з яких нібито полягає ядро. Дуже багато з відкритих різними ученими ефектів не вписувалися в класичну схему. Він дав власну модель будови атома, що дозволила йому спланувати той самий, завершений в зоні, експеримент. Таблиця Болотових (у роботі над нею брали участь дружина і син ученого) висить тепер в музеї імені Зелінського (м. Москва) поряд з таблицею Менделєєва.

У практичному плані вона відкриває фантастичні перспективи. Але легко уявити собі замішання нашої офіційної науки... Такий же переворот Болотов

зробив і в хімії. Відому всім науку він назвав хімією першого покоління – а сам розробив хімію другого покоління.

Замість звичайної води її основою є літієва вода (Li_2O), яка в товщі планети спресовується в кремній. У хімії Болотова звичайні хімічні елементи виявляються лише кислотами, лугами і солями, що походять від реакцій за участю іонів літієвої води, а ядерні перетворення елементів і є суттю цих самих реакцій!

На рахунку Бориса Васильовича сьогодні 150 винаходів, на які отримані авторські свідоцтва, і впровадження яких принесло підприємствам 2 мільйони рублів прибутків. Ще на 350 винаходів і 20 відкриттів зроблені заявки в Держкомітет у справах винаходів і відкриттів. Найцінніші його ідеї були відхилені як... неймовірні. Болотовські трильйони є в десяти запропонованих їм наукоємних технологіях.

Це піноматеріали на основі мінералів і металів, міцність яких перевершує всі нині відомі матеріали; з них легко виготовити все, що завгодно, – від корівників і гаражів до корпусів ракет.

Це отриманий і випробуваний Болотовим надміцний кремній з властивостями алмазу.

Це екологічно чиста ядерна енергетика на базі фосфору і інших легких елементів, під яку легко пристосувати існуючі АЕС, прибравши “брудні” уранові казани; можливий і кишеньковий ядерний реактор для обігріву тіла.

Це отримання золота зі свинцю і ртуті, а також інших цінних речовин на основі хімії другого покоління. Видобуток води з повітря, яка вирішить багато проблем посушливих районів. Виробництво паперу з базальту і інших мінералів, які врятовують наші ліси від вирубки. Ферменти, що прискорюють зростання і підвищують продуктивність сільськогосподарських рослин і тварин. Виробництво металів електролізом розплавів, яке набагато дешевше доменного. Виробництво каталізаторів, що прискорюють хімічні реакції.

Є у Болотова і ряд екологічних ідей. Швидкий і ефективний спосіб дезактивації зони Чорнобильської катастрофи. Виведення радіонуклідів з організму уражених радіацією людей. Порятунк Каспія і Аралу. Він нічого не бажає доводити офіційній науці і вважає за краще мати справу з практиками – вітчизняними і зарубіжними підприємцями. Пропозиції на мільярди доларів не змусили себе довго чекати.

Оздоровча система К.Ніши

Я народився слабкою дитиною, я дуже часто і сильно хворів. Діагноз, який поставили мені лікарі, звучав так: кишковий туберкульоз і лімфатичне запалення верхівки легені, а один відомий лікар дав мені смертний вирок, сказавши батькам: “Ця людина, до мого глибокого жалю, ніколи не досягне віку 20 років”.

І дійсно, серед однолітків я був найхворобливішим, але проте відчував себе більш здатним, розумнішим і більш цілеспрямованим, ніж інші діти мого віку. Тим більше я страждав від того, що хворобливість не дозволяє мені реалізувати всі мої здібності і прагнення. Більше всього на світі я хотів того, що було мені недоступно: я пристрасно жадав здоров’я. Я займався фехтуванням і відвідував

храм для релігійних медитацій. Але проте хвороби не покидали мене, я дуже страждав як фізично, так і духовно і все більше і більше худнув.



Кацудзо Ніши

Коли прийшов час вибирати професію, я вирішив піти в Загальну технічну школу. Мої рідні розсудили, що професія інженера-будівельника більше всього підходить для людини з таким крихким здоров'ям. Я був згоден. Але і тут на моєму шляху встали хвороби. Я зрозумів, що нічого не зможу добитися в житті, якщо не укріплю своє здоров'я. Це завдання стало для мене питанням життя і смерті. Тоді-то я і почав збирати знання, в яких шукав відповідь на питання: як стати здоровим?

Я почав застосовувати на собі всілякі ради і рекомендації. У той час дуже популярною була книга Флетчера, присвячена питанням харчування. Флетчер стверджував, що для того, щоб отримувати максимум поживних речовин, їжу необхідно ретельно пережовувати. Крім того, я дізнався, що кращий лікар для людини – сама природа. У ній закладені основи життя і здоров'я. Тоді це було для мене одкровенням. Адже ті доктори, що мене лікували, боролися лише з моєю хворобою, а з книги Флетчера я дізнався, як можна поліпшити здоров'я в цілому.

Я почав слідувати порадам Флетчера, ретельно пережовуючи їжу, видаляючи всі частини, що важко переварюються у шлунку, очищаючи від шкірки навіть фрукти. Але незабаром я став схильний до обжерливості, і мене замучили запори, що супроводжуються до того ж сильним головним болем. Я продовжив вивчення літератури і незабаром зрозумів, чому страждаю від своїх хвороб: будь-яка незасвоєна їжа скупчується в товстій кишці, створюючи живильне середовище для бактерій, які виділяють токсини. Ці речовини, потрапляючи в кров, розносяться по всьому організму і викликають хвороби. Так я прийшов до висновку, що їжа може не тільки творити організм, але і руйнувати його.

Наступне, що я прочитав, були роботи Синклера про лікування голодом. Тоді у мене вперше виникла думка про зв'язок кишечника з мозком, думка, яка

пізніше отримала розвиток в моїй теорії. Займаючись цим питанням, я звернув увагу на праці учених про циркуляцію крові. З роботи професора Зеппа Московського університету “Динаміка циркуляції крові в мозку” я дізнався, що крововилив в мозок виникає, як правило, в результаті запалення вух, а запалення вух – унаслідок хвороб горла. Горло ж починає хворіти, коли нирки не виконують своїх функцій. Порушення функцій нирок і шкіри веде до захворювання печінки. Початком же всього цього ланцюжка нещастя служить погана робота кишечника.

Я дізнався також, що усередині розширених кровоносних судин мозку навіть у здорових людей міститься не менше 23 груп різних шкідливих бактерій, проте вони не заподіюють організму шкоди.

Але це означає, що в організмі повинні бути і якісь захисні сили, здатні протистояти атакам ззовні!

Я почав шукати інформацію про ці захисні сили організму.

Я вивчав вплив запорів на функцію головного мозку і в результаті прийшов до думки про новий метод лікування психічнохворих.

Після тривалого вивчення проблем кровообігу я створив свою концепцію руху крові в організмі людини, що принципово відрізняється від загальноприйнятої. Поверхневі вени в шкірі утворюють те, що можна назвати периферичним серцем, те, що необхідне для циркуляції крові, те, що зберігає нас в здоровому стані. Раз саме кровоносні судини відповідають за наше здоров’я і за циркуляцію крові, значить, їх і потрібно укріплювати, оновлювати і відновлювати. Для цього я пропоную спеціальні вправи і контрастні повітряні ванни.

Я знав, що лікування голодуванням практикувалося з давніх часів. Євреї, християни, буддисти, конфуціанці в Китаї і жреці в Японії дотримувалися посту. Римський лікар Асклепіад радив при лікуванні утримуватися від їжі, пити тільки воду і насолоджуватися природою. Рекомендував голод замість ліків і грецький історик Плутарх. Лікування голодуванням теж увійшло до моєї системи.

Що ж відбувається в організмі під час голодування? Негайний результат голодування приводить до того, що виникає вакуум в тій частині, де венула зустрічається з капілярами. А капілярний вакуум врешті-решт є руховою силою циркуляції крові. Оскільки вакуум – це сила, а голодувати – означає створювати вакуум, то голодуванням ми відроджуємо рухову потужність всього людського організму. Проте я ніколи не рахував голодування панацеєю, я йшов по шляху створення оздоровчої системи, що включає і такий метод, як голодування.

Крок за кроком я йшов по своєму власному шляху до здоров’я. Я почав розуміти, як працює мій організм і що потрібно зробити, щоб відчувати себе здоровим. Поступово до мене почали приходити за порадою люди, страждаючі різними хворобами. Намагаючись зрозуміти причини виникнення тих або інших захворювань, я прийшов до висновку, що окремих хвороб не існує, не можна лікувати окремий орган, адже організм – це єдине ціле. Я почав створювати принципи нової медицини, заснованої на використанні цілющих сил, закладених в організмі самою природою.

Крім того, я зрозумів, що за збереження здоров’я людей потрібно боротися, і почав пропагувати свої погляди. Мої пошуки нових методів оздоровлення

співпали з виникненням і Америці руху натуральної гігієни. Я взяв активну участь в цьому русі. Натуральна гігієна стала альтернативою лікарській медицині, проголосивши комплексний підхід до здоров'я людини і вивчення законів життя.

Серйозно вивчивши медицину, анатомію, фізіологію, бактеріологію, психологію, філософію, практику різних релігій, я можу сказати, що для здоров'я всього організму необхідно привести в порядок в першу чергу фізичний стан, потім хімічні і бактеріологічні показники, а потім і розумовий стан.

Я вважаю, що хвороби розвиваються унаслідок чотирьох причин: зміни скелета, внутрішніх органів, загальних вод організму (кров, лімфа, інші рідини) і падіння душевних сил. І не лікування окремої хвороби, а тільки комплексне оздоровлення всього організму може перемогти хвороби.

Моя оздоровча система з'явилася не відразу. Поступово удосконалюючи свої методи і відбираючи найкраще з вже відомого людству, я створив те, що я можу назвати Системою здоров'я. Я обнародував її, коли мені було 44 роки. Така була середня тривалість життя японців в ті часи. З тих пір пройшли роки, і хоча в дитинстві мені передрікали ранню смерть, завдяки своїй Системі я зумів зберегти міцне здоров'я.

Після публікації моєї теорії до мене почали приїжджати люди зі всіх кінців світу. Я нарешті покинув посаду головного інженера Токійського муніципального метрополітену і повністю присвятив себе тому, що відтепер стало справою мого життя, – питанням оздоровлення.

2.2. Причини відхиленої поведінки та залежностей, що ведуть до неї у військовослужбовців і членів їх сімей

Подолання алкоголізму та наркоманії неможливе без з'ясування причин цих негативних явищ. Найчастіше до алкоголізму та наркоманії підлітки і юнаки вдаються через життєвий досвід, помилки в шкільному та сімейному вихованні. Наркологи та психіатри на перше місце ставлять патологію розвитку особистості, тобто спадкові вади у функціонуванні вищої нервової діяльності. Це, насамперед, діти з психопатичними рисами характеру, невротичні, емоційно нестійкі, розумово відсталі.

Проаналізуємо причини відхиленої поведінки юнаків призовного віку і залежностей, що ведуть до неї з психолого-соціологічної точки зору.

На думку психологів, жодна з цих причин не є тою, що безпосередньо детермінує виникнення бажання вживати алкоголь чи наркотики. Справді, ми знаємо, що багато дітей виховується у складних сім'ях, які мають низький культурний рівень, однак далеко не всі вони стають алкоголіками чи наркоманами. З другого боку, більшість дітей, що стоять на обліку в психоневрологічних диспансерах (тобто мають значні відхилення у розвитку нервової діяльності), все ж таки знаходять своє місце у самостійному житті. Таким чином, детермінантою виникнення алкоголізму та наркоманії

неповнолітніх виступають не зовнішні обставини, і навіть не внутрішні особливості, а свідомість, внутрішній світ самого підлітка.

Життя людини може складатися по-різному, стан здоров'я – також, але головним у ньому буде те, як сама людина сприймає всі ці обставини, як вона ставитися до оточуючих, як вона переживає події свого буття. Саме це є предметом психологічного аналізу, і саме це визначає, чому одна дитина, незважаючи на несприятливі умови життя, виростає достойною людиною, а інша, що виховується начебто в заможній, благополучній сім'ї, починає вживати алкоголь або навіть наркотики. Необхідність дослідження саме психологічного аспекту боротьби з алкоголізмом та наркоманією неповнолітніх полягає в тому, що цей підхід має розв'язати сутність існуючих питань. Якщо завдання медицини – боротися з наслідком дії наркотиків, а правоохоронних органів – перекрити шляхи доступу психотропних речовин до неповнолітніх, то завдання психологів – добитись, щоб людина сама не бажала вживати алкоголь, наркотики, курити. Якщо будуть знайдені психологічні механізми формування настанови на ЗСЖ, то медичні та юридичні аспекти відпадуть самі собою.

Сенс алкоголізму та наркоманії полягає в тому, що людина змінює свій психічний стан штучним шляхом. Отже, віднайти психологічні причини виникнення наркоманії та алкоголізму у молоді – значить відповісти на запитання *“Чому молода людина хоче змінити свій психологічний стан саме штучним шляхом?”* Відповідь на це запитання треба шукати в дослідженні психологічних особливостей підлітків, що вживають алкоголь, або епізодично – наркотичні речовини.

Вчені почали досліджувати цю проблему з вивчення мотиваційної сфери. Відомо, що мотивація займає провідне місце в характері особистості, оскільки багато в чому пояснює рушійні сили її діяльності та поведінки. Результати досліджень свідчать, що головні мотиви більшості підлітків вражають беззмістовністю. Так, 79% підлітків, розповідаючи про своє життя, уподобання, відзначають як найулюбленіші пасивно-розважальні види діяльності. “Люблю сидіти та “балдіти” під музику”, “Трати в комп'ютерні ігри” тощо.

Якщо порівняти ці дані з міркуваннями звичайних дівчат і хлопців, у яких переважають мотиви спостереження, самореалізації, престижу, самовдосконалення, створюється враження, що підлітки, які схильні до алкоголізму та наркоманії, живуть наче уві сні, ніколи не замислюючись над тим, що і для чого вони роблять.

Цей висновок стосується і мотивів уживання наркотиків. Так, 43% підлітків пояснили: їм це подобається; 27% – було цікаво спробувати дію психоактивних речовин; 24% – нічого не могли пояснити; 6% – не хотіли відставати від своїх друзів. Зрозуміло, що такі висловлювання підлітків фіксують лише зовнішні, поверхневі мотиви. І це не випадково. Адже для усвідомлення складних, глибинних, реально діючих мотивів своєї поведінки людина повинна мати досить високий рівень розвитку особистості, певні навички самоаналізу, прагнення зрозуміти себе.

Застосування проєктивних методів дослідження особистості допомогло виявити різні відхилення у мотиваційній сфері підлітків, що вживають наркотики:

1) спрямованість мотиваційної сфери має протилежний напрям порівняно з загальноіснуючою у звичайних підлітків (задоволення, подяки, нагороди, похвали);

2) звичайні підлітки вбачають у своїй діяльності джерело позитивних емоцій;

3) звичайні підлітки вважають за необхідне передбачати результати своєї діяльності, аналізують наслідки своїх дій, беруть на себе відповідальність за свої вчинки.

Яке значення мають названі особливості мотиваційної сфери для з'ясування причин алкоголізму та наркоманії?

Відомо, що рушійною силою життєдіяльності людини є потреби. Задоволення будь-яких потреб супроводжується позитивними емоціями. Людина, яка не має відхилень у розвитку особистості, вже в підлітковому віці добре усвідомлює зв'язок між своїми діями, задоволенням своїх потреб та позитивними емоціями.

Мотиви вживання алкоголю юнаками та дівчатами істотно відрізняються. Так, традиційні мотиви є домінуючими для юнаків та дівчат, а ось на другому місці в юнаків стоять гедоністичні мотиви, тобто бажання отримати фізичне та психологічне задоволення від дії алкоголю, а в дівчат – псевдокультурні мотиви, тобто вплив соціального мікросередовища.

Третє місце для юнаків посідають мотиви позбавлення нудьги, апатії, “порожнечі”, бажання підвищити ефективність поведінки, а для дівчат – підкорення впливу окремих осіб або референтної групи, наслідування і аж потім – гедоністичні мотиви.

На останньому місці стоять мотиви, пов'язані з демонстративною функцією алкоголю.

Матеріали досліджень засвідчили низький рівень самоусвідомлення підлітками, схильними до алкоголізму, рис своєї особистості, практичну відсутність навичок самоаналізу і вміння описувати себе. Аналіз результатів свідчить про значні відхилення у розвитку самосвідомості підлітків, які зловживають алкоголем чи наркотиками, їхні самооцінка та рівень домагань суттєво відрізняються від показників підлітків групи “норма”, і важковиховуваних учнів, які не вживають алкоголю та наркотиків. Підлітки, схильні до алкоголізму, одразу ж відмовляються від праці, тільки-но зіткнувшись з труднощами. Подібна поведінка спостерігалась у 57% таких підлітків. Страх перед невдачами, небажання навіть спробувати подолати труднощі свідчить про високий рівень невпевненості у своїх можливостях, інтелектуальних здібностях. Однак, незважаючи на це, у них занадто високий рівень домагань. Це виявляється і в їх висловлюваннях, і в динаміці вибору складності завдань залежно від успіху чи невдачі.

У графіках вибору та виконання завдань відображається водночас три тенденції: занадто високі домагання, низька самооцінка, невпевненість у собі.

Особистість підлітка, який вживає наркотики, або зловживає алкоголем, значно відрізняється за деякими параметрами від звичайних підлітків. Це дає підставу вважати, що існує схильність до вживання наркотиків або алкоголю,

Діагностика такої схильності дає змогу своєчасно виявляти підлітків, які потребують особливої уваги. Надалі з такими дітьми треба проводити спеціальні психолого-педагогічні заходи, спрямовані на корекцію структурних компонентів їх особистості.

Важливим напрямом діяльності служби психологічної допомоги неповнолітнім повинна бути робота з родинами таких підлітків, а також з дітьми, батьки яких зловживають алкоголем.

Соціальні фактори відхиленої поведінки

Вплив суспільних процесів і соціальних груп на поведінку людей розглядається перш за все в рамках *соціологічного підходу*.

Соціологічні теорії розглядають девіантну (відхилену) поведінку в контексті суспільних процесів і норм, затверджених усередині даного суспільства. *Соціальні девіації* підкоряються соціальним закономірностям, вони залежать від часу і суспільства, їх можна прогнозувати, у ряді випадків ними можна управляти.

Найбільш відомими представниками даного напрямку є О.Конт, Р. де Тард, А.Кетле, Е.Дюркгейм, М.Вебер, Т.Парсонс, Р.Мертон. Родоначальником соціології девіантної поведінки по праву вважається французький соціолог **Еміль Дюркгейм** (1858-1917). Дослідження проблем злочинності в працях Е.Дюркгейма займає значне місце, а його аналіз самогубств вважається класичним соціологічним дослідженням.

Для пояснення соціальних девіацій Е. Дюркгейм запропонував *концепцію аномії*. Термін *аномія* в перекладі з французької означає *відсутність закону, організації*. Це такий стан соціальної дезорганізації – соціального вакууму, коли старі норми і цінності вже не відповідають реальним відносинам, а нові ще не затвердилися. Е.Дюркгейм підкреслював необхідність пояснення різних форм соціальної патології саме як суспільних явищ. Наприклад, кількість самогубств залежить не стільки від внутрішніх властивостей індивіда, скільки від зовнішніх причин, що керують людьми.

Таким чином, Е.Дюркгейм розглядав соціальні відхилення переважно як наслідок *нормативно-ціннісної дезінтеграції суспільства*. Його ідеї отримали подальший розвиток в роботах низки дослідників (зокрема В.Парето, Л.Козера), що приймають як провідні причини девіантної поведінки суперечності між класами і різними соціальними силами, наприклад, новаторськими і консервативними.

Р.Мертон, один із найбільш яскравих послідовників Е.Дюркгейма, розглядає девіантну поведінку як результат *неузгодженості між визначеними культурою устремліннями і соціальною структурою, що забезпечує засоби їх задоволення*. Наприклад, в сучасній американській культурі домінує ідея добробуту, яка, у свою чергу, визначає високу індивідуальну значущість успіху. Через соціальні норми культура визначає не тільки цілі, але і легітимні способи їх досягнення. Так, якщо людина старанно трудиться, його “американська мрія” врешті-решт повинна стати реальністю.

Не всі люди (класи) мають однакові умови для досягнення успіху, але вони можуть адаптуватися до суперечності, що виникла кількома шляхами. Серед таких *шляхів адаптації* Мертон виділив:

- *конформізм* (повне прийняття соціально схвалюваних цілей і засобів їх реалізації);
- *інновацію* (ухвалення цілей, відкидання легітимних способів їх досягнення);
- *ритуалізм* (негнучке відтворення заданих або звичних засобів);
- *ретризм* (пасивний відхід від виконання соціальних норм, наприклад, у формі наркоманії);
- *заколот* (активний бунт – заперечення соціальних норм).

Конфлікт між цілями і засобами їх досягнення може призвести до анемічної напруги, фрустрації і пошуку незаконних способів адаптації. Дана обставина частково пояснює відносно високий рівень злочинності серед нижчих соціальних прошарків.

Іншими об’єктивними чинниками соціальних девіацій визнаються:

- відмінності між учасниками соціальної взаємодії і невиконання очікувань;
- невідповідність між розподілом благ і особистими якостями людей;
- вплив норм девіантної субкультури і навчання (так, особистість, яка з раннього дитинства поміщена в девіантну субкультуру (кримінальну, конфліктну або ретриську), з великою вірогідністю проявлятиме відповідні форми девіантної поведінки).

Вплив *сучасних субкультур* на девіантну поведінку особистості є надзвичайно важливим, хоч і недостатньо вивченим питанням. У той же час добре відомо, що особистість завжди включена в будь-яку соціальну групу. У ряді випадків групові потреби домінують – бути включеним в групу, дотримуватися її норм, наслідувати її учасників, протиставляти себе іншим групам. На цьому ґрунті зростають найрізноманітніші субкультури – аристократична еліта, хіппі, металісти, рокери, геї, скінхеди тощо. Люди схильні ідентифікуватися з груповими лідерами і їх ідеалами (зокрема деструктивними), що багато в чому пояснює існування таких масових девіацій, як геноцид, расизм, фашизм.

Іншим очевидним недоліком можна назвати неясність зв’язку “*професія – девіантна поведінка*”. Професійне середовище здійснює істотний вплив на особистість людини. Добре відомі такі негативні феномени, як професійний стрес, професійне “*вигорання*” і професійна деформація особистості. Проте публікацій, присвячених проблемі *впливу професії на девіантну поведінку особи*, практично немає.

Разом із розглянутими об’єктивними соціальними чинниками діють і так звані суб’єктивні причини девіантної поведінки. Відповідно до *теорії стигматизації* (Е.Лемерт, Р.Беккер) – саме суспільство (вірніше, соціальна група) “*навішує*” на особу відповідні “*ярлики*” шляхом співвідношення дій конкретної людини з абстрактними правилами (*первинна девіантність*).

Поступово формується репутація, яка змушує індивіда дотримуватися девіантної ролі (*вторинна девіантність*).

І.Гофман виділяє три типи стигми: *фізична стигма* (природжені аномалії і тілесні каліцтва); *дефекти волі* (алкоголізм, наркоманія, душевні хвороби); *расові стигми* (“чорні”, “жовті”, “жиди” тощо).

Сазерленд у 1939 р. сформулював *теорію диференційованої асоціації*, відповідно до якої девіантна поведінка – складна і диференційована форма поведінки. Їй вчать в процесі *інтерації* (взаємодії). Цей процес включає засвоєння девіантної мотивації, виправдання і техніки реалізації девіантної поведінки.

Девіантна поведінка також може бути описана за допомогою поняття “*соціальна роль*” або “*соціальна функція особистості*”. *Роль* – це система очікувань щодо поведінки людини, уявлення людини про модель власної поведінки, нарешті, поведінка згідно з займаним положенням – *статусом*. Відповідно до цього люди можуть приймати на себе різні ролі, зокрема *роль девіанта*.

Нарешті, суб’єктивною причиною відхиленої поведінки може стати *відношення самої особистості (групи) до соціальних норм*. Наприклад, щоб звільнитися від моральних вимог і виправдати себе, людина може “нейтралізувати” дію норм наступними способами: посилатися на вищі поняття (дружбу, відданість групі); заперечувати наявність жертви; виправдовувати свою поведінку девіантністю жертви або провокацією з її боку; заперечувати свою відповідальність; заперечувати шкоду від своєї поведінки.

Сучасний вітчизняний дослідник **Ю.А.Клейберг** на прикладі підліткової девіантності також розкриває девіантну поведінку через відношення особи до культурних норм. Відхилена поведінка – це “*специфічний спосіб зміни соціальних норм і очікувань за допомогою демонстрації особою ціннісного відношення до них*”. Для цього використовуються особливі прийоми: сленг, символіка, мода, манера, вчинок тощо. Девіантні дії підлітків виступають як засіб досягнення значущої мети, самоствердження і розрядки.

Таким чином, зазначимо, що *соціологічні* і близькі до них *соціально-психологічні теорії* розглядають девіантну поведінку як результат соціальних процесів, складних взаємин між суспільством і конкретною особистістю. З одного боку, ми бачимо, що в самому суспільстві є серйозні причини для відхиленої поведінки, наприклад, соціальна дезорганізація і соціальна нерівність. З іншого боку, ми закономірно приходимо до розуміння *ролі індивідуальності* конкретної людини в процесі її соціалізації.

Соціологічні теорії не пояснюють, чому в одних і тих же соціальних умовах різні люди демонструють принципово різну поведінку, наприклад, далеко не всі представники бідних прошарків проявляють делінквентність і навпаки. Слід визнати, що соціальні умови дійсно визначають характер соціальних девіацій (масштаб розповсюдження даних явищ у суспільстві або соціальній групі). Але їх виявляється явно недостатньо для пояснення причин і механізмів поведінки конкретної особистості, поведінка якої відхиляється від норми.

Біологічні передумови поведінкових відхилень.

Іншим важливим чинником, що впливає на поведінку особи, поза сумнівом, виступають *внутрішні, біологічні умови* – той природний ґрунт, з яким взаємодіють будь-які зовнішні умови. Біологічні передумови включають:

- спадково-генетичні особливості;
- природжені властивості індивіда (придбані під час внутріутробного розвитку і пологів);
- імпринтинг (відображення на ранніх етапах онтогенезу).

Біологічний чинник регулює наступні характеристики індивідуального буття:

- індивідуальну своєрідність процесу онтогенезу (зокрема темпи дозрівання (старіння);
- гендерні (статеві) відмінності;
- вікові особливості;
- фізичну конституцію;
- здоров'я і витривалість;
- стан і типологічні властивості нервової системи.

Теорії, що пояснюють відхилену поведінку з погляду біологічних причин, ймовірно, з'явилися одними з перших. Спочатку дослідники звертали увагу переважно на конституційні особливості. У XIX ст. італійський лікар-психіатр і криміналіст **Чезаре Ломброзо** (1836-1909) запропонував *біосоціологічну теорію*, в якій пов'язав злочинну поведінку людини з її анатомічною будовою. Об'єктами пильної уваги були: череп, мозок, ніс, вуха, колір волосся, татування, почерк, чутливість шкіри, психічні властивості злочинця. Використовуючи антропометричний метод, дослідник виділив приблизно 37 характеристик “природженого злочинного типу”, в їх числі: висунута нижня щелепа, сплюснутий ніс, рідка борода, мочки вух, що приросли. Пізніше теорія Ч.Ломброзо, хоч і увійшла до історії наукової думки, але була визнана науково неспроможною.

Іншим яскравим представником даного напрямку виступає американський лікар і психолог **Уїльям Шелдон** (1898-1984), який обґрунтував зв'язок між типами темпераменту (і поведінки), а також типами соматичної будови людини. Три ведучих види статури: ендоморфний, мезоморфний, екторморфний – корелюють із трьома типами темпераменту: вісцеротонія, соматотонія, церебротонія. Їх поєднання дає конкретний психотип. Наприклад, для соматотонії характерні такі риси, як потреба в задоволеннях, енергійність, прагнення до панування і влади, схильність до ризику, агресивність, нечутливість. Навпаки, при церебротонії спостерігаються стриманість, чутливість, соціофобія, схильність до самоти.

Особливе місце серед біологічних теорій займає *еволюційний підхід*, заснований на запропонованих **Чарльзом Дарвіном** законах природного відбору і спадковості. Прихильники еволюційного підходу розглядають різні аспекти людської поведінки як прояв видових спадкових програм, тоді як критики еволюційного підходу вважають необґрунтованим перенесення законів поведінки тварин на психологію людини.

Етологічний підхід Конрада Лоренца (1903-1989), що розвиває ідеї Дарвіна, пояснює різні феномени людської поведінки, наприклад, агресію, перш за все природженим інстинктом боротьби за існування. “Агресія, прояви якої часто ототожнюються з проявами інстинкту смерті, – це такий же інстинкт, як і всі інші, і в природних умовах так само, як і вони, служить збереженню життя і виду”. Даний інстинкт розвинувся в ході еволюції як біологічно доцільний. Сила агресії, на думку дослідника, залежить від кількості накопиченої агресивної енергії і сили специфічних стимулів, що запускають агресивну поведінку. У людей, на відміну від тварин, широко поширене насильство відносно представників свого власного виду. Стверджуючи, що агресивність є природженою, інстинктивно обумовленою властивістю всіх вищих тварин, і доводячи це на безлічі переконливих прикладів, К.Лоренц приходить до наступного висновку: “У нас є вагомі підстави вважати внутрішньовидову агресію найбільш серйозною небезпекою, яка загрожує людству в сучасних умовах культурно-історичного і технічного розвитку”.

Сучасні дослідження біологічних детермінант поведінки людини активно здійснюються в декількох галузях: біології, медицині, кримінології, фізіології і особливо – генетиці.

З іменами таких видатних учених ХІХ ст., як **Френсіса Гальтона** (1822-1911) і **Грегора Менделя** (1822-1884) пов’язаний початок розвитку *психогенетики*. У 1865 р. вони опублікували результати перших досліджень в області психогенетики або євгеніки. У подальші роки Ф.Гальтон провів систематичне вивчення індивідуальних відмінностей, вперше використовуючи близнюків і статистичний метод. Його роботи поклали початок численним дослідженням спадкових детермінант інтелекту. Особистісні характеристики і поведінка вивчалися в набагато меншому ступені.

Дослідження *екстраверсії і нейротизму*, проведені в багатьох країнах світу, дозволили зробити два основних висновки:

1. Властивості нейротизму і екстраверсії характеризуються генетичною обумовленістю впродовж всього онтогенезу.
2. Із збільшенням віку показники успадкованості знижуються (особливо у разі нейротизму).

У рамках *біокримінології* робилися цілеспрямовані спроби встановлення зв’язку між девіантною (злочинною) поведінкою і спадковими особливостями людини.

Незважаючи на те, що ген, який відповідає за будь-який конкретний вид поведінки, ще не виявлений, кореляція між спадковістю і поведінкою визнається багатьма фахівцями.

Серед інших біологічних детермінант поведінки, що відхиляється, називають *вплив гормонів* (зокрема, тестостерону). Даббс і Моріс (1990) на прикладі 4 тис. ветеранів війни прийшли до висновку про наявність зв’язку між рівнем тестостерону і схильністю до антигромадської поведінки.

Іншими біологічними чинниками девіантної поведінки можуть бути:

- пошкодження головного мозку (особливо чола);
- органічні захворювання мозку;

– певні властивості нервової системи.

Як відомо, властивості нервової системи визначають *темперамент* людини – *динамічну складову його психічного життя*. Нью-йоркське лонгітюдне дослідження дітей першого року життя дозволило зробити висновок, що в перші місяці життя провідну роль відіграють такі чинники, як пренатальні умови і особливості пологів. Генетично задана індивідуальність у сфері динамічних характеристик (тобто темпераменту) виявляється приблизно з 9-місячного віку. Було виділено 9 компонентів, що описують динаміку поведінки дитини: активність; ритмічність фізіологічних реакцій; реакція наближення або видалення у відповідь на стимули, що з'являються; адаптивність до нової ситуації; інтенсивність емоційних реакцій будь-якого знаку; поріг реактивності; домінуючий настрій; нестійкість уваги; наполегливість і тривалість збереження уваги. Був виділений “*синдром важкого темпераменту*”. Його ознаками є: низька ритмічність, переважання негативного настрою, слабка реакція, погана адаптивність і висока інтенсивність реакцій. Виявилось, що цей синдром стійкий у перші роки життя.

За даними дослідження А.Торгерсена, з п'яти компонентів *синдрому важкого темпераменту* в 6 років – три мають високу генетичну складову: слабка реакція, висока інтенсивність реакцій, низька ритмічність. Тоді як погана адаптивність визначається переважно загальносімейним середовищем, а негативний настрій – індивідуальним середовищем (хоча вплив спадковості також констатується).

Загалом сучасні знання дозволяють говорити про те, що успадковується не якась конкретна форма поведінки (наприклад, злочинність), а певні індивідуально-типологічні властивості, що збільшують вірогідність формування девіантності.

Спроби пояснити поведінкові девіації з погляду тільки біологічних чинників нерідко зазнають поразки. К.Льюїс з колегами, вивчаючи чинники небезпечної поведінки дітей, дійшли висновку, що хоча порушення нервової системи зустрічаються достатньо часто, насильницька поведінка дитини виявляється набагато тісніше пов'язаною з такими мікросоціальними умовами, як насильницькі дії з боку батька по відношенню до матері або психічне захворювання матері. Не виключено, що існують якісь біологічні особистісні характеристики, наприклад, потреба в підвищеній емоційній стимуляції або прагнення до домінування, які і створюють видимість тісного зв'язку між біологією і схильністю до девіантної поведінки.

Отже, можна зробити наступні висновки:

- 1) внутрішні біологічні процеси відіграють певну роль у формуванні відхиленої поведінки;
- 2) вони визначають силу і характер наших реакцій на будь-які дії середовища;
- 3) незважаючи на наявність фактів, що підтверджують існування біологічних передумов відхиленої поведінки, вони діють тільки в контексті певного соціального оточення;

4) більш того, соціальні умови самі по собі цілком можуть викликати біологічні зміни в організмі, визначаючи, наприклад, реактивність нервової системи або гормональний фон.

І найголовніше: відхилення поведінки особистості є результатом складної взаємодії соціальних і біологічних чинників, дія яких, у свою чергу, переломлюється через систему її відносин.

3.3. Фактори формування здорового способу життя і безпечної поведінки військовослужбовців

Щоб зміцнювати і зберігати здоров'я, тобто управляти їм, необхідна *інформація* як про умови формування здоров'я (характеру реалізації генофонду, стану навколишнього середовища, способу життя тощо), так і кінцевому результаті процесів їх відображення (конкретних показниках стану здоров'я індивіда або популяції).

Експерти ВООЗ в 80-х рр. ХХ ст. визначили орієнтовне співвідношення різних факторів забезпечення здоров'я сучасної людини, виділивши як основні чотири групи чинників:

- генетичні чинники – 15-20%;
- стан навколишнього середовища – 20-25%;
- медичне забезпечення – 10-15%;
- умови і спосіб життя людей – 50-55%.

Величина внеску окремих чинників різної природи на показники здоров'я залежить від віку, статі та індивідуально-типологічних особливостей людини. Зміст кожного з чинників забезпечення здоров'я можна визначити таким чином (табл. 1).

Зупинимося докладніше на кожному з цих чинників.

Генетичні чинники. Онтогенетичний розвиток дочірніх організмів зумовлюється тією спадковою програмою, яку вони успадковують з батьківськими хромосомами. Проте, самі хромосоми і їх структурні елементи – гени, можуть піддаватися шкідливим впливам, причому, що особливо важливе, протягом всього життя майбутніх батьків. Дівчинка народжується на світ з певним набором яйцеклітин, які у міру дозрівання послідовно готуються до запліднення. Тобто те, що зрештою відбувається з дівчинкою, дівчиною, жінкою протягом її життя до зачаття в тому або іншому ступені позначається на якості хромосом і генів. Тривалість життя сперматозоїда значно менше, чим яйцеклітини, але і їх періоду життя буває достатньо для виникнення порушень в їх генетичному апараті. Таким чином, стає зрозуміла відповідальність, яку несуть перед потомством майбутні батьки протягом всього свого життя, передуючого зачаттю.

Часто позначаються і не залежні від них чинники, до яких слід віднести несприятливі екологічні умови, складні соціально-економічні процеси, неконтрольоване використання фармакологічних препаратів і так далі. Результатом є мутації, що ведуть до виникнення спадкових захворювань або до появи спадково обумовленої схильності до них.

Фактори, що впливають на здоров'я людини

Сфера впливу факторів	Фактори	
	що зміцнюють здоров'я	що погіршують здоров'я
Генетична	Здорова спадковість. Відсутність морфофункціональних передумов виникнення хвороб.	Спадкові хвороби і порушення. Спадкова схильність до хвороб.
Стан навколишнього середовища	Хороші побутові і виробничі умови. Сприятливі кліматичні і природні умови. Екологічно сприятливе середовище проживання.	Погані побутові і виробничі умови. Сприятливі кліматичні і природні умови. Порушення екологічної обстановки.
Медичне обслуговування	Медичний скринінг. Високий рівень професійних заходів. Сучасна і своєчасна 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 рухлива активність. Соціальний спосіб життя.	Відсутність раціональної життєдіяльності. Міграційні процеси. Гіпо- або гіпердинамія.

В успадкованих передумовах здоров'я особливо важливі такі чинники, як тип морфофункціональної конституції і особливості нервових і психічних процесів, ступінь схильності до тих або інших захворювань.

Життєві домінанти і настанови людини багато в чому детерміновані конституцією людини. До таких генетично зумовлених особливостей відносяться домінуючі потреби людини, його здібності, інтереси, бажання, схильність до алкоголізму і інших шкідливих звичок тощо. При всій значущості впливів середовища і виховання роль спадкових чинників виявляється також визначальною. Повною мірою це відноситься до різних захворювань.

Це робить зрозумілою необхідність обліку спадкових особливостей людини у визначенні оптимального для нього способу життя, вибору професії, партнерів при соціальних контактах, лікування, найбільш відповідного виду навантажень і тощо. Часто суспільство пред'являє людині вимоги, що вступають в суперечність з умовами, необхідними для реалізації програм, закладених в генах. В результаті в онтогенезі людини постійно виникають і долаються багато суперечностей між спадковістю і середовищем, між різними системами організму, що обумовлюють його адаптацію як цілісної системи.

Спадковість і середовище виступають як важливі чинники і відіграють роль в патогенезі будь-якого захворювання людини, проте частка їх участі при кожній хворобі своя, причому, чим більше частка одного чинника, тим менше внесок іншого. Всі форми патології з цієї точки зору можна розділити на чотири групи, між якими немає різких меж.

Першу групу складають власне спадкові захворювання, у яких етіологічну роль грає патологічний ген, роль середовища полягає в модифікації лише проявів захворювання. До цієї групи входять моногеннообумовлені хвороби (такі, наприклад, як фенілкетонурія, гемофілія), а також хромосомні хвороби. Ці захворювання передаються з покоління в покоління через статеві клітки.

Друга група – це теж спадкові хвороби, обумовлені патологічною мутацією, проте для їх прояву необхідна специфічна дія середовища. В деяких випадках дія середовища “проявляється” дуже наочно, і із зникненням дії чинника середовища клінічні прояви стають менш вираженими. Наприклад, при подагрі для прояву патологічного гена необхідна тривала несприятлива дія середовища.

Третю групу складає переважне число поширених хвороб, особливо хвороб зрілого і похилого віку (гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку, більшість злоякісних утворень і ін.). Основним етіологічним чинником в їх виникненні служить несприятлива дія середовища, проте реалізація дії чинника залежить від індивідуальної схильності організму, що генетично детермінується, у зв'язку з чим ці хвороби називають мультифакторними, або хворобами із спадковим нахилом.

Необхідно відзначити, що різні хвороби із спадковим нахилом неоднакові за відносною роллю спадковості і середовища. Серед них можна було б виділити хвороби із слабким, помірним і високим ступенем спадкового нахилу.

Четверта група хвороб – це порівняльно небагато форм патології, у виникненні яких виняткову роль грає чинник середовища. Звичайно це екстремальний чинник, по відношенню до дії якого організм не має засобів захисту (травми, особливо небезпечні інфекції). Генетичні чинники в цьому випадку грають роль в перебігу хвороби, впливають на її результат.

Статистика показує, що в структурі спадкової патології переважне місце належить захворюванням, пов'язаним із *способом життя* та із здоров'ям майбутніх батьків і матері в період вагітності.

Таким чином, не викликає сумніву помітна роль, яку грають спадкові чинники в забезпеченні здоров'я людини. В той же час в переважному числі випадків облік цих чинників через раціоналізацію способу життя людини може зробити його життя здоровим і довговічним. І, навпаки, недооблік типологічних особливостей людини веде до уразливості і беззахисності перед дією несприятливих умов і обставин життя.

Стан навколишнього середовища.

Біологічні особливості організму – це основа здоров'я людини. У формуванні здоров'я важлива роль генетичних чинників. Проте генетична програма, що отримується людиною, забезпечує його розвиток за наявності певних умов навколишнього середовища.

“Організм без зовнішнього середовища, що підтримує його існування, неможливий” – в цій думці І.М.Сеченова закладене нерозривна єдність людини і місця її проживання.

Кожен організм знаходиться в багатообразних взаємних зв'язках з чинниками навколишнього середовища, як абіотичними (геофізичними, геохімічними), так і біотичними (живими організмами того ж і інших видів).

Під навколишнім середовищем прийнято розуміти цілісну систему взаємозв'язаних природних і антропогенних об'єктів і явищ, в якій протікає праця, побут і відпочинок людей. Це поняття включає соціальні, природні і штучно створювані фізичні, хімічні і біологічні чинники, тобто все те, що прямо або побічно впливає на життя, здоров'я і діяльність людини.

Людина, як жива система, є складовою частиною біосфери. Дія людини на біосферу зв'язана не стільки з його біологічною, скільки з трудовою діяльністю. Відомо, що технічні системи надають хімічну і фізичну дію на біосферу по наступних каналах:

- через атмосферу (використання і виділення різних газів порушує природний газообмін);
- через гідросферу (забруднення хімічними речовинами і нафтою річок, морів і океанів);
- через літосферу (використання корисних копалини, забруднення ґрунтів промисловими відходами тощо).

Очевидно, що результати технічної діяльності впливають на ті параметри біосфери, які забезпечують можливість життя на планеті. Життя людини, як і людського суспільства в цілому, неможливе без навколишнього середовища, без природи. Людині як живому організму властивий обмін речовин з навколишнім середовищем, який є основною умовою існування будь-якого живого організму.

Організм людини багато в чому пов'язаний з рештою компонентів біосфери – рослин, комах, мікроорганізмів тощо, тобто його складний організм входить в загальний кругообіг речовин і підкоряється його законам.

Безперервний приток атмосферного кисню, питної води, їжі абсолютно необхідний для існування і біологічної діяльності людини. Людський організм підпорядкований добовим і сезонним ритмам, реагує на сезонні зміни температури навколишнього середовища, інтенсивності сонячного випромінювання тощо.

Разом з тим людина є частиною особливого соціального середовища – суспільства. Людина – істота не тільки біологічна, але й соціальна. Очевидна соціальна основа існування людини як елементу суспільної структури є основною, що зумовлює його біологічні способи існування і відправлення фізіологічних функцій.

Вчення про соціальну суть людини показує, що необхідно планувати створення таких соціальних умов її розвитку, в яких могли б розкритися всі його сутнісні сили. У стратегічному плані в оптимізації умов життя і стабілізації здоров'я людини найважливішою є розробка і введення науково обґрунтованої програми розвитку біогеоценозу в урбанізованому середовищі і вдосконалення демократичної форми суспільного ладу.

Медичне забезпечення. Саме з цим чинником більшість людей пов'язують свої надії на здоров'я, проте частка вагомості цього чинника виявляється несподівано низькою. У Великій медичній енциклопедії дано наступне визначення медицини: “Медицина – система наукових знань і практичної діяльності, метою якої є зміцнення, продовження життя людей, попередження і лікування хвороб людини”.

У міру розвитку цивілізації і ширшого розповсюдження захворювань медицина все більшою мірою почала спеціалізуватися на лікуванні хвороб і все менше уваги приділяти здоров'ю. Власне лікування часто знижує запас здоров'я

за рахунок побічної дії лікарських засобів, тобто лікувальна медицина далеко не завжди зміцнює здоров'я.

У медичній профілактиці захворюваності виділяють три рівні:

- профілактика першого рівня орієнтована на весь контингент дітей і дорослих, її завданням є поліпшення стану їх здоров'я впродовж всього життєвого циклу. Базою первинної профілактики є досвід формування засобів профілактики, розробка рекомендацій по здоровому способу життя, народні традиції і способи підтримки здоров'я тощо;

- медична профілактика другого рівня займається виявленням показників конституціональної схильності людей і чинників ризику багатьох захворювань, прогнозуванням ризику захворювань за сукупністю спадкових особливостей, анамнезу життя і чинників зовнішнього середовища. Тобто цей вид профілактики орієнтований не на лікування конкретних хвороб, а на їх вторинну профілактику;

- профілактика третього рівня, або профілактика хвороб, ставить своїм основним завданням попередження рецидивів захворювань у хворих в масштабі загальної популяції.

Досвід, накопичений медициною у вивченні хвороб, так само як і економічний аналіз витрат на діагностику і лікування захворювань, переконливо продемонстрували відносно малу соціальну і економічну ефективність профілактики хвороб (профілактика III рівня) для підвищення рівня здоров'я як дітей, так і дорослих.

Очевидно, що найбільш ефективними повинні бути первинна і вторинна профілактики, що мають на увазі роботу із здоровими або тільки почавшими захворювати людьми. Проте в медицині практично всі зусилля зосереджені на третинній профілактиці. Первинна профілактика припускає тісну співпрацю лікаря з населенням. Проте для цього сама система охорони здоров'я не забезпечує йому необхідного часу, тому з населенням з питань профілактики лікар не зустрічається, а весь контакт з хворим йде практично повністю під час огляду, обстеження і призначення лікування. Що стосується гігієністів, які найбільш близькі до того, щоб реалізувати ідеї первинної профілактики, то вони головним чином займаються забезпеченням здорового місця існування, а не здоров'ям людини.

Ідеологія індивідуального підходу до питань профілактики і зміцнення здоров'я лежить в основі медичної концепції про загальну диспансеризацію. Проте технологія її реалізації на практиці виявилася неспроможною по наступних причинах:

- потрібно багато засобів для виявлення можливо більшого числа хвороб і подальшого їх об'єднання в групи диспансерного спостереження;

- домінуючою виступає орієнтація не на прогноз (прогноз майбутнього), а на діагноз (констатація сьогодення);

- провідна активність належить не населенню, а медикам;

- вузько медичний підхід до оздоровлення без урахування різноманіття соціально-психологічних особливостей особистості.

Валеологічний аналіз причин здоров'я вимагає перенесення центру уваги від медичних аспектів до фізіології, психології, соціології, культурології, в

духовну сферу і конкретні режими і технології навчання, виховання і фізичного тренування.

Залежність здоров'я людини від генетичних і екологічних чинників робить необхідним визначення місця сім'ї, школи, державних, фізкультурних організацій і органів охорони здоров'я у виконанні одного з головних завдань соціальної політики – формуванні ЗСЖ.

Умови і спосіб життя. Таким чином, стає зрозуміло, що хвороби сучасної людини обумовлені, перш за все, його способом життя і повсякденною поведінкою. В даний час ЗСЖ розглядається як основа профілактики захворювань. Це підтверджується, наприклад, тим, що в США зниження показників дитячої смертності на 80% і смертності всього населення на 94%, збільшення очікуваної середньої тривалості життя на 85% пов'язують не з успіхами медицини, а з поліпшенням умов життя і праці і раціоналізацією способу життя населення. Разом з тим в нашій країні близько 80% чоловіків і 50% жінок ведуть хворий спосіб життя.

Отже, у визначенні поняття ЗСЖ необхідно враховувати два основні чинники – генетичну природу даної людини і її відповідність конкретним умовам життєдіяльності.

Здоровий спосіб життя – є спосіб життєдіяльності, відповідний генетично обумовленим типологічним особливостям даної людини, конкретним умовам життя і направлений на формування, збереження і зміцнення здоров'я і на повноцінне виконання людиною його соціально-біологічних функцій.

У приведеному визначенні ЗСЖ акцент робиться на індивідуалізацію самого поняття, тобто здорових способів життя повинно бути стільки, скільки існує людей. У визначенні ЗСЖ для кожної людини необхідно враховувати як його типологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, морфофункціональний тип, переважаючий механізм вегетативної регуляції тощо), так і віково-статеву приналежність і соціальну обстановку, в якій вона живе (сімейний стан, професію, традиції, умови праці, матеріальне забезпечення, побут тощо). Важливе місце на початку повинні займати особистісно-мотиваційні особливості даної людини, його життєві орієнтири, цінності, які самі по собі можуть бути серйозним стимулом до ЗСЖ і до формування його змісту і особливостей.

В основі формування ЗСЖ лежить ряд ключових положень:

Активним носієм ЗСЖ є конкретна людина як суб'єкт і об'єкт своєї життєдіяльності і соціального статусу.

У реалізації ЗСЖ людина виступає в єдності біологічної і соціальної основ.

В основі формування ЗСЖ лежить особово-мотиваційна настанова людини на втілення своїх соціальних, фізичних, інтелектуальних і психічних можливостей і здібностей.

ЗСЖ є найбільш ефективним засобом і методом забезпечення здоров'я, первинної профілактики хвороб і задоволення життєво важливої потреби в здоров'ї.

Достатньо часто, на жаль, розглядається і пропонується можливість збереження і зміцнення здоров'я за рахунок використання якого-небудь засобу,

що володіє чудодійними властивостями (рухова активність того або іншого вигляду, харчові добавки, психотренінг, очищення організму тощо). Очевидно, що прагнення до досягнення здоров'я за рахунок якого-небудь одного засобу принципово неправильно, оскільки будь-яка пропонувана “панацея” не в змозі охопити все різноманіття функціональних систем, що формують організм людини, і зв'язків самої людини з природою – всього того, що зрештою визначає гармонійність його життєдіяльності і здоров'я.

За Е.М.Вайнером структура ЗСЖ повинна включати наступні чинники: оптимальний руховий режим, раціональне харчування, раціональний режим життя, психофізіологічну регуляцію, психосексуальну і статеву культуру, тренування імунітету і гартування, відсутність шкідливих звичок і валеологічну освіту.

Нова парадигма здоров'я чітко і конструктивно визначена академіком М.М. Амосовим: “Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх нічим не можна”.

ЗСЖ як система складається з трьох основних взаємозв'язаних і взаємозамінних елементів, трьох культур: культури харчування, фізичної культури і культури емоцій.

Культура харчування. У ЗСЖ харчування є визначальним, системоутворюючим елементом, оскільки позитивно впливає на рухову активність і на емоційну стійкість. При правильному харчуванні їжа найкращим чином відповідає природним технологіям засвоєння харчових речовин, що виробилися в ході еволюції.

Фізична культура. Оздоровчим ефектом володіють фізичні вправи (ходьба, біг підтюпцем, плавання, катання на лижах, праця на садово-городній ділянці тощо) в природних умовах. Вони включають сонячні і повітряні ванни, очищаючі і гартувальні водні процедури.

Культура емоцій. Негативні емоції (зздрість, гнів, страх тощо) володіють величезною руйнівною силою, позитивні емоції (сміх, радість, відчуття подяки тощо) зберігають здоров'я, сприяють успіху.

Формуванням ЗСЖ є тривалим процесом і може продовжуватися все життя. Зворотний зв'язок від змін, що настають в організмі в результаті досягнення ЗСЖ спрацьовує не відразу, позитивний ефект переходу на раціональний спосіб життя іноді відстрочений на роки. Тому, на жаль, досить часто люди лише “пробують” сам перехід, але, не отримавши швидкого результату, повертаються до колишнього способу життя. У цьому немає нічого дивовижного. Оскільки ЗСЖ припускає відмову від тих приємних умов, що для багатьох стали звичними у життєдіяльності (переїдання, комфорт, алкоголь, цигарки) і, навпаки, як протиставлення – постійні і регулярні важкі для неадаптованої до них людини навантаження і строгу регламентацію способу життя. У перший період переходу до ЗСЖ особливо важливо підтримати людину в його прагненні, забезпечити необхідними консультаціями, указувати на позитивні зміни в стані його здоров'я, у функціональних показниках тощо.

Нині спостерігається парадокс: при абсолютно позитивному відношенні до чинників ЗСЖ, особливо відносно живлення і рухового режиму, в реальності їх

використовують лише 10%-15% опитаних. Це відбувається не через відсутність валеологічної освіченості, а із-за низької активності особистості, поведінкової пасивності.

Таким чином, ЗСЖ повинен цілеспрямовано і постійно формуватися протягом життя людини, а не залежати від обставин і життєвих ситуацій.

Ефективність ЗСЖ 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, та її “фізіологічної вартості” і психофізіологічних особливостей);

- активності виконання сімейно-побутових обов'язків; широти і проявів соціальної і особистісної привабливості;

- оцінку рівня валеологічної освіченості, зокрема ступінь сформованості настанови на ЗСЖ (психологічний аспект);

- рівень валеологічних знань (педагогічний аспект);

- рівень засвоєння практичних знань і навичок, пов'язаних з підтримкою і зміцненням здоров'я (медико-фізіологічний і психолого-педагогічний аспекти);

- уміння самостійно побудувати індивідуальну програму здоров'я і ЗСЖ.

Коротко висвітлимо користь фізичного навантаження як складову частину ЗСЖ. Цілющу силу фізичних вправ помітили ще стародавні мудреці. Так, Плутарх називав рухи “коморою життя”, а знаменитий старогрецький лікар Гіппократ, що прожив 104 рік, для продовження життя наполегливо проповідував помірність, перебування на свіжому повітрі, “щоденні натирання тіла і тілесні вправи”.

1. Збереження бажання!

2. Помірність у всьому!

3. Ніякого пересичення!

4. Обмеження в їжі!

5. І, головне – РУХ, РУХ, РУХ !!!

Неоцінимо користь фізичних вправ і загартування в боротьбі за довге творче життя підкреслювали також видні авторитети медицини, біології, фізіології пізніших часів. “Рух може по своїй дії замінити будь-який засіб, але всі лікувальні засоби миру не можуть замінити дію рухів”, – ці слова належать знаменитому французькому лікареві XVIII століття Тіссо. Сучасні наукові дані не тільки підтверджують це положення, але ще в більшій мірі розкривають благотворний вплив рухів і фізичних вправ на життєвий тонус людини.

Академік І.П.Павлов в своїй теорії визначив, що зміни в тих або інших органах не можна вважати першопричиною старіння всього організму. Організм – цілісна система. Його життя – це життя клітин, складний ланцюг хімічних реакцій. А тому для запобігання біді, наголошував учений, треба займатися не “дрібним ремонтом”, а перш за все – всебічно охороняти і щадити від

перезбудження і перевтоми “командний пункт” організму – головний мозок. Сам І.П.Павлов все життя, за його словами, робив “позику у природи”. Він здійснював походи, лижні вилазки, їздив на велосипеді. Відомо також, що Іван Петрович був великим поклонником гімнастики і споконвічної російської гри в городки. Великий фізіолог отримував від активного відпочинку величезне задоволення, випробовував, як він виражався, “м’язову радість” і “пристрасть до роботи”.

Інший радянський учений, відомий патофізіолог академік А.А.Богомолець не раз підкреслював, що боротьба за продовження життя людини не повинна будуватися на спробах омолоджування вже постарілого організму, бо важко повернути назад потік річки. На думку ученого, уміння продовжити життя – це уміння не скорочувати його: “Основне положення в боротьбі за довголіття: ніякого пересичення. Потрібно берегти бажання. Воно – могутній стимул творчості, воно стимул любові, стимул довгого життя”.

Багато чудових людей крізь усе життя пронесли любов до фізичної праці і захопленість спортивними заняттями – в них черпали натхнення, творчі сили, знаходили корисний відпочинок. За свідченнями сучасників, великий російський письменник Л.М.Толстой, навіть коли йому йшов восьмий десяток, з ранньої весни до пізньої осені здійснював прогулянки босоніж. А коли йому було близько шістдесяти років, Лев Миколайович пішки дійшов від Москви до Тули. Відстань в двісті кілометрів він подолав за шість днів. Основоположник науки про підкорення космосу К.Е.Ціолковський до глибокої старості здійснював прогулянки на велосипеді. Велосипед для здоров’я, на його думку, був “україн корисний – поліпшив легені і розвинув м’язи ніг...”

Повчальний досвід і сучасників. Величезну користь фізичних вправ, активного способу життя, гартування відзначають багато, з тих, хто на своєму досвіді переконався, наскільки важливі і необхідні в житті кожної людини ті правила і рекомендації, які пропонує всім наука про здоров’я.

Ось, що наголошував Микола Амосов: “Чинники, що приводять до хвороб серця, загальновідомі: недостатнє фізичне навантаження, надмірне харчування і нервова напруга. Загроза дуже велика: кожному десятому чоловікові після сорока років загрожує інфаркт. Лікувальна медицина не може зупинити цю лавину. Валідол від неї не врятує, він не виліковує. Він пом’якшує біль і продовжує хворому життя, але запобігти інфаркту не може. Проте кожна людина в змозі зробити це для себе сама. Так організувати своє життя, щоб не піддавати його небезпеці інфаркту, навіть якщо життя це дуже напружене, іноді – безладне... Потрібно дві умови: фізичне навантаження і обмеження в їжі. Від великої кількості їжі йде і велика кількість хвороб. Потрібно тримати стійку нормальну вагу. Це нелегко, але можливо”. Таке коротке і точне визначення відображає нашу дійсність.

За допомогою фізичного загартування, регулярних занять спортом набагато легко протистояти гіподинамії – малорухливому способу життя, який несе людству технічний прогрес. Не секрет, що сучасне виробництво і комфортні умови життя значною мірою понизили рухову активність людини. Недолік рухів негативно позначається на здоров’ї і працездатності людей. Вихід, отже, в

активному руховому режимі. Рухайтесь, більше рухайтесь! Здоров'я, творче довголіття, фізична культура – поняття один від одного невіддільні.

Основні принципи і правила самоконтролю і оздоровлення:

1. *Знати себе* і правильно оцінювати свій стан і можливості. Звичайно, це залежить від знань, ерудиції, адекватності сприйняття світу. Правильна самооцінка зумовлює і правильну життєву тактику.

2. *Мотивація оздоровлення.* У кожного вона своя: бути красивим; перемогти на змаганнях; поліпшити здоров'я; виростити дітей, внуків; стати коханим; просто не померти. Кожен з цих аргументів важливий і підходить більшості людей в різні періоди життя. Мотивація — один з найважливіших і щонайпотужніших механізмів і стимулів саморегуляції і самоудосконалення.

3. *Відмовитися від шкідливих звичок* (куріння, алкоголь, наркотики). Досвід показує, що само по собі припинення шкідливих дій на організм істотно покращує його стан, а тим більше якщо замінити шкідливі звички на корисні, наприклад уранішню зарядку, водні процедури, прогулянки.

4. *Підвищити життєву активність* – збільшити об'єм і спектр розумової і фізичної роботи. В цьому випадку послідує своєрідна ланцюгова реакція: завойовані життєві позиції, відчуття результатів роботи стимулюють новий виток активності – мотивація, прилив сил, мобілізація організму. Природно, навантаження не повинне бути надмірним. Не слід ставити недосяжних цілей.

5. *Харчуватися натуральною їжею.* Нерідко найсмачніші продукти виявляються об'єктивно найшкідливішими. Наприклад, копченина, консерви, тонізуючі напої. Досвід людства показує: краще віддавати перевагу природним продуктам без синтетичних і шкідливих домішок. Це світова тенденція, всі переконалися: живить, будує і дає енергію перш за все жива природа.

6. *Психологічний комфорт* – необхідна умова оздоровлення. До нього людина свідомо і підсвідомо прагне, але його потрібно створювати і самому. Якщо людина нікому не потрібна, їм нехтують як особою – настрої і здоров'я не буде хорошим. Можна порадити пацієнтові шукати спілкування і можливості взаємодії з приємними йому людьми, самому створювати оптимальний мікроклімат в своєму оточенні.

7. *Прагнути до збалансованості у всьому.* Це один з основних принципів життєздатності організму, та і будь-яких біологічних систем. Збалансованість (часто говорять гармонія) душі і тіла; імунною, нервовою, ендокринною систем; людини з навколишнім середовищем.

Вважається, що кожна людина неповторювана і тому повинна знайти свою систему оздоровлення. *Як ви це розумієте? І що головне в цій системі?*

У кожної людини без виключення є можливості зберегти і збільшити резерви здоров'я. Багатьом, хто ледве подолали сорокалітній рубіж, перші хвороби здаються вже непереборною старістю. Це не так. Навіть після серйозних катастроф: інфарктів, інсультів, раку, важких травм – є можливість повернутися до повноцінного життя. Пацієнт повинен бути упевнений: всі хвороби лікуються в тій чи іншій мірі і свій стан, хоч трохи, можна поліпшити завжди. Наприклад, при грамотному лікуванні травмами дуже добрі результати отримані навіть при важких

захворюваннях: цирозі печінки, бронхіальній астмі, ускладненнях інфаркту міокарду, інсульту.

2.4. Деякі проблемні питання мотивації здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей

У чому полягає сутність формування здорового способу життя на Європейському континенті у XXI столітті?

Здоровий спосіб життя – це діяльність з оздоровлення умов життя для повноціннішого виконання індивідом людських функцій. У сучасних умовах формування ЗСЖ розглядається як *ситуаційна адаптація*. Формування ЗСЖ залишається одним з основних пріоритетів політики ВООЗ на Європейському континенті в XXI столітті, відображеному в її програмі “Здоров’я – XXI”. Ця політика має одну постійну мету, щоб всі люди могли в повній мірі реалізувати свій “потенціал здоров’я”. Ця мета переслідує дві основні цілі:

- зміцнення і охорона здоров’я людей впродовж всього життя;
- зниження поширеності і зменшення страждань, викликаних основними хворобами, травмами і каліцтвами.

Основним постулатом, на який спирається ВООЗ в своїй програмі, є *поведінковий чинник*. Виховання поведінки здоров’я, лежить в основі пріоритетів діяльності ВООЗ на найближчі роки і має глобальне значення, що сприяє вирішенню зниження (або навіть ліквідації) найбільш значущих інфекційних і широко поширених неінфекційних захворювань, обумовлених чинниками ризика:

- серед інфекційних захворювань;
- малярія, туберкульоз;
- ВІЛ/СНІД;
- серед неінфекційних хвороб – рак, патологія серцево-судинної системи, діабет, психічне здоров’я;
- серед чинників ризику для здоров’я – куріння, безпека харчових продуктів і крові як потенційних джерел інфекцій і важливого компоненту лікування.

Про що свідчить статистика відношення населення до здорового способу життя? Які цінності і пріоритети життя нині у людей?

У середині 90-х років XX ст. на пострадянському просторі цінності здоров’я почали надавати більше значення, і в ранжованому ряді пріоритетів йому належить провідна позиція (хоча і не абсолютна) незалежно від віку, соціальної належності, освіти (76,9-77,5%). Особливої цінності набуває здоров’я в осіб старше 35 років, коли, як вважають лікарі, відбувається “скачок” в погіршенні здоров’я і виникають труднощі в отриманні кваліфікованої медичної допомоги, придбанні дорогих ліків, в працевлаштуванні. Сьогодні на матеріальний достаток і престижну роботу орієнтовано більше половини населення: підлітки (63,3%) і

доросле працездатне населення (до 50 років – 55,4-60,7%, старше 50 років – 43,9%). Ці параметри займають 2 і 3 місця у виборі життєвих цінностей. Усвідомлення цінності здоров'я не гарантує його збереження і зміцнення, оскільки в думках про здоров'я і реальну поведінку є так звані “ножиці” (знаю, але не вмію; вмію, але не виконую). Цей розрив між знанням і поведінкою обумовлений відсутністю в мотиваційній сфері особистості *настанов на здорову поведінку*, про що свідчать якісні характеристики. Правильні настанови на ЗСЖ мають менше половини респондентів.

Тверде переконання про вплив гіпокінезії на виникнення захворювань мають 42,1% опитаних, переїдання – 39,4%, надмірної маси тіла – 40,8%, куріння – 43,9%, вживання алкоголю – 41,6%, фізичного перенапруження – 33,3%, стресових ситуацій – 40,3%. Відомо також, що у хворої людини немає саногенного мислення. Навіть погіршення здоров'я не є критерієм для 18,9% населення до зміни поглядів на гігієнічну поведінку, на оздоровлення. Вирішення багатоетапної проблеми зміцнення здоров'я можливо *шляхом витіснення зі свідомості людини патологічного мислення*, що формує хвору поведінку.

Система знань про здоров'я і ЗСЖ, глибоке переконання в необхідності бути здоровим стимулюють, спонукають відповідально, усвідомлено відноситися до загальнолюдських цінностей. Потреба в ЗСЖ на основі внутрішніх, психологічних переконань через подолання безрозсудних задоволень представляє достатньо високий рівень психологічної зрілості в аспекті здоров'я. Кульмінаційним моментом психологічної зрілості є *готовність до дій*, тобто готовність вести ЗСЖ. Готовність – це той “поштовх”, який направляє розумову діяльність до аналізу переваг або недоліків, користі або програшу тієї або іншої поведінки, що базуються на певному інформаційному багажі. Переосмисленню, переоцінці підлягають укорінені традиції (частіше хворі), відношення соціуму (схвалення або несхвалення), винагорода (здоровий або хворий, успіхи в праці, сімейний статус, зовнішній вигляд тощо). Цей психоемоційний бар'єр – готовність – мабуть, найважчий, самий і сильний, опосередкований попереднім вихованням, вимагає ломки закріплених стереотипів поведінки і не завжди буває позитивним і стійким.

Так, спроби змінити спосіб життя робляться невеликим числом охочих: кинути палити (15,4%), змінити харчування (29,7%), збільшити фізичну активність (40,2%, в основному особи до 30 років). А 50% осіб з надмірною масою тіла навіть не намагаються її понизити. Демонстративні результати антинікотинової кампанії, що проводяться в країнах в рамках Європейського регіонального бюро ВООЗ і в 1994, 1996, 1998 і 2000 роках. Кількість учасників акції, охочих відмовитися від куріння в ці роки відповідало. 28700; 8400; 16800; 28400 чоловік. Мета акції короткострокова – утримання від куріння в дні акції, протягом місяця і стратегічна – повна відмова від куріння протягом півроку і року. З числа тих, що стартують в різні роки через рік не палили в середньому тільки 12-32%. Не дивлячись на невисокі показники, експерти ВООЗ оцінюють результати акції позитивно унаслідок складності самої проблеми (тютюнової залежності). Проте в цій проблемі мають місце і мотиваційні настанови (недостатньо тверді переконання в необхідності відмови від куріння), не

сформована готовність до відмови від куріння і особистісні якості – недостатня сила волі. Але все таки 12-32% курців зуміли подолати всі бар'єри і вступити в число прихильників ЗСЖ. Наслідком позитивної психологічної мотивації і готовності є безпосередньо дії – навички, звички.

У чому полягає сутність навичок і звичок здорового способу життя?

Навичка (за І.П.Павловим) – це динамічний стереотип. Він можливий, якщо розрізнені дії сліднують одне за іншим в строгій послідовності. По суті це відпрацьовані до автоматизму форми поведінки особистості на основі умовних рефлексів.

Звичка (у словнику) – “спосіб дій, поведінка або схильність, засвоєні за певний період життя, що стали звичайними, постійними для кого-небудь”. Звички виникають в будь-яких сферах діяльності, в яких відбуваються процеси, що повторюються, і охоплюють всі сторони життя людини. Звички можуть бути продуктом направленої (дії) виховання – миття рук, ввічливість, акуратність, дисциплінованість, але часто можуть складатися неусвідомлено, стихійно (гризти нігті, ручку, говорити голосно тощо). З погляду соціальних норм одні звички розцінюються як корисні, такі, що ведуть до формування позитивних рис вдачі, допомагають людині плідно трудитися, жити. Інші звички – шкідливі, такі, що приводять до поганих схильностей і вчинків. Особливу групу складають звички, що згубно впливають на здоров'я (вживання алкоголю, наркотиків, куріння).

У аспекті ЗСЖ розглядаються тільки позитивні навички (звички). Між навичками і поведінкою величезна дистанція. Як відзначав педагог А.С.Макаренко, формування звички слід розглядати як один з найдієвіших засобів виховання. Інший педагог К.Д.Ушинський додавав, що і переконання лише тоді починають впливати на поведінку, коли вони переходять в звички. Цілеспрямоване, комплексне і послідовне навчання і виховання військовослужбовців відповідно до психолого-педагогічних закономірностей і принципів є яскравою демонстрацією переломлення знань, переконань, навичок ЗСЖ в повсякденному житті, результатом якого стають позитивні тенденції в рівні їх захворюваності.

Отже, кінцевий результат – високий рівень здоров'я особового складу – *досягається подоланням негативних стереотипів мислення і поведінки і формуванням високого рівня гігієнічної культури.* Це важкий і тривалий процес, але цілком переборний дня досягнення мети. У цьому процесі потрібно слідувати заповіді К.С.Станіславського: важке зробити звичним, а звичне – легким і приємним. Критеріями гігієнічної культури, гігієнічного стилю життя як суб'єктивної сторони ЗСЖ є потреба і здатність людини підвищувати рівень розвитку свого здоров'я, фізіологічного і психологічного захисту, що має значення в його взаємодії з природним і соціальним середовищем. Рівень здоров'я, з одного боку, є об'єктивним критерієм гігієнічного виховання, а з іншого, – здоров'я дозволяє на основі вдосконалення знань, стійких мотивацій і навичок послідовно покращувати його показники, тобто зміцнювати. Здоров'я необхідне, щоб бути здоровим. Але це не повинно бути самоціллю. Здоров'я ради здоров'я, на думку М.М.Амосова, не потрібно. Воно цінне тим, що дозволяє

плідно трудитися, гармонійно розвиватися, бути соціально і духовно активним. ЗСЖ як елемент загальної культури, як система гігієнічних знань, переконань, дій формує здоров'я. У цьому аспекті ЗСЖ є цінністю як для особистості, так і для суспільства в цілому – це єдиний безальтернативний спосіб збереження і зміцнення здоров'я.

Що основне повинна знати молодь про ВІЛ/СНІД?

1. Хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини – ВІЛ – призводить до смертельної хвороби – Синдрому Набутого Імунодефіциту Людини. ВІЛ та СНІД невиліковні.
2. Людина, вражена вірусом може, виглядати здоровою і почувати себе добре довгі роки, будучи при цьому носієм вірусу.
3. Вірус може передаватися на всіх стадіях захворювання через кров, сперму, овуляційні та вагінальні виділення, грудне молоко.
4. Найчастіше ВІЛ-інфекція передається статевим шляхом. Молоді дівчата особливо вразливі до ВІЛ при сексуальних контактах.
5. Молоді люди, які мають захворювання, що передаються статевим шляхом, також становлять групу високого ризику щодо інфікування на ВІЛ.
6. Найбільш вразливі молоді люди, які вживають наркотики ін'єкційно, або мають сексуальні контакти з ін'єкційними споживачами наркотиків. ВІЛ-інфекція може також передаватись через нестерильні інструменти при пірсингу, татуажі та інших маніпуляціях, в яких є контакт з кров'ю.
7. Ризик інфікування при статевих контактах зменшується, якщо партнери використовують презерватив.
8. Тест на ВІЛ здійснюється системою охорони здоров'я, і в першу чергу центрами профілактики СНІДу. Тест на ВІЛ є конфіденційним і має супроводжуватись до та після тестового консультування.
9. ВІЛ-інфекція не передається через обійми, потискання рук, користування туалетом, басейном, постільну білизну, кухонний посуд, укуси комах, кашель та чихання.
10. Дискримінація людей, які живуть з ВІЛ – це порушення прав людини.

Чи велика різниця між військовослужбовцями і цивільним населенням, коли мова йде про СНІД?

Військовослужбовці відносяться до групи населення, що піддається особливому ризику передачі інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), включаючи ВІЛ. У мирний час рівень розповсюдження ІПСШ серед військовослужбовців зазвичай в 2-5 разів вище, ніж серед цивільного населення; у періоди військових конфліктів ця різниця може зростати до 50 разів і більше. Парадоксально, але на щастя, традиції чіткої організованості і дисципліни дають військовим значні переваги, якщо вони серйозно вирішать направити зусилля на боротьбу з ВІЛ/СНІДом.

Порівняльне дослідження моделей сексуальної поведінки, проведене нещодавно у Франції, Великобританії і США, показало, що військовослужбовці (як професійні, так і військовослужбовці строкової служби) піддаються набагато

вищому ризику передачі ВІЛ, чим особи відповідного віку і статі серед цивільного населення. Аналогічна ситуація спостерігається в ЗС інших країн світу.

У чому ж причина підвищеного ризику передачі ВІЛ в ЗС?

Участь особового складу у військових і миротворчих акціях пов'язана з тривалим перебуванням поза межами дому, внаслідок чого військовослужбовці шукають можливості скрасити свою самоту, зняти стрес і задовольнити сексуальні потреби, що загострюються при рутинному виконанні службових обов'язків.

Професійні військові традиції швидше вибачають і навіть заохочують готовність ризикувати. Більшість військовослужбовців належать до вікової групи, найбільш схильної до ризику передачі ВІЛ, – це сексуально активні особи у віці від 15 до 24 років.

Нерідко військовослужбовці, що знаходяться у складі миротворчих місій, мають в своєму розпорядженні великі вільні гроші, чим у місцевого населення, що дає їм можливість оплачувати сексуальні послуги.

Самі військовослужбовці і їх бази, включаючи розташування миротворчих сил, привертають до себе увагу працівників комерційного сексу і осіб, зайнятих незаконною торгівлею наркотиками.

Що таке поведінка людини, що пов'язана з ризиком для здоров'я?

Ключовим чинником ризику передачі ІПСШ, і особливо ВІЛ, є кількість сексуальних партнерів. Чим більше у людини сексуальних партнерів, тим вище для неї вірогідність вступити в зв'язок з кимсь, хто раніше вже мав контакти з ВІЛ-позитивними особами. Найбільшому ризику піддаються ті, хто шукає партнерів “на одну ніч” або зустрічається з секс-працівниками, не використовуючи при цьому презервативів.

Військовослужбовці в розгорнутих частинах нерідко потрапляють в ризиковані ситуації. Наприклад, дослідження, проведене серед моряків і морських піхотинців, що знаходилися протягом п'яти місяців у складі військ з підтримки миру в Камбоджі, показало, що, за наявними даними, 45% з них мали контакти з працівниками комерційного сексу і іншими представниками місцевого населення. В ході іншого дослідження з'ясувалося, що 10% особового складу ВМС і морської піхоти США отримали різні ІПСШ під час походів до південної і західної Африки, а також Середземномор'я в період з 1989 по 1991 роки. Війни створюють особливо багатий ґрунт для розповсюдження ВІЛ. Мобілізація великого числа молодих людей (які самі по собі складають групу високого ризику по ІПСШ), практика погроз зґвалтування, переміщення біженців (група з високим ступенем незахищеності) – всі ці чинники збільшують розповсюдження вірусу. Положення посилюється ще і тим, що нерідко в результаті військових дій інфраструктура охорони здоров'я і освіти розпадається, що зводить нанівець спроби мінімізації розповсюдження ВІЛ в час і після конфлікту.

У військовослужбовців розвинута звичка ризикувати і інші поведінкові чинники?

Військовослужбовців розглядають як особливу групу не тільки у зв'язку з такими об'єктивними чинниками, як їх відносна молодість, але і через їх життєву позицію. Частково ця позиція формується під впливом спеціальних насаджуваних в армії принципів, а частково виробляється за допомогою неформальних каналів, – через так звану армійську “культуру”, субкультуру, яка має сильну підтримку в армійському середовищі.

Наприклад, в ході бойових дій готовність до ризику має дуже важливе значення, проте, поза полем бою вона нерідко спонукає солдата здійснювати невинновданно ризиковані вчинки (секс без презерватива, звернення до комерційних сексуальних послуг, вживання наркотиків і надмірне вживання алкоголю). Агресивність, шанується як велика доблесть, примушує багато військовослужбовців йти на численні сексуальні контакти, де вони відчують себе “завойовниками”. І, нарешті, гордість за приналежність до людей у формі, посиленна узами, що склалися усередині військової частини, може викликати у військовослужбовців спокусу відноситися до цивільних осіб, особливо до жінок, як до об'єкту можливого силового тиску. У ще більшому ступені це відноситься до військовослужбовців, звиклих до знеособленого, комерційного, або навіть примусовому сексу.

Як впливає життя далеко від звичного оточення на поведінку людини?

Можливо, найбільш значним чинником підвищення рівня розповсюдження ВІЛ серед військових, є практика відряджання їх в місця, розташовані далеко від сім'ї і звичного оточення, на періоди різної тривалості. Крім емоційного стресу, що переживається людиною, ця практика заохочує звернення до комерційних сексуальних послуг. В результаті попиту, що виникає з боку військових баз і підрозділів, починається зростання місцевої індустрії сексуальних послуг. Одне з основних завдань, яке належить вирішити військовому командуванню, – необхідність переосмислення цього підходу, що став традиційним, з позиції охорони здоров'я і соціального захисту, яка в рівній мірі заслуговує того, щоб знайти шляхи забезпечення стабільних сімейних відносин і шлюбів.

Чи існують в середовищі військовослужбовців особливо уразливі групи?

Найуразливішою групою, як в армії, так і поза нею, є молоді, не зв'язані сімейними узами чоловіки. У молодого новобранця в звільненні звичайно є і час, і бажання, особливо під тиском однолітків, щоб принести собі задоволення в ризикованій пригоді. Проте крім цього, в армії є й інші незахищені групи, на які слід звернути увагу.

Зростання числа жінок-військовослужбовців в армії в різних країнах світу, підсилює їх особливу незахищеність відносно ВІЛ і ПСШ. Жінкам частіше, ніж чоловікам, передаються ПСШ навіть унаслідок одного сексуального контакту, причому у жінок захворювання носять більш безсимптомний характер і важко піддаються діагностиці. Жінки-військовослужбовці часто опиняються в нерівних умовах при обговоренні сексуальних питань, включаючи обговорення

використання презервативів. Вони також піддаються сексуальному примушенню, а іноді і відкритому насильству.

Для багатьох країн хворобливим питанням є існування в армії сексуальних відносин між чоловіками. В деяких випадках сексуальні контакти виникають між чоловіками, які відносять себе до гомосексуалів або бісексуалів. Іноді має місце сексуальне примушення (насильство). І, нарешті, чоловіки, які відносять себе до гетеросексуальної групи, можуть експериментувати, вступаючи один з одним в сексуальні контакти (наприклад, в періоди довгої ізоляваності від жіночого суспільства). Достатньої уваги вивченню цього питання поки не приділялося, проте, недавні дослідження дозволяють припустити, що явище, можливо, придбало значно ширші масштаби, ніж передбачалося.

Як може впливати ВІЛ/СНІД на армію?

Вплив на боєготовність. Багато країн висловлюють заклопотаність у зв'язку з тим, що ВІЛ/СНІД може надати несприятливу дію на боєготовність армії. У ряді країн з високою поширеністю ВІЛ, командування виражає сумніви в здатності забезпечити при необхідності швидке розгортання частин, оскільки все більше число військовослужбовців виявляється ураженим інфекцією. Навіть заклик нових рекрутів не забезпечить боєздатності і узгодженості дій, оскільки вибулі військовослужбовці замінюються новими, такими, що не служили до цього разом. Боєготовність знижується і тому, що в результаті СНІД і опортуністичних інфекцій, армія позбавляється досвідчених фахівців, що пройшли хорошу підготовку.

Які наслідки є для військовослужбовців з ВІЛ і членів їх сімей?

Окрім хвороб і смертей в результаті СНІД, найбільш значним наслідком для військовослужбовців, про яких знають, або хоч би підозрюють, що вони ВІЛ-позитивні, існує вірогідність унеможливлення просування по службі та участі в суспільному житті, особливо в таких спільнотах або місцях роботи, де немає можливості захистити їх від суспільного засудження. Нерідко вони піддаються різним видам дискримінації на роботі і в суспільних місцях (стигмі).

Опортуністичні інфекції, такі як туберкульоз або пневмонія, або такі стани, як саркома Капоши можуть не проявляти себе в організмі ВІЛ-інфікованої людини протягом багатьох років після первинного інфікування. Виникає серйозний ризик подальшої передачі вірусу чоловікові або дружині (а також дітям), партнерам, працівникам комерційного сексу і іншим членам суспільства. Подружжя може передати ВІЛ один одному або дітям, якщо у вагітної жінки є ВІЛ.

Чи існує ризик передачі військовослужбовцями ВІЛ-інфекції цивільному населенню?

Існування ВІЛ/СНІДУ в ЗС представляє загрозу не тільки для військовослужбовців і членів їх сімей, але й для суспільства в цілому. У багатьох країнах значна частина молодих людей проходять службу в армії, – протягом року або більше, за призовом або, частіше, як добровольці. Це свідчить про те, що

число людей, що повертаються до цивільного життя, достатньо велике як в чисельному вираженні, так і в плані потенційного впливу на всі соціальні групи.

Ризику передачі інфекції статевим шляхом піддаються постійні і випадкові сексуальні партнери, а також працівники комерційного сексу. Крім того, ВІЛ-інфіковані військовослужбовці можуть передавати захворювання ширшому колу осіб при донорському переливанні крові без попереднього обстеження або при сумісному використанні ін'єкційних голок, а також бути причиною інфікування медичного персоналу, що працював з їх кров'ю.

Які конкретні заходи слід зробити у військовому середовищі, щоб уникнути інфікування?

Використовувати всі можливості профілактики ВІЛ. Як вже наголошувалося, в багатьох країнах значне число молодих людей проходять службу в ЗС протягом року і більше. З одного боку, можна говорити про потенційну загрозу для цивільного населення, якому військовослужбовці можуть передати ВІЛ після закінчення військової служби, а з іншого боку – про унікальну можливість використання властивої ЗС дисципліни і організованості для проведення профілактичної і просвітницької роботи серед “аудиторії мимоволі”.

У деякому розумінні такий підхід ідеально співпадає з духом самої професії, де високо шанувалася вірність товаришам і традиція офіцерства проявляти турботу про благополуччя своїх підлеглих. З цієї точки зору профілактика ВІЛ і освіта не менш важливі, чим порятунок пораненого товариша з поля бою або здатність утримати зайняту позицію.

Якщо в деяких випадках ЗС не поспішали з розробкою стратегій і реалізацією програм по боротьбі з ВІЛ/СНІД, то в інших, навпаки, взялися за справу зі всією рішучістю і завзятістю, на яких здатні військові, виявляючись перед необхідністю рішення серйозного і чітко поставленого завдання. Більшість програм направлена на зміну укоріненої серед багатьох військовослужбовців моделі поведінки, пов'язаної з високим ризиком, у ряді інших програм робляться спроби вивчення чинників, що лежать в основі особливої уразливості військових.

В той же час, еволюція міжнародної силової політики, досягнення сучасної військової техніки і соціальні зміни, що відбуваються в країнах, ставлять багато армій перед необхідністю перегляду своєї ролі і завдань. Наприклад, участь в таких нових акціях, як підтримка миру, запобігання розповсюдженню наркотиків і ліквідація наслідків стихійних лих вимагають від солдатів нових навичок і нового відношення, що відрізняються від тих, якими керувалися попередні покоління військовослужбовців. Всі ці контекстуальні зміни створюють можливості (і ставлять завдання) у відповідь реакції ЗС на ВІЛ/СНІД.

Які можна використати підходи, що направлені на зміну поведінки військовослужбовців, пов'язаної з ризиком?

Росте число країн, включаючи Ботсвану, Чилі, Філіппіни, Таїланд, Замбію і багато країн-членів НАТО, в ЗС яких з успіхом застосовується цілий ряд оперативних профілактичних заходів, таких як:

– вдосконалення і розширення просвітницької діяльності в питаннях профілактики, зокрема підготовка військових медичних фахівців і середнього медперсоналу, регулярні “п’ятихвилинки” у військових частинах з проблем ВІЛ, алкоголізму, наркоманії.

– розповсюдження презервативів і просвітницька робота по їх застосуванню – один з найважливіших елементів профілактики ВІЛ та ПСШ. Для забезпечення ефективності, навчання повинне бути простим і передбачати повторення.

– розширення послуг з лікування ПСШ, які, як показує досвід роботи з цивільним населенням, значно впливає на показники частоти передачі ВІЛ, за умови серйозної підтримки і широкої доступності.

– забезпечення можливості консультування і добровільного тестування, у поєднанні з постійними зверненнями до особового складу із запрошенням скористатися перевагами цих послуг. У багатьох випадках особовому складу військових частин, що прямують за кордон, рекомендується пройти тестування на ВІЛ, або це є обов’язковою умовою, що висувається країною, де вони будуть дислоковані.

Які існують підходи, що направлені на нейтралізацію базових чинників уразливості військовослужбовців?

Разом із заходами зі зміни, протягом короткого періоду часу, моделі поведінки, пов’язаної з ризиком, ЗС проводять роботу або експерименти з вироблення заходів, націлених на усунення базових чинників, що впливають на високий ступінь уразливості військовослужбовців. До них відносяться такі:

– зміна практики дислокацій, включаючи можливість збереження сімейного способу життя. Наприклад, скорочення терміну перебування поза домівкою, а при неминучості тривалої відсутності, – надання військовослужбовцем допомоги по організації супроводу їх сім’єю. Наприклад, в Ботсвані ухвалено рішення про скорочення проміжків між черговими відпустками додому для тих, хто проходить службу на віддалених прикордонних постах.

– зміни в культурі ЗС. Звичка і традиції ризику, ймовірно, завжди будуть частиною військового менталітету, але методи ведення війни, що неухильно ускладнюються, вимагатимуть уміння розраховувати ризик краще, ніж це робилося до цих пір, а також проявляти більше ініціативи в плані нейтралізації ризику або його зниження. Це співпадає із спрямованістю кампаній проти ВІЛ/СНІД, головний акцент яких робиться на розумінні ризику і особистої відповідальності за своє здоров’я і здоров’я інших людей.

– зміна відношення військових до цивільних. Все частіше ЗС доводиться мати контакти з цивільним населенням, особливо громадянами іноземних держав, коли солдати набувають досвіду роботи з людьми, – зокрема, людьми в кризових ситуаціях, – біженцями, що пережили війну, жертвами катастроф. Всього більшого значення набувають турбота про дотримання прав людини і кодексу поведінки. Проте успіху в цьому можна досягти лише за умови, що відносно армії до цивільного населення більше значення надаватиметься питанням захисту, забезпечення безпеки, взаємодії, співчуття і розуміння. Ці якості допоможуть

забезпечити основу ефективної протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІД в самих ЗС і при їх взаємодії з цивільним населенням.

Як краще організувати взаємодію і партнерство з цивільним сектором?

Всі заходи щодо попередження ВІЛ/СНІД повинні будуватися на основі постійної взаємодії між військовими і цивільним населенням. У багатьох країнах розділення охорони здоров'я на військове і цивільне довело свою непродуктивність. За умови активнішої співпраці між МО і МОЗ або іншими цивільними установами охорони здоров'я, програми по профілактиці і лікуванню СНІД могли б стати ефективнішими.

Одним з можливих рішень може стати повноправна участь керівників відповідних оборонних і військових відомств в цивільній національній програмі зі СНІД та її комітетах з планування і управління. Друга можливість – пряма участь керівників системи охорони здоров'я в процесах освіти, профілактичної освіти і медичної допомоги в ЗС.

Позитивне відношення до ВІЛ-позитивним військовослужбовцям і медичне обслуговування

В умовах високої поширеності ВІЛ в ЗС низки країн, всього більшого значення набуває питання формування неосуджуючого і недискримінуючого відношення військовослужбовців до людей, що живуть з ВІЛ. Починати слід із забезпечення дотримання конфіденційності при тестуванні на ВІЛ. Оскільки ВІЛ-позитивні військовослужбовці продовжують свою кар'єру, вони повинні мати всі можливості для виконання завдань, до яких вони були підготовлені, і з якими як і раніше в змозі справитися. І, нарешті, ЗС слід бути готовими забезпечити лікування і надання допомоги військовослужбовцем, що живе з ВІЛ, і членам їх сімей, включаючи подальше безперервне лікарське спостереження після повернення до цивільного життя. Сюди може входити організація медичної допомоги вдома, надання допомоги вдовам і сиротам у випадках, коли цивільна система соціальної підтримки виявляється недостатньою.

Можливо, просто перевірити на ВІЛ весь особовий склад?

Вперше обов'язкове тестування на ВІЛ було введено в ЗС США в 1985 році. За даними дослідження, проведеного ЮНЕЙДС і Альянсом цивільних і військових в боротьбі проти СНІД, до 1995 року в тій або іншій формі тестування пройшли до 93% військовослужбовців, по яких є статистична інформація (дані за запитом надали 58 з 62 країн).

Приблизно 43 з тих, що підготували звіт країни, повідомили, що ввели різні види тестування на ВІЛ: перед призовом (25 країн); перед розгортанням частин за кордоном (24 країни); перед звільненням в запас (12 країн), періодично (9 країн), перед новим призначенням (8 країн). У 45 з 54 країн-респондентів, ВІЛ-позитивні призовники визнаються непридатними до служби, в 44 з 56 країн на ВІЛ-позитивних військовослужбовців розповсюджуються обмеження на деякі види служби (наприклад, заборона на участь у військових діях або пілотування літака).

I, нарешті, 37 з 41 країни-респондента виключають ВІЛ-позитивних військовослужбовців із списків частин, що розгортаються за кордоном.

Тестування під тиском. У багатьох країнах військове командування піддається серйозному тиску з метою введення або збереження обов'язкового тестування на ВІЛ або перед призовом, або перед розгортанням частин за кордоном, або через певні проміжки часу. В той же час, з ряду причин такий підхід піддається критиці. Висуваються доводи про те, що обов'язкове тестування порушує права людини, і це неможливо виправдати особливими вимогами, що діють в армії, а також, що тестування економічно не виправдано. Висуваються також доводи про те, що позитивні результати тесту у людей в безсимптомній стадії захворювання не роблять впливу на їх право на працю або на "придатність до роботи". Ще один аргумент – що широко підтримувані і повномасштабні програми, що фінансуються, по добровільному тестуванню можуть опинитися якщо не більш, то і не менш ефективними, чим обов'язкове тестування.

У солдата особлива роль, про що не можна забувати при обговоренні питання добровільного тестування. Армійське керівництво повинне враховувати не тільки необхідність вирішення бойових завдань, але і те, що солдат не може обговорювати накази старшого за званням, як це можуть робити цивільні особи.

На думку експертів, добровільне тестування у поєднанні з консультуванням відіграє життєво важливу роль в комплексі всебічних заходів, що спрямовані на профілактику і лікування ВІЛ/СНІД. Обов'язкове тестування без інформованої згоди є порушенням прав людини, і немає доказів, що такий підхід відповідає завданням суспільної охорони здоров'я. Щоб довести необхідність обов'язкового тестування (з неминучим втручанням в особисте життя людини, диференційованим або дискримінаційним відношенням), ЗС довелося б:

- представити переконливі докази того, що військова служба, як робоче місце, корінним чином відрізняється від інших робочих місць;
- довести, що ВІЛ/СНІД не розглядається в зв'язку з цим окремо від інших подібних захворювань, що викликають схожі проблеми;
- довести, що обов'язкове тестування і його наслідки (визнання непридатним до служби, обмеження прав на участь в розгортанні військ, звільнення) є найменш жорсткими заборонними заходами, які досягають поставленої мети, тобто, що обов'язкове тестування ефективніше досягає мети, чим добровільне тестування, консультування і програми профілактики.

2.5. Сучасні технології формування настанов, вмінь та життєвих навичок безпечної поведінки та здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей

Аналіз досвіду військової практики показує, що успіх функціонування і розвитку систем формування особистості значною мірою визначається двома провідними тенденціями: *гуманізацією* і *технологізацією* військово-педагогічного процесу. Суспільство інформаційних технологій зацікавлено в особистостях, здатних самостійно активно діяти, приймати рішення, гнучко адаптуватися до мінливих умов життя і бути здоровими як фізично, так і духовно. Тому нові

психолого-педагогічні технології, які сьогодні впроваджуються у систему виховання військовослужбовців повинні слугувати гуманізації, гуманітаризації і демократизації процесу виховання у ЗС, інших структурах правоохоронних органів України. Вони мають бути спрямовані на забезпечення як потреб особистості в фізичному, інтелектуальному, творчому і духовному розвитку, так і на задоволення потреб нашого суспільства.

Отже, у процесі виховання військовослужбовців повинні створюватися умови для розвитку фізичних, психічних і творчих якостей особистості, підготовки її до життя у відкритому суспільстві. Технологію в процесі виховання військовослужбовців можна розглядати як організаційний початок, який запускає у дію і направляє у необхідне русло творчі сили носіїв знань і військово-педагогічного досвіду, тобто вона містить в собі управлінський аспект.

Етимологія слова “технологія” означає “знання обробки матеріалу” (з латинської мови – *techne* – мистецтво, ремесло, наука + *logos* – поняття вчення). Технологія (виробнича) – це сукупність мистецтв оброблення, виготовлення, зміни стану, властивостей, форми сировини, матеріалу або напівфабрикату, що здійснюється в процесі виробництва продукції. Технологічний процес завжди передбачає певну послідовність операцій з використанням необхідних засобів (матеріалів, інструментів) і умов. У процесуальному розумінні технологія відповідає на питання: “Як зробити?”, “З чого і якими засобами?”

У сучасній науково-теоретичній літературі і практичній діяльності видатних вітчизняних педагогів виділяються три основних види технологій: технічні, економічні і гуманітарні.

Гуманітарні технології поділяються на управлінсько-гуманітарні, педагогічні і психологічні (рис. 4), які є технологіями самовираження людей, їх інтелектуальних і особистісних якостей. До гуманітарних технологій ще відносяться: футурологічні, ситуативні і повсякденні.

Футурологічні гуманітарні технології відтворюють синоптичну карту, що представляє економічний, соціальний, культурний, морально-психологічний і демографічний “прогноз” можливих варіантів майбутнього. За допомогою цих технологій прогнозується конкретна модель стану суспільства, регіону, колективу, що дуже важливо для керівників, зацікавлених бути готовими до вирішення нових проблем у своїй діяльності.

Ситуативні гуманітарні технології розробляються і застосовуються під впливом певних обставин. Наприклад, керування поведінкою людей в екстремальних ситуаціях. По цих технологіях проводяться спеціальні тренінги – професійна підготовка відповідних фахівців. Найчастіше вона здійснюється у виді розбору “ситуація – конфлікт” чи ділової гри.

Універсальними є повсякденні гуманітарні технології. Наприклад, технології професійного навчання, технології пошуку обдарованих людей, підготовки до виконання службових завдань (служби в наряді, варті).

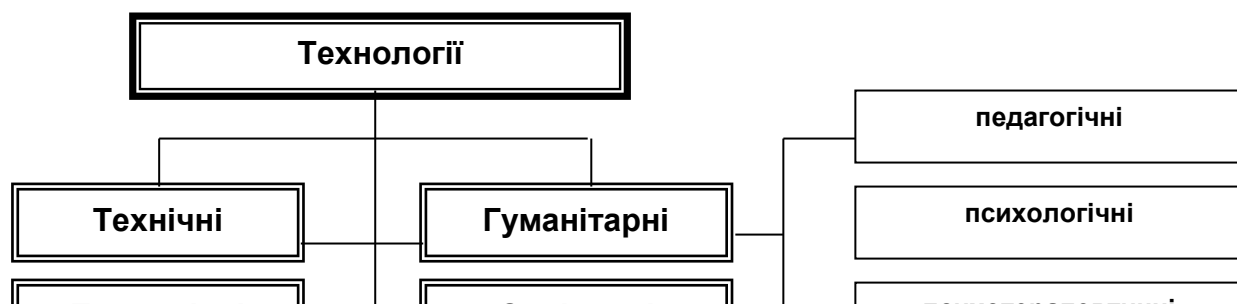




Рис. 4. Класифікація технологій

Нині є понад триста визначень понять “технологія навчання”, “технологія виховання” і “педагогічна технологія”. Ці визначення групуються в п’ять підходів:

- системний метод;
- педагогічна система;
- діяльність;
- спосіб організації військово-педагогічного процесу;
- моделювання військово-педагогічного процесу.

Істотними ознаками педагогічної технології є: діагностичне цілепокладання і результативність; алгоритмізованість і проєктованість; цілісність і керованість; коригованість.

У педагогічній літературі поняття “технологія навчання”, “технологія виховання” і “педагогічна технологія” одними авторами ототожнюються, а іншими – ні. Одні дослідники термін “технологія навчання” вживають стосовно навчального процесу, а термін “педагогічна технологія” – щодо виховного процесу.

У вітчизняній педагогіці термін “технологія виховання” був введений в педагогічну науку А.С.Макаренком. Кожне з цих понять має право на існування, тому що і “технологія навчання” і “технологія виховання” є педагогічними технологіями. Тому за поняттям “педагогічна технологія” може зберігатися загальна назва технологій, що застосовується в процесі виховання, в широкому смислі цього слова.

На основі аналізу різних підходів щодо визначення поняття “**педагогічна технологія**”, можна зробити висновок, що означене поняття розглядається досить неоднозначно, а саме як раціональний спосіб досягнення свідомо сформульованої освітньої (навчальної, виховної) мети; наука; педагогічна система; педагогічна діяльність; реалізація системно-діяльнісного або інтегративного підходів до

навчального процесу; система знань; мистецтво педагога; модель; засіб оптимізації і модернізації освітнього процесу; процесуальний компонент (складова) навчального процесу.

Неоднозначно тлумачиться педагогами і співвідношення дефініцій “технологія навчання і виховання” і “методика навчання і виховання”. Традиційно остання розглядається вужче по відношенню до першої і вживається у значенні учення про методи навчання і виховання. На нашу думку, поняття “технологія навчання і виховання” на відміну від “методика”, відображає не просто передавання інформації, а процес навчання і виховання, що набуває важливого значення для характеристики сучасних тенденцій у педагогіці.

Майже всі дослідники означеної проблеми вважають, що технологія відрізняється від методик своєю відтворюваністю, стійкістю результатів. Технологічність передбачає, в основному, стійкість до відтворення. У цьому контексті стійкість показників процесу виховання військовослужбовців розглядається як характерна якість саме технології.

На нашу думку, творчо поєднавши ці підходи можна дати визначення **технології формування здорового способу життя й безпечної поведінки у військовослужбовців**. Це – науково обґрунтована і нормована щодо цілей, змісту, місця і часу система форм і методів навчання і виховання, яка використовується офіцерами командного і начальницького складу при проектуванні, організації виконання завдань і реалізації рішень щодо різноманітних навчально-виховних заходів з військовослужбовцями з метою досягнення ними високого рівня культури, професійної та емоційної компетентності і вихованості.

Слід зауважити, що технологію характеризують *концептуальність, відтворюваність, ґрунтовність* кінцевого результату і *проектування* майбутнього процесу виховання. *Методика* розглядається як сукупність рекомендацій щодо організації і перебігу процесу формування безпечної поведінки у військовослужбовців.

Контроль дієвості заходів щодо формування ЗСЖ, безпечної та відповідальної поведінки військовослужбовців повинен відповідати таким вимогам: систематичності, всебічності, об’єктивності, диференційованості, єдності вимог, виховному аспекту (рис. 5).

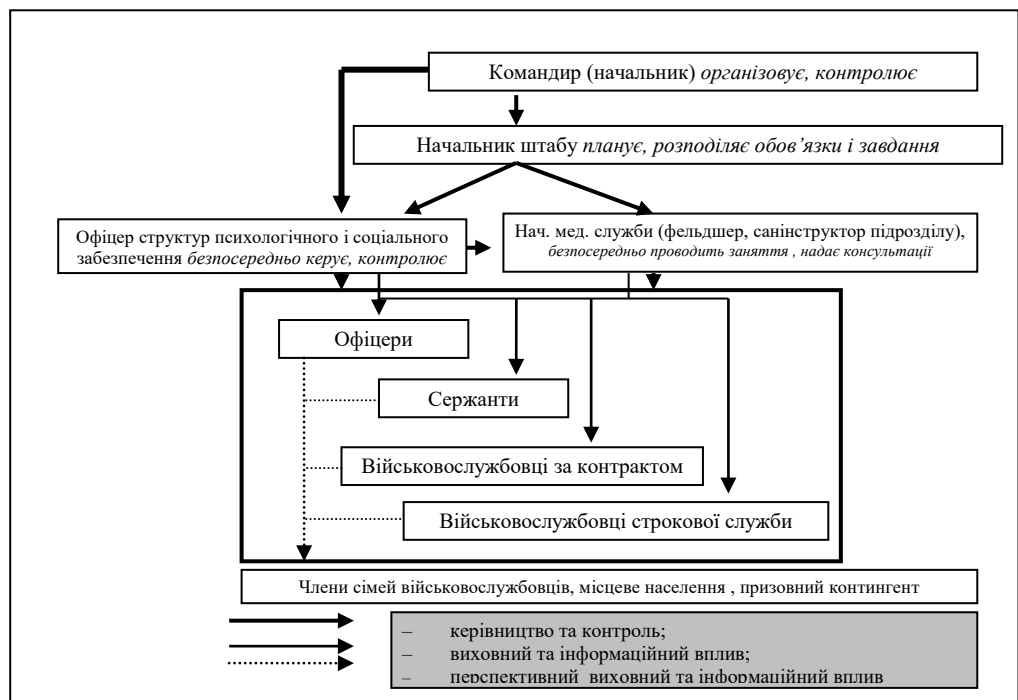


Рис. 5. Технологія роботи офіцерів (сержантів) щодо мотивації військовослужбовців до здорового способу життя

Враховуючи вимоги керівних документів і виходячи з завдань, які стоять перед керівництвом та посадовими особами частини (з'єднання), основні зусилля та службова діяльність щодо формування ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців повинні включати такі складові:

Командири (начальники) – видача наказів і розпоряджень щодо організації та проведення в частині (з'єднанні) заходів щодо мотивації ЗСЖ, формування безпечної і відповідальної поведінки, організація роботи та контролю за результатами їх виконання. Забезпечення особистого прикладу.

Офіцери структур виховної роботи (психологічного і соціального забезпечення, роботи з особовим складом (персоналом) та працівники військових медичних установ – організація перспективного та поточного планування заходів щодо мотивації ЗСЖ особового складу, подання відповідних пропозицій керівництву частини, організація та особисте керівництво заняттями з особовим складом, організація роботи та контролю за результатами виконання. Забезпечення особистого прикладу. Розповсюдження матеріалів через засоби масової інформації, встановлення співробітництва з представниками молодіжних і громадських організацій, регіональними центрами профілактики ВІЛ-інфекції, соціальними службами для молоді, з працівниками цивільних медичних закладів (лікарями-наркологами) з питань мотивації військовослужбовців до ЗСЖ. Організація добровільної здачі крові військовослужбовцями в лікарняних закладах на тестування.

Технологія роботи посадових осіб щодо розвитку мотивації ЗСЖ військовослужбовців повинна реалізувати головні завдання щодо формування в особового складу знань, навичок і звичок безпечної та не ризикованої поведінки, правил користування засобами збереження статевого здоров'я (презервативами), створення в частині (з'єднанні) системи дружньої підтримки. Тоді у військовослужбовців формуються та набувають подальшого розвитку відповідні якості психіки (витримка, відповідальність, обережність, терпіння, емоційно-вольова стійкість, обачливість), моральні цінності і правила, а також настанови вести ЗСЖ і мати безпечну поведінку.

2.6. Форми й методи просвітницької роботи на етапі прийому й вивчення військовослужбовців стосовно проявів відхиленої поведінки

Для прийому призовників і доставки їх у військову частину на збірні пункти прямує необхідна кількість офіцерів, прапорщиків і сержантів, здатних забезпечити якісний прийом, військовий порядок і дисципліну.

З виділеними офіцерами, прапорщиками і сержантами перед убуттям за поповненням проводиться інструктаж про порядок вивчення, прийому і супроводу призовників до місця служби.

Всебічне і глибоке вивчення громадян, що підлягають призову на дійсну військову службу, а також кандидатів на контрактну службу, є найважливішим завданням військових комісаріатів із забезпечення якісного комплектування ЗС молодим поповненням. Воно проводиться з метою забезпечення призовних комісій повними і об'єктивними даними про призовників для ухвалення по ним цими комісіями правильного рішення про їх призначення за видами ЗС і родам військ.

Вивчення призовників здійснюється на основі планомірного накопичення у військових комісаріатах відомостей про їх ділові, моральні і психофізичні якості, стани здоров'я, фізичного розвитку, загальноосвітньої і спеціальної підготовки, сімейного стану.

Вивчення призовників повинні вести офіцери (працівники ЗС) комісаріатів з широким залученням для цієї мети керівників і викладачів середніх загальноосвітніх шкіл, середніх спеціальних навчальних закладів і батьків.

З метою забезпечення систематичної і планомірної роботи з вивчення призовних контингентів в районних комісаріатах щорічно розробляються плани вивчення призовників, в яких відображаються: якій посадовій особі, яких персонально призовників вивчити, методи і терміни вивчення.

Вивчення призовників проводиться:

- шляхом індивідуальних бесід з самим призовником, його батьками або особами, на вихованні яких він знаходиться, а також з представниками адміністрації підприємства (навчального закладу), в якому працює (навчається) призовник;

- в ході ретельного вивчення документів, отриманими на призовників районними військовими комісаріатами від органів внутрішніх справ, судових і

слідчих органів, лікувально-профілактичних установ, житлово-експлуатаційних організацій і підприємств.

У процесі вивчення призовників в обов'язковому порядку повинні бути виявлені особи, що притягуються до кримінальної або адміністративної відповідальності, знаходяться під слідством і судом, перебувають на обліку органів внутрішніх справ, психіатричних, туберкульозних, шкірно-венерологічних, наркотичних диспансерів і інших лікувально-профілактичних установах.

Результати вивчення відбиваються в листі вивчення і карті професійного психологічного відбору.

Інформаційні центри МВС за своїм обліком проводять перевірку призовників і їх близьких родичів за запитами кадрових, військово-мобілізаційних і оперативно-режимних структур. Результати перевірки передаються ініціаторам запитів. Зводяться особові справи на кожного призовника.

Робота з вивчення, спеціальної перевірки і відбору призовників проводиться за планом, який щорічно складається в Головному управлінні особового складу Генерального штабу ЗС. Розробці плану повинен передувати аналіз справ з вивчення і відбору призовників в майбутній період призову з метою недопущення недоліків, що мали місце раніше. Планування здійснюється з таким розрахунком, щоб всі Центри комплектування військкоматів були охоплені і розподілені між відповідними працівниками ЗС і офіцерами, а призовники – повністю вивчені і відібрані. Розрахунки (наряди) на попередній відбір і призов молодого поповнення для всіх відомств по районних (міським) військовим комісаріатам і командах необхідно отримувати в обласних (республіканських) військкоматах.

Перед початком вивчення відбору призовників у відповідних структурах передбачається проведення інструкторсько-методичних нарад (зборів) з працівниками органів внутрішніх справ і офіцерами МО, що привертаються до цієї роботи. На вказаних нарадах (зборах) доводяться вимоги наказів і вказівок по питаннях заклику громадян на дійсну військову службу, а також завдання, порядок і терміни вивчення, проведення спеціальної перевірки і відбору призовників.

Вивчення і спеціальна перевірка призовників для режимних військових частин (команд) починається: за весняним призовом – з січня, за осіннім – з липня року призову. Вивчення і відбір призовників в решту команд необхідно закінчувати не пізніше, ніж за два тижні до початку відправок команд у війська.

Для деяких родів військ і відомств відбираються призовники бездоганні в моральному і діловому відношенні, придатні до стройової служби і обмеженнями, що мають ступінь, за станом здоров'я і фізичному розвитку не нижче четвертого.

Призовники, що притягуються до кримінальної відповідальності, зокрема умовно засуджені, а також призовники, у яких близькі родичі або особи, на вихованні яких вони знаходилися, відбували або відбувають міру покарання в місцях позбавлення волі, призову на службу, наприклад, у внутрішні війська, ДПС не підлягають.

Під час вивчення призовників у Центрах комплектування особлива увага приділяється:

1. Ознайомленню з документами особової справи.
2. Листом вивчення призовників.
3. Рішенням призовної комісії.
4. Характеристики на кожного.
5. Наявністю допуску з вказівкою ступеня придатності до військової служби.
6. Військовий квиток.
7. Карту профвідбору з результатами професійно психологічного відбору, проведеного військкоматом.

При прийомі молодого поповнення слід звертати увагу на наявність характеристики на кожного призовника. Віддзеркалення в характеристиці тих або інших негативних сторін життя, характері і поведінці призовника не є підставою для виведення його з команди. Він робиться для реальної допомоги командирам частин і підрозділів в їх роботі з прибулим молодим поповненням, в цілях глибокого і наочного його вивчення.

Якщо в числі, що відправляються опиняться призовники, що не відповідають вимогам служби, необхідно приймати заходи до їх заміни. При цьому старшим команд забороняється пред'являти військкоматам які-небудь вимоги з відбору призовників, не передбачені наказом МО, директивами Генерального штабу ЗС та відомчих інструкцій.

Відбір і формування команд представниками військових частин проводиться в тісній взаємодії з представниками МВС, військкоматів, командирами військових частин в місцях дислокації Центрів комплектування.

Підставою для прийому призовників є довіреність, видана командиром військової частини старшому команди (групи).

Для роботи на збірних пунктах військкоматів, в Центрах комплектування в обов'язковому порядку виділяються медичні працівники, у тому числі і лікарі-психіатри, які у взаємодії з медичним персоналом призовних комісій і представника органів внутрішніх справ повинні приймати заходи до недопущення відправки у війська осіб, що не відповідають вимогам служби в них за станом здоров'я.

Розглянемо механізм розвитку мотивації ЗСЖ військовослужбовців, що починається вже в Центрах комплектування і військоматах.

Зовнішньо організована (екстравертна) мотивація відтворює і зовнішній психологічний вплив на мотиваційний процес. Спершу в теоріях мотивації стверджувалося, що за отримання фінансової чи іншої зовнішньої винагороди людина робитиме все, що від неї вимагають. Раціональне їх розв'язання пов'язане з урахуванням позицій тих, кого керівник намагається мотивувати. При цьому нерідко підлеглим доводиться відмовлятися від власних цілей на користь тих, що пропонує керівник. За єдності цілей керівника й підлеглих йому не доводилось би нікого мотивувати, оскільки всі працювали б на єдиний результат. Щоб підлеглий змінив свою поведінку, недостатньо нав'язати йому свої мотиви, тобто щоб умовити змінити свою поведінку або ціль, його потрібно переконати. Для цього

слід з'ясувати мотиви, які раніше визначали поведінку та дії індивіда, тобто потрібно з'ясувати, чому він працював на досягнення своєї мети, а не спільних цілей. Отже, у цьому процесі відбувається з'ясування мотивів іншого, вибір раціональних засобів мотивації з метою залучення підлеглих до розв'язання загальних завдань.

До *зовнішніх впливів* (форм і методів) належать прохання, порада, переконання, навіювання, наказ, вимога, примус, маніпулювання, емоційне зараження, схвалення тощо. Вони можуть фігурувати, як інформування, інструктування, стимулювання й заборони. При цьому можлива конкуренція мотивів керівника і підлеглого. А психологічні впливи керівника можуть спричинити як згоду, так і відмову підлеглого виконувати вимоги, прохання. Ефект зовнішніх впливів залежить від взаємодії особливостей суб'єктів (*особистісні властивості*: авторитет, манери, зовнішній вигляд, ступінь поінформованості; навіюваність – ненавіюваність, конформність – нонконформність, принциповість – безпринципність тощо) впливу, а також від їхнього стану (апатія, втома, страх, виснаження тощо). Ступінь прийняття зовнішнього впливу також може бути різним, що зумовлено наявністю (відсутністю) у суб'єктів гіпотези й кількістю варіантів розв'язання завдання (чим більше варіантів, тим слабший вплив), складністю завдання, прийнятого рішення (чим вони складніші, тим відчутніший вплив), ступенем невизначеності, творчим характером діяльності (чим помітнішим у ній є творчий аспект, тим сильніше значення зовнішнього впливу).

При розвитку мотивації до ЗСЖ в особового складу, ми пропонуємо застосовувати такі *основні форми зовнішнього впливу*, враховуючи особливості їх застосування у військовій практиці:

1. *Прохання*. До нього командири вдаються, намагаючись позбавити свій вплив офіційності або коли відчують, що підлеглий потребує допомоги.

2. *Поради*. Їх ефективність залежить від авторитетності керівника, змісту самої поради, а також від особистісних особливостей підлеглого: у холерика порада найчастіше викликає спротив, у сангвініка – зацікавленість, меланхолік відповість на неї уникненням, а флегматик – відмовою або затягуванням часу, доки в усьому не розбереться сам.

3. *Переконання*. В основі його – сила логіки, аргументації;

4. *Навіювання*. Передбачає низьку критичність до навіюваного змісту сугерента (того, хто піддається навіюванню), довіру до сугестора (того, хто навіює). Важливо при цьому враховувати обставини, за яких здійснюються навіювання, особливості сугерента і сугестора, схильність сугерента до навіюваності, конформності, негативізму. Ефективність навіювання залежить від взаємин між керівником і підлеглим (залежність – незалежність, довіра – недовіра тощо). Передумовою навіювання є близькі міжособистісні стосунки, дружня атмосфера, прихильність, душевний резонанс. Посилює його ефект поєднання логічних і емоційних компонентів. Ефективним воно може бути за низької обізнаності підлеглого з проблемою, високого авторитету керівника в очах підлеглого. Результати навіювання залежать і від особливості підлеглого: чим піддатливіший він навіюванню, тим вищий ефект;

5. *Конформність*. Свідченням її є схильність людини до добровільного прийняття думки інших і зміни своїх реакцій. Особливості вияву залежать як від внутрішніх, так і від зовнішніх чинників. Наприклад:

- чим складніша проблема, тим більшою мірою особистість підкоряється групі і тим вища конформність;
- якщо на суб'єкта впливають дві-три особи, ефект групового тиску майже не помітний; якщо три-чотири – ефект є відчутнішим, але збільшення чисельності групи не спричинює збільшення конформності;
- підтримка суб'єкта навіть однією особою різко підвищує опірність груповому тиску;
- чим вищий статус індивіда в групі, тим нижча його конформність;
- у референтній групі індивід піддається впливу швидше і легше;
- якщо група змагається з іншою групою, конформність збільшується; якщо змагання відбуваються в групі, конформність зменшується;
- психологічне підкорення групі є поверхневим, якщо суб'єкта примусово зарахували до групи.

Знання особливостей вияву конформності людини сприяє керівникові у виборі оптимальних засобів створення мотиваційного клімату в організації.

6. *Покарання, критика, осуд*. Багаторазове їх застосування неефективне: люди звикають до негативного впливу і перестають на нього реагувати. Жорстке ставлення офіцера (сержанта) до підлеглого на певний час може посилити його мотивацію. Проте не всі військовослужбовці однаково реагують на ці форми впливу: в одних можуть посилитися агресивність, ворожість; інші піддаються страху перед можливим покаранням, що негативно впливає на їхню службу й самопочуття. Командири, котрі частіше застосовують покарання, аніж заохочення, не належать до ефективних. Їх підлеглі витрачають великі зусилля на уникнення покарання, а тому виконують багато непотрібних для організації дій. Психологи довели, що надмірну завищеність межі покарання підлеглі кваліфікують як помсту.

7. *Примус*. До цієї форми впливу вдаються тоді, коли всі інші виявляються неефективними або за відсутності часу для їх застосування. Високий соціальний статус, авторитет керівника робить його примусові вказівки високоспонукальними.

Дотримання кожною організацією (підрозділом) своїх традицій є значущим психологічним чинником, що єднає її із співробітниками, позитивно їх мотивує. Належність до організації може бути підставою гордості співробітників.

Важливим мотивуючим засобом є самореалізація військовослужбовців. Командир повинен створювати умови, підбирати відповідні завдання для того, щоб підлеглі могли виявити себе в діяльності підрозділу. Самовияв особистості є джерелом ініціативи, творчого ставлення до виконання службових обов'язків, високої відповідальності. Ці висновки певною мірою інтегруються з поглядами Дугласа Мак-Грегора, на його думку, політику і практику управління визначають дві протилежні групи передбачень:

– традиційні погляди на управління (Теорія Х). Базуються вони на припущеннях, що працівника, який вороже ставиться до роботи, потрібно всіляко контролювати, спрямовувати, погрожувати йому покаранням;

– нова теорія управління людськими ресурсами (Теорія Y). Згідно з нею керівництво відповідальне за організацію та діяльність працівників; люди за своєю природою не відмежовані від завдань організації, їм притаманні внутрішня мотивація, бажання самовдосконалюватися, здатність брати на себе відповідальність. Тому завдання керівника полягає у створенні для них умов, які б забезпечили усвідомлення і реалізацію цих якостей.

Рекомендуємо офіцерам (сержантам) застосовувати форми і методи розвитку мотивації ЗСЖ особового складу за теорією Y.

Гігієнічне виховання – це комплексна освітня і виховна діяльність, направлена на формування свідомої і відповідальної поведінки людини в цілях розвитку, збереження і відновлення здоров'я і працездатності. Воно формує знання, погляди, переконання, мотиви і поведінку людини відносно здоров'я і хвороби, є складовою частиною як загальної освіти і виховання, так і системи охорони здоров'я. Гігієнічне виховання дає позитивні результати, коли створені об'єктивні (матеріальні) передумови для реалізації що рекомендуються медичною наукою гігієнічних норм і правил, коли вироблена позитивна мотивація людині на здоров'я і прагнення до зміцнення здоров'я стає своєрідною “модою”.

Передача медикогігієнічної інформації забезпечується за допомогою різних *методів, форм і засобів*. Методи групуються за способами управління пізнавальною діяльністю, прийнятою в системі середньої і вищої освіти: *інформаційно-рецептивний* (заснований на пред'явленні готової інформації і забезпечує засвоєння знань на рівні сприйняття і запам'ятовування); *репродуктивний* (пояснення висновків медичної науки, освітлення різних варіантів вирішення проблеми; націлений на відтворення реципієнтами отриманих знань, формування умінь і навичок); *проблемний* (комунікатор обговорює з реципієнтами різні варіанти вирішення проблеми, як би включає їх в процес “пошуку істини” і тим самим підводить до висновку, що ґрунтується на засвоєнні глибоких процесів явища, що вивчаються; націлений на творчий підхід до виконання норм і правил ЗСЖ).

Кожен з методів може бути реалізований за допомогою певних *форм і засобів*. Розрізняють індивідуальні, групові і масові форми гігієнічного виховання. *Форми індивідуальної дії* дозволяють максимально враховувати особливості реципієнта. Вони використовуються, наприклад, в процесі спілкування медпрацівника, офіцера (сержанта) з військовослужбовцем (бесіда, інструктаж, консультація – очна або по телефону, особиста кореспонденція тощо).

Форми групової дії застосовуються для диференційованого гігієнічного виховання різних віково-статевих і професійних груп населення, а також для практичного навчання. Розрізняють односторонні, або пасивні (доповідь, повідомлення, виступ тощо), і двосторонні, або активні (дискусія, вікторина), форми передачі інформації.

Різноманітні за призначенням і *масові форми* гігієнічного виховання населення. Одні з них (радіо- і телепередачі, публікації в пресі) використовуються

перш за все з метою формування громадської думки і відповідального відношення відомств і керівників різного рангу, сім'ї і індивідуума до здоров'я і оздоровчих заходів, широкого інформування громадськості про стан місця існування, здоров'я народу і його окремих груп. Інші (лекції, тематичні вечори, демонстрації кінофільмів і образотворчих засобів, театралізовані уявлення) призначені для розповсюдження і поглиблення загальних універсальних знань, роз'яснення неясних або недостатньо глибоко засвоєних питань.

Розрізняють також *епізодичні і циклові форми гігієнічного виховання*. До циклових форм відносяться лекторії, школи здоров'я, кінодекадники тощо. Найбільшу значущість останніми роками придбали народні університети медико-гігієнічних знань, що передбачають наявність постійного складу слухачів (не менше 100 чол.), педагогічного колективу, навчальних планів і програм (об'ємом не менше 32 год.), навчальної і матеріально-технічної бази. Університети призначені для поглибленого навчання населення основам ЗСЖ, підготовки суспільного санітарного активу. Вони створюються і для медпрацівників з метою підвищення їх кваліфікації. Разом з теоретичним курсом в них проводяться практичні заняття, демонструються кіно- і відеофільми. Керівним органом цих університетів є суспільна рада, що обирається загальними зборами викладачів.

РОЗДІЛ 3

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ ВІЙСЬКОВОГО ВИХОВАННЯ

3.1. Здоровий спосіб життя військовослужбовців і членів їх сімей як елемент виховної та соціально-психологічної роботи

З досвіду виховного впливу на військовослужбовців в арміях провідних країн світу мотивація до ЗСЖ є одним з основних елементів військово-педагогічного процесу, напрямів виховної роботи з особовим складом.

Не дивлячись на значну кількість наказів, директив, інструкцій де жорстко поставлені вимоги щодо збереження життя й здоров'я військовослужбовців в жодному з них не визначено місце формування та розвитку мотивації до ЗСЖ як компоненту інформаційного, профілактичного та просвітницького впливу на особовий склад з метою недопущення ризикованої, відхиленої поведінки, що веде до подій, злочинів і вчинків, які загрожують життю і здоров'ю не тільки, власне особовому складу, але й цивільному населенню.

Яке ж місце має зайняти мотивація до ЗСЖ військовослужбовців в системі виховної роботи офіцерів (сержантів)? Чи потрібно виокремлювати її в складову військового виховання? Чи це функція тільки медичного персоналу?

Розглянемо основні положення і підходи, що дадуть нам можливість відповісти на поставлені проблемні питання.

В найбільшій мірі виховна робота в ЗС України пов'язана з *військовим вихованням*, під яким розуміється процес цілеспрямованого, систематичного, організованого і планомірного впливу на свідомість, підсвідомість, пізнавальну, емоційно-вольову та мотиваційну сфери особистості військовослужбовця з метою формування у нього наукового світогляду, високих моральних, громадянських і військово-професійних якостей для забезпечення всебічного і гармонійного розвитку його особистості та ефективного виконання ним службових обов'язків в умовах мирного і воєнного часу.

При цьому, наголошуємо, що неможливо гармонійно розвинути людину без врахування елементу мотивації її до ЗСЖ і безпечної поведінки.

Виховна робота, як визначено в Концепції виховної роботи є система організаційних, морально-психологічних, інформаційних, педагогічних, правових, культурно-просвітницьких, військово-соціальних заходів, спрямованих на формування і розвиток у воїнів професійно необхідних психологічних якостей, моральної самосвідомості, що має забезпечити високу бойову і мобілізаційну готовність органів управління, з'єднань і частин, зміцнення військової дисципліни та правопорядку, згуртування військових колективів.

Саме важливе у виховній роботі – це *зміст*. Зміст це сукупність *теорій, положень, норм, знань, традицій*, які повинні бути передані військовослужбовцям, засвоєні ними і виступати провідними *мотивами* їх професійної діяльності.

Зміст виховної роботи розкривається через її складові, напрямки та завдання, на основі яких уже формуються функціональні обов'язки посадових осіб органів військового управління для реалізації змісту виховної роботи.

Одним із змістовних елементів виховної роботи є її складові, які визначені концепцією виховної роботи. До них належать:

- морально-психологічне забезпечення бойової і мобілізаційної готовності військ (сил), бойового чергування, бойової служби, оперативної та бойової підготовки, специфічної діяльності військових формувань;
- морально-психологічне забезпечення військової дисципліни та профілактики правопорушень;
- інформаційно-пропагандистське забезпечення;
- культурно-виховна і просвітницька робота;
- військово-соціальна робота.

Вказані складові розкриваються в напрямках, функціях, завданнях та реалізуються в заходах виховної роботи. Коли ми проаналізуємо ці методологічні елементи системи виховної роботи, то виявимо, що вони не розкривають питання ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців, мають декларативний характер і не виконуються у відповідних заходах.

Система [< грец. *systema* – утворення] – це значна кількість закономірно пов'язаних один з одним елементів (предметів, явищ, поглядів, принципів тощо), що становлять певне цілісне утворення, єдність.

На нашу думку, базовим визначенням, яке є найбільш коректним та простим, може стати визначення дане одним із основоположників загальної теорії систем Л.Берталанфі: “система – це комплекс взаємодіючих елементів”. Слово “комплекс”, яке досить часто вживається у виховній роботі (як комплекс заходів), походить від латинського слова, що означає “зв'язок”.

В розумінні того, що таке система, визначальну роль відіграє значення слова “елемент”. Критеріальна властивість елемента – його необхідна безпосередня участь в створенні системи: без цього, тобто без якого-небудь одного елемента, система не існує.

Якщо взяти виховну роботу, то окремо форми, методи, сили, засоби її проведення не виступають елементами системи, але коли вони будуть взаємопов'язаними між собою і залежатимуть один від одного, спрямованими на досягнення єдиної мети, тоді їх можна назвати комплексом форм і методів, заходів тощо, тобто системою виховної роботи.

Пропонуємо розуміти систему виховної роботи в ЗС у такому вигляді (рис. 6) і бачити в цій системі місце мотивації ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців, з метою якісної організації процесу їх виховання і навчання. Цей процес (мотивація ЗСЖ і безпечної поведінки) повинен пронизувати всі напрямки, завдання, функції і заходи виховної роботи, яка, безперечно, є функціональною складовою національної системи виховання, в якій гармонійно поєднано військове виховання.

Основними принципами системи мотивації до ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців є: *цілеспрямованість; двосторонність; неперервність і тривалість; багатогранність завдань і різноманітність змісту; залежність від*

специфіки професійних завдань і необхідності формування громадянина України; *багатство форм, методів і засобів виховного впливу*; поступове виявлення *результатів навчальних і виховних впливів*; *самокерованість*.

Система мотивації до ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців реалізується через **модель** (франц. *modele*, від лат. *modulus* – міра) – зразок, примірник чого-небудь, схема для пояснення якогось явища або процесу).

Те, що офіцер відчуває, більше впливає на якість його службової і професійної діяльності, чим його навички.

Уміння слухати і чути інших значно вагомніше вміння використовувати власні знання. *Вміння керівника ставити правильні запитання значно важливіше вміння віддавати прямі і чіткі розпорядження*.

Всі зміни і рух вперед починаються з внутрішнього самоусвідомлення. Наступний важливий крок на цьому шляху – усвідомлення інших. З першого витікає вміння управляти своїм життям, а з другого – широкий спектр соціальних вмінь. Поєднання цих кроків, створює інструмент позитивного впливу на інших і впровадження зовнішніх змін в будь-якій діяльності.

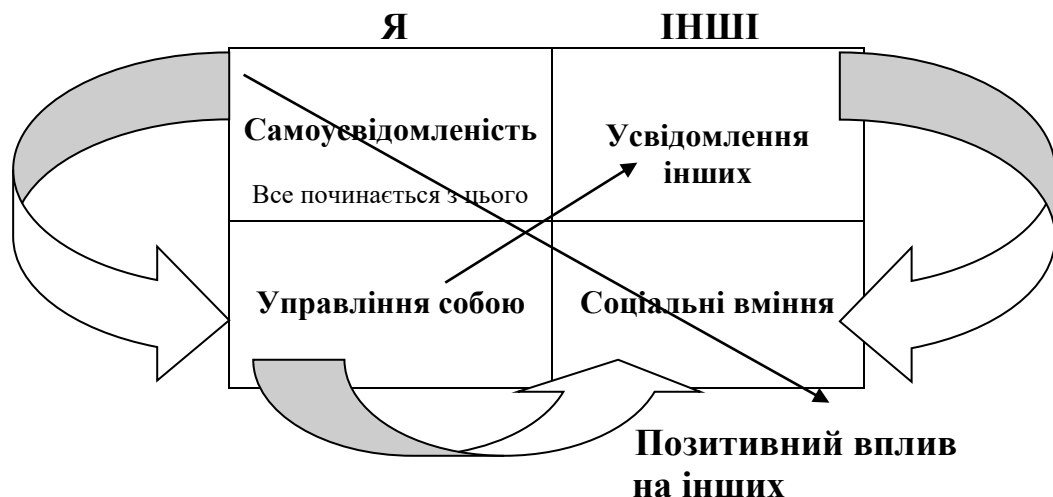
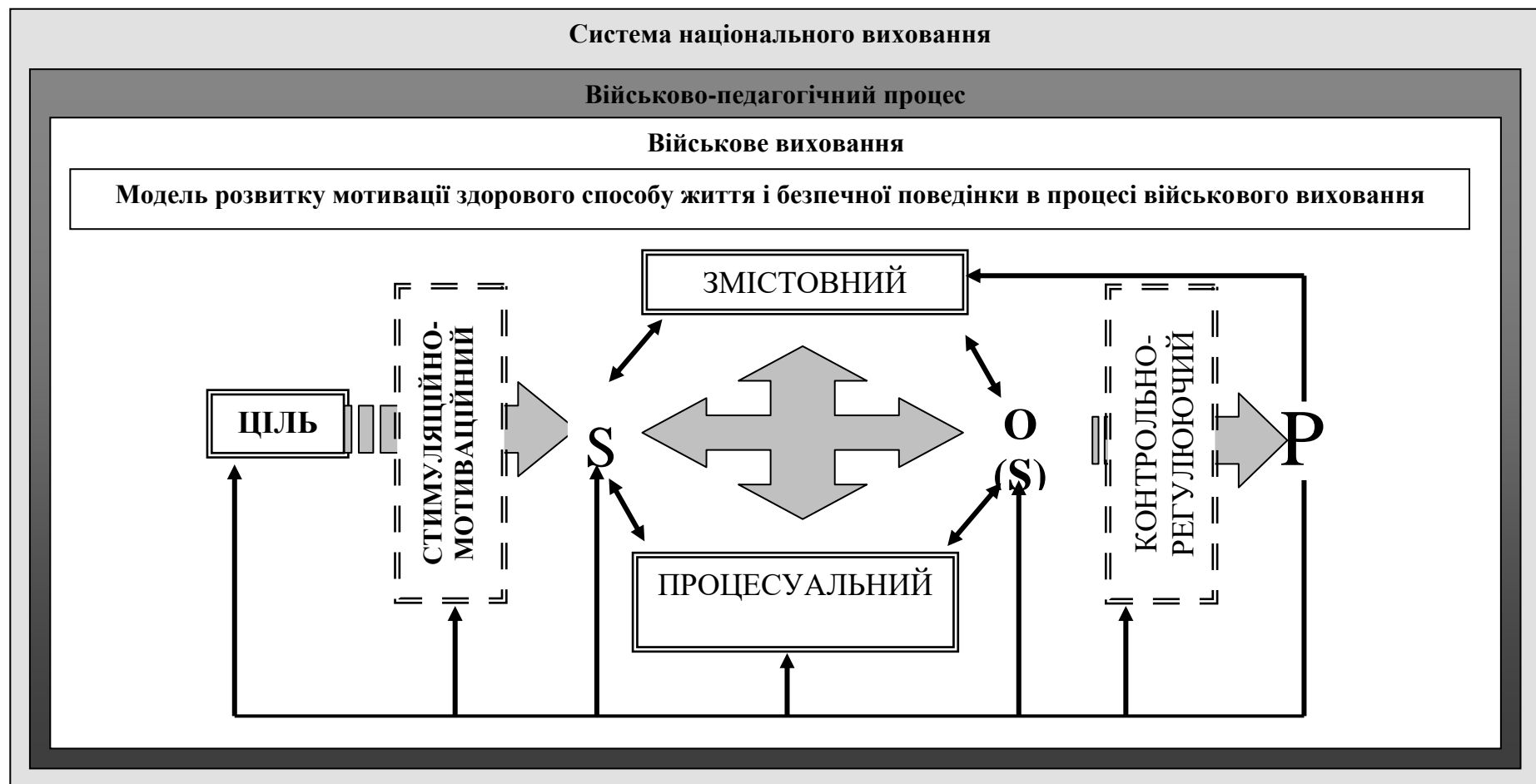


Рис. 7. Квадрати емоційного впливу офіцерів (сержантів) щодо мотивації здорового способу життя і безпечної поведінки особового складу



(S – офіцер (військовий педагог), O (S) – об'єкт (суб'єкт (підлеглий), P (результат) – оціночно-результативний компонент)

Рис. 6. Модель розвитку мотивації здорового способу життя і безпечної поведінки в процесі військового виховання

3.2. Дотримання порядку і правил просвітницької роботи офіцерів та сержантів щодо формування здорового способу життя й безпечної поведінки військовослужбовців і членів їх сімей

На нашу думку, пропаганда гігієнічних знань і мотивація ЗСЖ та безпечної поведінки є одним з напрямів діяльності не тільки медичної служби, але й всіх, без винятку, командирів (начальників), всього офіцерського й сержантського складу, що є системою інформаційних, профілактичних та просвітницьких заходів, направлених на підвищення рівня культури здоров'я військовослужбовців, цивільного персоналу ЗС, правоохоронних структур і ДПС, членів сімей військовослужбовців.

Основними завданнями з цього напрямку діяльності офіцерів (сержантів) є:

- пропаганда законодавства України, міністерств і відомств з питань охорони здоров'я в країні;
- пропаганда медичних і гігієнічних знань;
- пропаганда ЗСЖ, мобілізація особового складу на свідоме виконання вимог статутів, наказів, інструкцій, направлена на збереження і зміцнення здоров'я і фізичного розвитку особового складу;
- вдосконалення знань і закріплення практичних навичок і звичок з надання самодопомоги і взаємодопомоги при травмах і захворюваннях;
- підтримка проявів прикладу ЗСЖ і безпечної поведінки військовослужбовців.

Обов'язковою умовою ефективності цієї роботи є її цілеспрямованість, плановість і безперервність проведення. Вона планується на рік, на кожен місяць і узгоджується з командуванням.

Тематика пропаганди гігієнічних, медичних знань і ЗСЖ визначається: завданнями військ, порою року, контингентом, особливостями військової служби, регіональною патологією, захворюваністю особового складу, санітарним станом частини тощо.

Пропаганда медичних знань, ЗСЖ і безпечної поведінки проводиться з широким використанням ЗМІ – друку, радіо, телебачення, аудіо- та відео матеріалі тощо, у всіх медичних підрозділах, частинах і є службовим обов'язком всього медичного складу.

У всіх частинах з прибулим поповненням повинен проводитися ввідний санітарно-гігієнічний інструктаж, в змісті якого необхідно включати наступні питання: коротка санітарно-гігієнічна характеристика частини, військової професії, значення основних профілактичних заходів, що проводяться в частині, профілактичних оглядів, диспансеризації, щеплень тощо. Крім того, повинні бути освітлені спеціальні питання з гігієни і фізіології військової служби, промислової санітарії, роз'яснено значення загальнооздоровчих заходів щодо зміцнення стану здоров'я військовослужбовця (режим харчування і відпочинку, загартування, фізкультура, спорт тощо).

Пропаганда гігієнічних, медичних знань, ЗСЖ, безпечної поведінки повинна проводитися не тільки зі всім особовим складом підрозділу, але й з окремими

групами військовослужбовців (що тривало і часто хворіють, працівниками системи харчування, водопостачання, водіями, перукарями та іншими фахівцями).

У кожному медичному пункті, лазареті і лікувальній установі повинні широко використовуватися наочні засоби агітації – плакати, фотовиставки.

Відповідальність за організацію пропаганди гігієнічних, медичних знань і ЗСЖ і безпечної поведінки покладається на всіх медичних працівників, командирів всіх рівнів, враховувати тематику, приймати заходи для забезпечення наочними і методичними матеріалами, проводити інструктаж керівників, читати лекції, проводити бесіди, підтримувати зв'язок з місцевими центрами здоров'я та іншими установами щодо формування ЗСЖ: будинком офіцерів гарнізону, бібліотекою, базою кінопрокату, начальником клубу частини (установи), заступником командира частини, заступником командира з виховної роботи, а також з установами і громадськими організаціями, що займаються пропагандою гігієнічних, медичних знань і ведення ЗСЖ.

Гігієнічне виховання основ здорового способу життя військовослужбовців

Особиста гігієна – система знань, навичок, мотивів і форм поведінки з попередження захворювань, збереження і зміцнення здоров'я на індивідуальному рівні стосовно способу життя кожної людини. Особливе значення дотримання правил особистої гігієни має для військовослужбовців, оскільки є основою підтримки боєздатності частин і підрозділів. Основні правила особистої гігієни виробилися впродовж тривалої історії розвитку гігієни. Вони відображені в статутних положеннях і їх виконання є службовим обов'язком кожного військовослужбовця.

Збереження і зміцнення здоров'я, фізичний розвиток військовослужбовців – важлива і невід'ємна частина їх підготовки до виконання свого військового обов'язку. Кожен військовослужбовець повинен піклуватися про збереження свого здоров'я, не приховувати хвороб, строго дотримувати правила особистої і суспільної гігієни і утримуватися від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю, наркотиків тощо).

Виконання правил особистої гігієни включає:

- ранкове умивання з чищенням зубів;
- миття рук перед їжею;
- умивання, чищення зубів і миття ніг перед сном;
- своєчасне гоління, стрижку волосся і нігтів;
- щотижневе миття в лазні із зміною натільної білизни і шкарпеток;
- утримання в чистоті обмундирування, взуття і ліжка, своєчасну зміну підкомірців тощо.

Зачіска військовослужбовця, вуса, борода, якщо вони є, повинні бути акуратними і не заважати використанню засобів індивідуального захисту і носінню спорядження. Носіння бороди дозволяється тільки офіцерам і прапорщикам (мічманам).

Обов'язком військовослужбовців є підтримка чистоти в спальних приміщеннях і інших кімнатах загального користування, а також на території розташування частини, регулярне провітрювання житлових приміщень.

Особиста гігієна військовослужбовця включає загартування і фізичне вдосконалення, що сприяють підвищенню стійкості до несприятливих змін фізичних чинників навколишнього середовища, до умов, пов'язаних з особливостями військової служби і виконанням бойових завдань. Гартування повинне проводитися систематично, з урахуванням здоров'я військовослужбовців і кліматичних умов місцевості шляхом використання водних, повітряних і сонячних чинників у поєднанні із заняттями фізичною підготовкою і спортом.

Основними способами загартування військовослужбовців є:

- щоденне виконання фізичних вправ на відкритому повітрі;
- обмивання до поясу холодною водою або прийом короткочасного холодного душу;
- полоскання горла холодною водою;
- проведення в зимовий період лижних тренувань і занять, виконання господарських робіт в полегшеному одязі;
- у літній період – проведення занять і спортивно-масових заходів в полегшеному одязі, прийом сонячних ванн і купання у відкритих водоймищах у вільний від занять і робіт час і в дні відпочинку.

Заняття фізичною підготовкою і спортом здійснюються на вранішній фізичній зарядці, навчальних заняттях, під час спортивно-масової роботи, в процесі навчально-бойової діяльності військовослужбовців, а також у вигляді самостійних тренувань. На заняттях виконуються фізичні вправи з використанням різних способів тренування і дозування фізичного навантаження з урахуванням приналежності військовослужбовців до виду ЗС і роду військ, віку і стану здоров'я.

Заходи щодо гартування і фізичної підготовки військовослужбовців проводяться командирами підрозділів.

Важливим елементом особистої гігієни є підтримка чистоти тіла. Солдати і сержанти повинні митися в лазні не рідше за один раз на тиждень, а кухарі і пекарі, крім того, щодня приймати душ. Механіки-водії (водії), ремонтники приймають душ в міру необхідності. Для миття (прийому душу) військовослужбовці забезпечуються милом, рушниками і продезинфікованими мочалками.

Білизна натільна і постільна, рушники, шкарпетки повинні мінятися один раз в тиждень, в дні миття в лазні; кухарям і пекарям натільна білизна міняється не менше двох разів на тиждень. У підрозділі повинна бути організована сушка обмундирування.

З надходженням на службу військовослужбовець повинен бути навчений шляхом багатократних повторних занять правилам особистої гігієни і способам їх реалізації в конкретних умовах. Виконання правил особистої гігієни систематично перевіряється командирами підрозділів.

Перераховані правила особистої гігієни військовослужбовців включають найнеобхідніші вимоги, невиконання яких погіршить санітарно-епідемічної обстановки і, зрештою, боєздатності частин і підрозділів. Проте гігієнічна свідомість сучасної людини, військовослужбовця не може обмежуватися набором правил і рекомендацій дотримання елементарної чистоти і гартування.

Людина повинна володіти ширшим переліком знань, навичок і звичок збереження і зміцнення особистого здоров'я. Сукупність гігієнічних норм і правил, що реалізовується в способі життя людини, складає поняття ЗСЖ.

Здоровий спосіб життя, як і здоров'я, поняття комплексне, таке, що включає соціальні, економічні, біологічні, медичні, етичні, психологічні і духовні аспекти.

Роль військового лікаря у формуванні ЗСЖ відрізняється специфічністю дії на здоров'я людини, тому не може бути упущена або компенсована якою-небудь іншою діяльністю. Процес формування ЗСЖ – гігієнічне виховання – не короточасний захід, а широке суспільне явище, розвиток і стимулювання якого – одна з функцій держави та її інститутів, що вимагає через свою масштабність істотної уваги і витрат. Основними засобами формування гігієнічної свідомості, понять ЗСЖ є *пропаганда, освіта і навчання*. Ефективність цих методів багато в чому залежить від рівня суспільної свідомості і культури. Як показує досвід, названі методи найбільш ефективні коли реалізуються на індивідуальному рівні.

З гігієнічних позицій необхідним елементом життя, що формує людину як біосоціальну істоту і що визначає його соматичне, психічне здоров'я і соціальне благополуччя, є праця. Людський організм, як біомеханічна система формувалася в процесі еволюції під впливом праці і його основного компоненту – руху й активності.

Взаємодія різних сфер трудового процесу склалася давно, проте внесок кожного компоненту та їх якісна характеристика останнім часом корінним чином змінилися. У зв'язку з механізацією і автоматизацією виробництва, сфери побутових послуг різко скоротилася фізична частка праці населення. У ХХ ст. вона складає 1% порівняно з минулим століттям. Істотно змінився зміст праці військових фахівців – їх середньодобові енерговитрати не перевищують легкого або середнього ступеня тяжкості праці і складають 10000-12000 кДж. Відсутність необхідного генетично обумовленого компоненту життя – руху – позначається на стані здоров'я і ранній появі хвороб, пов'язаних з гіпокінезією. Її поєднання з переїданням, вживанням алкоголю і психоемоційною напруженістю обертається розвитком гіпертонічної хвороби, ожиріння, ішемічної хвороби серця, передчасним старінням і смертю.

Якісні зміни відбулися і у сфері розумової праці. Істотно збільшилося інформаційне навантаження в роботі військових фахівців, керівників, учених, інженерів, творчих працівників, лікарів тощо. В умовах дефіциту часу людина повинна ухвалювати відповідальні рішення, що веде до перевтоми, перенапруження психоемоційних процесів, появи негативних емоцій. Відомо, що для їх подолання потрібна мобілізація найбільш ранимої і малостійкої гальмівної системи, витрачання функціональних резервів якої неминуче веде до розладу регуляторних функцій всієї центральної нервової системи. Таким чином, сучасна праця в багатьох сферах виробництва втратила свою первинну гігієнічну суть – підтримка і зміцнення здоров'я, а також вдосконалення людини як біосоціальної істоти.

Практично для людини, зайнятої переважно розумовою працею, залишилися два способи “насичення” організму руховою активністю: фізична культура і індивідуально корисна праця поза сферою основної роботи. Для

реалізації своєї потреби в русі доросла людина повинна проходити в добу не менше 20 тисяч кроків (12-15 км) або займатися не менше 1-1,5 годин фізичною підготовкою, що включає біг, крос (1-3 км), силові вправи. Найбільш оптимальним є використання ігрових фізичних вправ. Це пов'язано з тим, що у всякій дії, русі, роботі, занятті повинні бути присутніми реальні мотиви, інтерес, цільові настанови і результати праці. Такі частково мають місце в ігрових вправах, побудованих на суперництві. В сукупності з основною роботою індивідуально корисна праця, в розумних межах, компенсує гіпокінезію, знижує психоемоційну напруженість, отриману протягом робочого дня, тижня. При цьому важливо і оздоровча дія перебування поза приміщеннями на чистому повітрі. За відсутності засобів механізації, джерел електроенергії виконувати роботи можуть бути середньому або важкому ступеню напруженості. Це слід враховувати при визначенні тривалості робіт і їх напруженості для людей середніх і старших вікових груп, оскільки можуть наступати перевтома, зниження ефективності основної роботи, а також загострення прихованої патології: серцево-судинній, дихальній недостатності.

Тривалість індивідуально корисної праці не повинна перевищувати 3-4 годин в день, 16-18 годин в тиждень.

Гігієнічним критерієм ефективності роботи, фізичної культури, є показники фізичного розвитку і їх стійкість (маса тіла, аеробна потужність, фізична працездатність, м'язова сила тощо), гемодинаміки (артеріальний тиск), поліпшення психоемоційного стану, підвищення резистентності організму, зниження захворюваності. Встановлено, чим простіше зв'язок людини із знаряддям праці, чим відчутніші предмет і результат праці, тим сильніше його позитивний вплив фізичного компоненту на інтелектуальну сферу (за принципом зворотного зв'язку), чим ближче цей зв'язок до природноісторичного, тим ефективніше оздоровляюча, гігієнічна функція праці. Проте не слід спрощувати роль знаряддя виробництва, яке повинне стимулювати мотивацію і інтерес до трудової діяльності. Звичайні фізичні вправи мотиваційного компоненту позбавлені.

У армійських умовах фізична підготовка як один з головних видів бойової підготовки – соціально-корисної праці є обов'язком військовослужбовця і покликана заповнювати фізичний компонент праці, підтримуючи фізичну підготовленість особового складу на належному рівні. Критерієм фізичної здатності військовослужбовців служать результати виконання вправ військово-спортивного комплексу.

Основними вправами є біг і кроси, що характеризують загальну витривалість. Названий показник фізичної підготовленості обумовлюється в основному здатністю кардіореспіраторної системи забезпечувати організм киснем, що називається аеробною потужністю. Тому у фізичній підготовці разом з іншими вправами і заняттями кросом, бігом повинна приділятися велика увага.

У контролі фізичного вдосконалення видне місце займає військовий лікар, який зобов'язаний надати командирові об'єктивну оцінку фізичного стану кожного військовослужбовця і обґрунтувати профілактичні рекомендації з корекції трудового процесу, фізичній активності. У цій роботі рекомендації лікаря

повинні бути зваженими, оскільки призначення фізичних вправ може мати негативні наслідки, пов'язані в основному з невідповідністю кардіореспіраторної системи до значних навантажень, можливої ішемізації міокарду або виникненням гіпертонічного кризу тощо. Тому застосування фізичних вправ повинне бути поступовим, під медичним контролем. Критеріями можуть бути показники частоти серцевих скорочень, артеріальний тиск, загальне самопочуття. Під час фізичних вправ небажані тахікардія більше 140 ударів, збільшення артеріального тиску більш, ніж на 10-15 мм рт.ст. При цьому верхні реальні енерговитрати організму не повинні перевищувати 5900 ккал (14000 кДж). За названою межею щоденна систематична праця може привести до фізичної і психічної деградації, раннього старіння.

Межі відпочинку, як і праці, відомі. Відпочинок – необхідний компонент ЗСЖ – направлений на відновлення фізичних сил і резервів, збагачення життя в інших областях людської діяльності. Завданнями відпочинку є зміна стереотипу, що склався, життєдіяльності, зняття стресових ситуацій, або перевтоми.

Основними параметрами відпочинку служать його зміст і тривалість. Відпочинком можна назвати будь-який рід діяльності, відмінний від основної праці, він зобов'язаний включати періоди фізичного і морально-психологічного спокою у вигляді сну, читання, денного сну, сеансів релаксації. Корисними є зміна місця перебування, використання можливостей туризму, лікувально-профілактичних установ. Кращий відпочинок – це поєднання його з фізичною працею. При цьому величина фізичного компоненту повинна бути такою, щоб на початок робочого циклу відбувалося повне відновлення фізичних, інтелектуальних, емоційних ресурсів, головними критеріями чого є бажання і можливість працювати. Досягнення такого стану індивідуальне, проте, як правило, воно рівне 2-4 тижням. При тривалішому відпочинку спостерігається збільшення періоду подальшого входження в робочий процес. Далеко не завжди відпустка вирішує задачу боротьби з перевтомою.

Гігієнічно обґрунтований розрив відпустки, збільшення його тривалості для військовослужбовців старших вікових категорій, використання лікувально-профілактичних установ. У діяльності командира важливе значення має оцінка, контроль за реалізацією прав військовослужбовців на відпустку, відпочинок і регламентацію службового часу.

Комплекс знань, поведінкова орієнтація людини, направлені на раціональне задоволення однієї з основних потреб – в їжі, що складає культуру харчування. Харчування людини – не механічне споживання необхідних речовин із зовнішнього середовища, а складний процес здобуття, вибору, приготування, споживання їжі.

Гігієнічні аспекти культури харчування складають поняття “раціональне харчування” і включають знання, навички, звички, переконання, направлені на збереження і зміцнення здоров'я. Це досягається регулярним надходженням в організм необхідної кількості поживних речовин і запобіганням попаданню шкідливих, чужорідних речовин, хвороботворних мікроорганізмів.

Необхідні знання про раціональне харчування військовослужбовець повинен отримувати від медичного працівника. Для цього повинні

використовуватися контакти в ході диспансерного спостереження, консультацій, на заняттях з пропаганди гігієнічних знань і ЗСЖ.

Кожна людина повинна мати уявлення про кількість і якість споживаної їжі, про те, як берегтися від захворювань, що передаються з їжею. Фізіологічним і вельми точним регулятором споживання їжі є відчуття апетиту, що зростає при зниженні в крові рівня деяких поживних речовин (глюкоза, амінокислоти). У молодому віці це відчуття, як правило, адекватно відображає потреби організму в їжі, і при насиченні чоловік відмовляється від подальшого її споживання. Проте з віком майже у половини людей апетит перестає адекватно відображати реальну потребу в їжі. В результаті чоловік споживає надмірну її кількість, що приводить до збільшення маси тіла за рахунок жиру, а в подальшому – до підвищення артеріального тиску, рівня холестерину в крові, серцево-судинним захворюванням. Людина повинна знати про можливу спадкову схильність до накопичення жиру, про основні чинники, сприяючі ожирінню: зниженні фізичної активності, вживанні алкоголю, психоемоційної напруженості, зміні гормонального статусу.

Всі перераховані чинники піддаються корекції, за винятком останнього, хоча і рівень гормонів істотно залежить від фізичної активності, вживання алкоголю і психоемоційної напруженості.

Кожна людина повинна уміти оцінювати свою масу тіла. Найбільш простим методом є визначення вагостового індексу.

Цей метод є найбільш інформативним, він визнаний ВООЗ, в багатьох зарубіжних арміях його іменують індексом Кетле:

$$I = m / p^2$$

де: m – маса тіла (кг); p – довжина тіла (м).

Індекс повинен знаходитися в межах від 20,0 до 25,0. Його перевищення в межах від 25,0 до 30,0 слід інтерпретувати як надмірну масу тіла, від 30,0 і більше – як ожиріння. Індекс маси тіла менше 20,0 вважається дефіцитом маси тіла.

Таким чином, до *основних гігієнічних рекомендацій* слід віднести:

- обмеження споживання їжі – після їжі повинне залишатися легке відчуття голоду і легкості;
- утримання від вживання алкоголю як щоденного явища;
- споживання переважно рослинних продуктів;
- стеження за власною масою тіла і артеріальним тиском;
- включення для людей розумової праці фізичного навантаження у вигляді фізичних вправ або індивідуально-корисної праці;
- виключення ситуацій з вираженою нервово-психічною напругою.

Не менш важливим є поділ знань людини про якісний склад споживаної їжі, про пріоритети у виборі харчових продуктів, про їх реальну корисність, про ризик хвороб і станів, що виникають за відсутності в їжі корисних речовин. Людина повинна мати уявлення про потреби організму в білках, жирах, вуглеводах, вітамінах, мінеральних речовинах, воді.

Білкова квота харчування молодшої людини повинна містити не менше 50 г білків тваринного походження, джерелами якого є м'ясо, риба, молочні продукти, яйця. Обмеження цих продуктів в дієті призводить до зниження фізичної працездатності і проявів аліментарної дистрофії. Середня добова норма споживання молодшою людиною м'яса повинна бути не менше 200-300 г, риби – 100 г, 1 яйця, 200-500 мл молока, або сиру 20-50 г.

Жир є для організму не тільки джерелом енергії. Споживання тваринних жирів супроводжується надходженням в організм надмірної кількості холестерину, яка може порушити звичайний баланс цієї речовини в кровотоку і привести до інфільтрації судинної стінки – атеросклерозу з подальшими глибшими порушеннями серцево-судинної системи: інфарктам, інсультам.

Гігієнічними рекомендаціями щодо харчування для особового складу можуть бути:

- обмеження споживання жирів тваринного походження, до яких належать вершкове масло, копчені ковбаси, сало тощо;

- заміна природних тваринних жирів маргаринами, приготованими з рослинних жирів (соевого, кукурудзяного і оливкового масел) і вільними від холестерину, з високими смаковими якостями і змістом вітамінів.

Людина щодня повинна отримувати не менше 6,0 г жирних кислот, необхідних для підтримки резистентності, продукції гормонів. Така кількість цих харчових речовин міститься в 50 г рослинних масел, які повинні бути присутніми в раціоні.

Велика роль в здоровому харчуванні баластних речовин (клітковини, пектину), кількість яких повинна бути не менше 25 г. На думку учених, надходження в організм цих речовин досягається споживанням за добу 1 кг фруктів і 1 кг овочів, що повинне розглядатися як мінімальна щоденна норма здорової людини.

Поведінкові орієнтири споживання вітамінів слід формувати у відношенні, перш за все, аскорбінової кислоти (вітамін С) і каротину (вітамін А). Більшість інших вітамінів містяться у необхідній кількості в звичайному раціоні людини і лише в певних умовах можуть виникати прояви гіповітамінозу і авітамінозів.

Добову потребу в аскорбіновій кислоті, складову не менше 100 міліграма, можна задовольнити обов'язковим включенням в раціон овочів і фруктів (картопля, капуста, цибуля, цитрусові, ягоди тощо), сукупна маса яких повинна бути не менше 1,0-1,2 кг).

Вітамін А поступає в організм переважно з молочними жирами, частково з овочами, що вміщують каротин – морквою, буряком, картоплею, які повинні бути присутніми в раціоні. Кожна людина повинна знати, що відсутність водорозчинних вітамінів вже через 3-6 місяців, а жиророзчинних – через 1,0-1,5 роки може обернутися незворотними змінами здоров'я. Нестача вітамінів в їжі повинна компенсуватися прийомом вітамінних препаратів або вітамінізованих продуктів.

Людина, як правило, не стикається з недоліком необхідних мікроелементів – цинку, міді, заліза, марганцю і інших, оскільки вони містяться в достатній кількості в звичайних продуктах – хлібі, м'ясі, овочах, і потреба в них невелика –

близько 1,0-10,0 міліграми. Проблеми виникають частіше з макроелементами – натрієм, калієм, кальцієм. Звичайний раціон містить надмірна кількість натрію, яка може втричі перевищувати норму, що рекомендується, – близько 6,0 г. Тому необхідно рекомендувати обмеження в споживанні повареної солі і солоних блюд. В той же час організм може знаходитися в стані гіпокаліємії, оскільки цей елемент міститься в обмеженому числі продуктів (фрукти, м'ясо, хліб), споживання яких задовольняє організм лише в звичайних компенсованих умовах (близько 4,0 г). При високих фізичних навантаженнях, перегріванні, коли з потом втрачається велика кількість солей (до 1,0 г калія з кожним літром поту), можуть виникнути прояви гіпокаліємії у вигляді серцевої слабкості, у тому числі і з летальним результатом.

У людини повинна бути вироблений навичка компенсації втрат солей і води при високих фізичних і теплових навантаженнях, які часто мають місце в навчально-бойовій діяльності військовослужбовців.

Добова потреба в кальції складає 1,0 г. Особливо він необхідний молодим людям, що ростуть, а також тим, хто піддаються великим фізичним навантаженням. Основними його джерелами є молоко і молочні продукти, тому зміст їх в раціоні повинно бути обов'язковим.

Одним з елементів ЗСЖ є забезпечення або досягнення нешкідливості харчування. У цьому сенсі під якістю харчування розуміється комплекс знань людини про зовнішні і органолептичні показники харчових продуктів, а також елементарні прийоми, що забезпечують безпеку харчування. Їжа, як найбільш інтимний і сильнодіючий чинник середовища, може містити немікробні агенти – солі важких металів, пестициди, харчові добавки, продукти виробництва, що забруднюють навколишнє середовище, і мікробні – бактерії, гриби, віруси, що продукують при розмноженні і накопиченні токсини. У певних умовах їжа може ставати ланкою передачі інфекційних хвороб, чинником епідемічної небезпеки. Основним потенційним чинником шкідливої дії на організм в харчуванні є мікробний, який в 1000 разів перевершує небезпеку забруднення шкідливими хімічними речовинами навколишнього середовища, в 100 разів – залишками пестицидів і харчових добавок, в 0 разів – природними токсичними компонентами.

При порушеннях правил обробки і реалізації їжі може відбуватися розмноження і накопичення мікробів, які в процесі своєї життєдіяльності розкладають органічні сполуки, – білки, жири, вуглеводи – на простіші речовини, у тому числі і шкідливі для здоров'я людини, а також токсини.

Розмноження не хвороботворних, мікроби, як правило, приводить до зміни органолептичних властивостей їжі (зовнішнього вигляду, кольору, запаху, смаку), що нескладно виявляється органами чуття і служить підставою для прояву певної обережності або навіть відмови від небезпечної їжі. Більшість хвороботворних мікробів, що розмножуються і накопичуються в готовій їжі, не змінюють її органолептичних властивостей, що утрудняє виявлення непридатності їжі при візуальному і органолептичному контролі. В цьому випадку критеріями нешкідливості і безпеки служать термічний стан і терміни реалізації готової їжі. Визначальним показником є тепловий стан їжі. Для кожного виду мікробів

розрізняють оптимальну, мінімальну і максимальну температуру розмноження. При оптимальній температурі життєві процеси в мікробній клітці протікають найактивніше, при зміні температури розвиток мікробів сповільнюється залежно від ступеня її відхилення від оптимуму. Для більшості мікробів, зокрема хвороботворних, оптимальною температурою є температура тіла людини – 37,5 °С. При температурі 50-60°C мікроби гинуть протягом 30-60 хв., при температурі 70-50°C – через 5-10 хв., а при 100-150°C – вмиють.

В умовах низьких температур (менш 4-8°C) мікроби, як правило, не розмножуються, але й не гинуть. Температурний інтервал від 8-14°C до 60-65°C можна кваліфікувати як зону “санітарного ризику”. Слід виключати зберігання, приготування, реалізацію їжі в цій температурній зоні. Найбільшої уваги людини повинні заслуговувати продукти і блюда, що зберігаються і реалізуються в межах цієї зони, особливо не піддаються термічній обробці або вживаються після її охолодження, – салати, молоко, компоти, киселі, коров’яче масло.

Їжу слід споживати в гарячому стані і достатньо швидко з моменту приготування – 20-40 хв., оскільки в цьому випадку знижується ризик накопичення мікробів і токсинів. Інакше звичайним прийомом повинна стати повторна термічна обробка – кип’ятіння, яку не рекомендується повторювати більше одного разу.

Достатня термічна обробка і своєчасна реалізація готової їжі гарантують її нешкідливість і безпеку навіть при мікробному обсіменінні. Необхідно пам’ятати, що мікроби гинуть під дією прямих сонячних променів, хімічних чинників (сіль, цукор), дезинфектантів і ін. У середовищі, позбавленому вологи, живлення мікробів припиняється і настає їх загибель.

До найбільш небезпечним в епідемічному сенсі відносяться наступні готові блюда: салати, вінегрети; молоко і молочні продукти; киселі, компоти; м’ясні, рибні блюда; гарніри других блюд.

Пропаганда ЗСЖ повинна включати також і уявлення про *гігієнічні вимоги до житла і його змісту*. Житло, казарма, повинні забезпечувати оптимальний тепловий баланс і надходження кисню, передбачати хороше освітлення і підтримку оптимального мікроклімату в приміщеннях – температуру в межах 18-20°C.

Необхідно, щоб повітря в приміщеннях було чистим і свіжим. Зміна запаху вдихуваного повітря при вході в приміщення, що відчувається як “спертість”, свідчить про накопичення вуглекислоти, антропогенів, мікроорганізмів і вимагає його оновлення, освіження, що досягається оптимальним пристроєм природної (кватирки, фрамуги, канали) або штучної вентиляції. Щогодини повітря в приміщенні повинне повністю оновлюватися, при цьому “повітряний куб” повинен бути не менше 25-30 кв.м, а площу житлової кімнати, що доводиться на 1 людину, бажано мати не менше 12 кв.м. Розміщення військовослужбовців, що проходять військову службу по призову, в спальних приміщеннях проводиться з розрахунку не менше 12 куб.м об’єму повітря на одну людину.

Складнішими є соціально-психологічні аспекти розміщення, які особливо важливі при необхідності адаптації до незвичайних і екстремальних умов, а також

у зв'язку із зміною місця проживання або мешканням при високих концентраціях населення, що характерний для військовослужбовців.

Попередня підготовка до зміни кліматичної зони полягає в тренуванні механізмів адаптації до жаркого або холодного клімату. Систематичне перебування в жаркому кліматі (по 60-90 хв. протягом 10-15 днів), виконання дозованих і наростаючих фізичних навантажень підвищують витривалість людей у разі їх переміщення в регіон з жарким кліматом.

Стійкість до холодного клімату, тренуваннями виробляється важче. Основну захисну роль в цьому випадку грають одяг і житло, тобто засоби соціальної адаптації, а також загартування організму. Техніка тренування, що зазвичай позначається терміном “загартування”, полягає в поступовому і систематичному нарощуванні дії холодового чинника у вигляді уранішнього туалету в мінімально одягненому стані, розтиранні холодною водою, систематичних полосканнях носоглотки, сну в провітреному прохолодному приміщенні, носінні помірно захищаючих видів одягу і головних уборів, але достатньо теплої взуття, а також в максимальній рухливості.

Важливою рекомендацією є оберігання від одностороннього охолодження шкірних покривів, яке може мати місце в результаті радіаційних тепловтрат і протягів. Цей феномен, що приводить до дезорієнтації терморегуляції організму, в звичайній практиці більш значущий, ніж загальне охолодження.

Велике значення в профілактиці простудних захворювань мають підтримку активного психоемоційного фону, настрою, а також раннє попередження виниклих симптомів (озноб, тремтіння тощо), прийом теплих ванн, переодягання в сухий одяг і взуття, фізична активність.

Збереження психічного здоров'я. Сучасна людина повинна мати уявлення про власну психіку, психічне здоров'я, про чинники, які шкідливо на неї впливають, методах і навичках компенсації негативних психічних реакцій.

Психічне здоров'я – це не тільки відсутність виражених психічних розладів в індивідуума, але й стан рівноваги і гармонії між людиною і навколишнім світом, суспільством, наявність душевних, психічних резервів з подолання стресів і утруднень, виникаючих виняткових обставин. Отже, профілактика повинна бути направлена на підтримку рівноваги, зміцнення резервів психіки, що зумовить попередження психічних розладів.

Психічне і соматичне здоров'я взаємозв'язані. Немає захворювань без психічних змін. Багато “сучасних” недуг – гіпертонічна хвороба, серцево-судинні захворювання, виразкова хвороба – мають виражені психогенні аспекти, пов'язані з порушеннями в місці існування. Важливим завданням психогієни є компенсація психічних змін навіть за наявності соматичних захворювань.

Збереження психічного здоров'я більшою мірою залежить від нервово-психічних навантажень і напруги. Доведено, що психоемоційна напруга, якщо воно перевищує психічну резистентність людини, приводить до порушення балансу гальмівних і збудливих процесів, що реалізовується в невротичних станах – депресії, іпохондрії, тривожності, агресивності тощо.

Однією з характерних ознак невротичного стану є так званий астеничний синдром, при якому спостерігаються погіршення пам'яті, ослаблення уваги,

зниження фізичної і розумової працездатності, стомлюваність, головні болі, дратівливість, емоційна нестійкість із змінами настрою.

Найчастіше причиною невротичних розладів служить хронічний психоемоційний стрес, викликаний невмінням або небажанням знайти правильний тон в поведінці. Профілактикою подібних неврозів повинне бути “уміння жити серед людей”, тобто уміння доброзичливе відноситися до всіх членів своєї сім’ї, товаришів по службі і співробітників, не надавати дуже великого значення чужим помилкам, уміти швидко гасити роздратування, гнів, перемикаючи увагу на спокійніші і приємніші об’єкти.

Причини виникнення неврозів: ревності, сором, тривога і страждання із-за невдач близьких, конфлікти в сім’ї, на роботі, службі, у сфері обслуговування, переживання у зв’язку з хворобою близької людини або своєю власною недугою, страхи. Невроз може бути викликаний також конфліктом людини з самим собою: хочу бути “старшим”, “головнішим”, “багатшим”, а освіти не вистачає тощо. Флегматик працює диспетчером і знемагає від необхідності швидко ухвалювати рішення, педагог-холерик втомлюється від необхідності стримуватися, щоб різко не відчитати кожного учня, а проявити терпіння. У військовослужбовців нервово-психічна напруга може виникати в результаті фактичної службової невідповідності посади або виконуваним обов’язкам. Цей чинник ризику за кордоном названий “статусом невідповідності”. Військовослужбовці, переживаючи незадоволеність порядком проходження служби, не присвоєнням чергового звання, недостатнім грошовим забезпеченням, недооцінкою їх діяльності командуванням, можуть переносити психічне перенапруження, підсилює “емоційне вигорання” людини. В той же час, швидке просування по службі може приводити до нервового зриву і розглядається як чинник ризику для здоров’я.

Сприяючим чинником “введення” в невротичний стан часто стає тривала розумова, фізична напруга, соціальна депривація, невміння переключитися з роботи на відпочинок, поєднання роботи і навчання, тривалий догляд за хворими, хронічний брак часу. Крім того, шкідливий вплив виробничих чинників, особливо шуму.

В період втоми, поганого настрою у зв’язку з неприємними переживаннями, під час захворювань і травм, на тлі сильних звукових подразників, після алкогольного сп’яніння нервові процеси слабіють, це виявляється в дратівливості, зміні пози, ходи, почерку, появі раніше прихованих порушень – енурезу, заїкання, терморегуляції. Оскільки при цьому фізичні процеси, що протікають в корі головного мозку, діють через гіпоталамус і ретикулярної формації вплив на внутрішні органи і емоційну сферу, психоемоційна напруга стає однією з перших і найважливіших причин втрати загального відчуття здоров’я, радості життя, психокомфортного стану.

При невротичних станах і для їх профілактики лікарська терапія має менший успіх, чим усунення чинників, що травмують або зміна відношення до них, нормалізація способу життя. Допомогти при цьому може і аутогенне тренування, і психічні настрої, і фізичні вправи.

Основною мірою профілактики є попередження стомлення і перевтоми. Необхідний раціональний режим праці і відпочинку. Слід виробивши вміння і звичку в собі правильно оцінювати свої можливості і сили. Відпочинок повинен йти попереду стомлення, бути його профілактикою, а не лікуванням. При своєчасному перемиканні на відпочинок достатні 10-15 хв., щоб привести себе в стан релаксації (розслаблення). Важливо навчитися правильно формувати психічні мотивації для свідомого управління своєю поведінкою. Як тільки людина навчиться працювати без перевтоми, відпочинок після трудового дня буде для нього радісним. Коли не буде роздратування від втоми, він буде готовий до жарту, усмішки і гарного настрою. Уникнути стомлення допоможуть заняття аутогенним тренуванням. Навіювання і самонавіювання дозволяють створити нову настанову, яка сприяє адекватній поведінці, нормалізує функцію внутрішніх органів, дуже корисні дозовані фізичні навантаження, процедури, що загартовують.

Поєднання аутогенного тренування, раціонального режиму праці і відпочинку, фізичних вправ і гартування організму – дієвий шлях збереження здоров'я, профілактики не тільки неврозів, але й соматичних захворювань.

Індивідуальна профілактика захворювань. Елементом ЗСЖ людини є знання і розуміння змін власного здоров'я з метою виявлення й оцінки ранніх симптомів хвороб і проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів за участю лікаря. Серед заходів, що проводяться суспільством для збереження і поліпшення здоров'я населення і військ (соціально-економічні, диспансеризація, лікування, санітарно-епідеміологічний нагляд, імунопрофілактика тощо), індивідуальні оздоровчі дії людини з профілактики хвороб визнаються одними з найбільш ефективних. Вони є самим значущим резервом подальшого поліпшення здоров'я суспільства, збільшення тривалості життя. Запобігання таким “ризикам” для здоров'я, як куріння, недостатня фізична активність, надмірне і незбалансоване по хімічному складу харчування, психоемоційна напруженість, зловживання спиртними напоями, вживання наркотиків, безконтрольне вживання лікарських засобів, а також знання суті змін, що відбуваються в організмі, своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів можуть забезпечити основний внесок в збереження і поліпшення здоров'я особового складу.

Кожна людина повинна володіти знаннями про своє здоров'я, розуміти вплив несприятливих чинників середовища на нього, розпізнавати ознаки виникнення патологічних проявів, а також передхворобливих, преморбідних станів. Останні виникають задовго до клінічно значущих змін, як правило, компенсуються резервами організму, зникають у разі виключення першопричини або проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів. До них відносяться зміна маси тіла, підвищена стомлюваність, зміна психічного статусу, підвищення артеріального тиску, больові синдроми, що проходять, хронічний кашель, зміни в порожнині рота тощо. Їх поява зобов'язує людину звернутися за медичною консультацією або допомогою.

3.3. Організація просвітницько-профілактичної роботи серед військовослужбовців (різних категорій) і членів їх сімей, яка спрямована на формування захищеної поведінки та мотивації до здорового способу життя

Інформаційне повідомлення для офіцера (сержанта). Ще у 1981 р. Мадридська конференція міністрів охорони здоров'я Європейських держав визначила освітній напрям збереження і зміцнення здоров'я населення як пріоритетний. У 1988 р. Комітет Міністрів держав – членів Ради Європи розробив детальні рекомендації щодо впровадження курсів з охорони здоров'я в усі ланки освітніх закладів цих держав. Було визнано, що набуття знань з питань охорони здоров'я і здорового способу життя важливе для всіх вікових груп населення, але найважливіше воно для молоді, оскільки молодь найлегше пристосовується до змін у способі життя і саме від неї залежить майбутнє. Цим пояснюється увага Ради Європи до розвитку спеціальних освітніх дисциплін, що формують у школярів і студентів свідому мотивацію до здорового способу життя.

Згідно з прийнятим у 1998 р. міжнародним документом “Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті” усі держави-члени Євробюро ВООЗ, у тому числі й Україна, повинні здійснювати політику формування ЗСЖ населення, і особливо молоді, на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади.

З огляду на це у програмних документах органів державної і виконавчої влади наголошується, що найвищою цінністю є людина, тому зусилля державних структур, науковців і практиків, пересічних громадян мусять спрямовуватися на створення й реалізацію умов формування, збереження і зміцнення здоров'я нації. Головними критеріями досягнення цієї мети повинні стати зростання середньої тривалості життя, зниження смертності новонароджених, стабілізація стану здоров'я населення та подальше поліпшення і підвищення його рівня, формування культури здоров'я і здорового способу життя.

План заходів, спрямованих на реалізацію різноманітних програм розвитку мотивації населення до ЗСЖ включає:

- формування здорового способу життя;
- боротьбу з вживанням алкоголю;
- боротьбу з наркоманією;
- подолання тютюнопаління.

Право громадян на здоров'я забезпечується Конституцією України: “Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю”.

Особлива увага приділяється державою проблемам здоров'я молоді і створенню нормативно-правової та освітньої бази для формування ЗСЖ підростаючого покоління. Для їх вирішення прийнято ряд документів: це Державна національна програма “Освіта” (Україна XXI століття), Національна програма “Діти України”, Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації на 2002-2011 роки”, Цільова комплексна програма “Фізичне виховання – здоров'я нації” та інші.

Впровадження цих і ряду інших програм вимагає перегляду сформованих стереотипів поведінки сучасної молоді, переосмислення концептуальної моделі здоров'я з урахуванням того, що провідне значення у його збереженні та зміцненні належить способу життя. Відомо, що навіть у розвинутих країнах Західної Європи стан здоров'я населення лише на 10% залежить від діяльності органів охорони здоров'я.

Ідея мотивації молоді до здорового способу життя повною мірою реалізувалася в Національній доктрині розвитку освіти України в ХХІ ст., прийнятій на ІІ з'їзді освітян. **Формування здоров'я нації через освіту** згідно з доктриною має бути одним з пріоритетів державної політики.

Немає сумнівів у тому, що подолання тенденції до погіршення стану здоров'я у ситуації, що склалася в Україні, – завдання складне, але його вирішення можливе за умови координації зусиль усіх державних і недержавних інститутів, діяльність яких пов'язана з людиною, і, безперечно, зусиль кожного члена суспільства. Одна з провідних функцій у його вирішенні належить системі навчальних закладів усіх рівнів.

Важливою складовою в національній системі освіти і виховання є військове виховання. Значна кількість молодих людей проходить службу в ЗС, органах МВС, ДПС України. В цих соціальних інститутах процес розвитку мотивації молоді до ЗСЖ має не припинятися, а посилюватись, завдяки специфіці й умовам службової діяльності.

Отже, опанування методами роботи з формування у військовослужбовців поняття і потреби у ЗСЖ, підтримання й розвитку мотивації до нього, розуміння принципів і основних завдань такої роботи – актуальна проблема підготовки сучасного офіцера (сержанта).

Пропонуємо для практичної роботи декілька вправ, які можна провести з особовим складом за короткий час.

Вправа

“Стан здоров'я населення України”

(прес-конференція, робота в малих групах)

Організація проведення:

Офіцер (сержант) розподіляє учасників на три групи:

1. Представники медичної галузі: акушер-гінеколог, педіатр, терапевт, інфекціоніст, психіатр, нарколог, геронтолог.
2. Представники ЗМІ.
3. Пересічні громадяни (споживачі медичних послуг).

Матеріали: інформаційний матеріал “Стан здоров'я населення України” (див. підрозділ 1.2) для кожного “представника медичної галузі”, папір формату А4, фломастери.

Завдання:

Представникам медичної галузі протягом 5 хв. ознайомитись з інформаційними матеріалами, підбираючи ту інформацію, яка відповідає їхній спеціалізації.

Представникам інших груп підготувати запитання для прес-конференції.

Провести прес-конференцію.

Висновок офіцера (сержанта). Інформація, яку ми почули на прес-конференції свідчить про виражені негативні тенденції щодо стану здоров'я населення України, особливо дітей і підлітків. Протягом останнього десятиріччя відбулося значне скорочення населення України як за рахунок зменшення народжуваності дітей, так і за рахунок значного скорочення тривалості життя. (Кожен учасник за бажанням може отримати інформаційні матеріали після закінчення вправи).

Вправа

“Фактори, що впливають на здоров'я”

(мозковий штурм)

Матеріали: дошка або фліп-чарт, інформаційні матеріали для кожного учасника тренінгу.

Завдання:

1. Познайомитися з інформаційними матеріалами щодо негативного впливу забруднення навколишнього середовища на стан здоров'я населення України (додається в електронному варіанті, див. підрозділ 2.3).

2. Кожному учаснику по черзі назвати один фактор, що негативно впливає на здоров'я, а офіцеру (сержанту) або його помічнику записати їх на одній половині дошки.

3. На другій половині дошки записати фактори, що позитивно впливають на здоров'я.

4. Обговорити фактори, записані на дошці та виділити найважливіші з них.

Питання для обговорення:

– Які фактори є визначальними для індивідуального здоров'я?
– Які фактори є визначальними для формування здоров'я населення певного регіону?

– Які фактори визначають рівень здоров'я населення країни в цілому?

Висновок офіцера (сержанта). За даними ВООЗ модель здоров'я людини обумовлюється на 50% способом життя, на 20% – спадковою схильністю до захворювань, на 20% – станом навколишнього середовища і лише на 10% (в розвинутих капіталістичних країнах) – рівнем медичної допомоги. За умови планування сім'ї, коли майбутні батьки намагаються звести до мінімуму можливість успадкування генетичних хвороб і отримання дитиною вад розвитку в період вагітності, а також у тих випадках, коли людина робить все можливе для зменшення негативного впливу забрудненого довкілля, роль способу життя в формуванні індивідуального здоров'я може значно підвищитись.

Отже, мінімум на 50% чинники, які впливають на стан здоров'я населення, можуть контролюватись самою людиною. На жаль, особистісна роль молоді щодо підтримання та зміцнення свого здоров'я на практиці зведена до мінімуму. Поступово сформувалась зовсім необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантоване саме по собі молодим віком, що будь-які навантаження, грубі порушення харчування, режиму праці, відпочинку, небезпечна поведінка та зловживання токсичними речовинами, стреси, гіподинамія, інші фактори ризику молодий організм спроможний подолати самотійно.

У зв'язку з цим досить гостро постає нагальна потреба у прийнятті конкретних, практичних рішень і заходів, які б змінили ситуацію на краще і дали можливість керувати здоров'ям підлітків та молоді. І першочерговим, за рівнем ефективності впливу на поліпшення стану здоров'я молоді, є створення умов для виховання у кожної молодої особи почуття відповідальності за власний стан здоров'я, формування позитивної мотивації до здорового способу життя.

Серед факторів, що визначають спосіб життя, в першу чергу – стан індивідуального здоров'я, необхідно зазначити наступні:

- режим харчування;
- рівень рухової активності;
- рівень стресового навантаження;
- наявність негативних звичок (куріння, вживання алкоголю і наркотиків);
- соціально-небезпечні інфекційні хвороби (туберкульоз, грип, ВІЛ/СНІД, венеричні хвороби тощо).

Вправа

“Права дитини” (робота в малих групах)

Вступне слово офіцера (сержанта). У 1919 році була створена перша міжнародна організація “Врятуйте дітей”.

Друга світова війна принесла дітям жахливі, нелюдські страждання. Для того, щоб надати допомогу дітям, які стали жертвами цієї війни, у 1946 році був створений Дитячий Фонд Об'єднаних Націй.

20 жовтня 1959 року приймається Декларація ООН про права дитини, а через 20 років у 1979 році уряд Польщі пропонує змінити Декларацію про права дитини на Конвенцію, тобто перейти від декларування прав дітей до їх неухильного дотримання. Протягом 10 років це питання розглядалося у Женевському суді.

І от у 1989 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Конвенцію про права дитини – перший в історії людства документ, який був прийнятий більшістю держав світу.

Ратифікувавши Конвенцію, підписавши її або приєднавшись до неї, 192 держави поширили її дію на власну територію і прийняли на себе зобов'язання привести власну законодавчу базу у відповідність до положень Конвенції.

Насправді ця Конвенція не про права дитини, а про обов'язки держави по відношенню до дітей. Положення Конвенції – це комплекс заходів щодо захисту і забезпечення основних прав і свобод дитини.

Україна також ратифікувала цей документ у 1991 році і цим взяла на себе зобов'язання виконувати положення Конвенції про права дитини на всій своїй території. Але чи так добре ми знаємо положення Конвенції, а отже права дітей?

Матеріали: на кожную малу групу – скорочений варіант Конвенції ООН про права дитини (додається в електронному варіанті), папір А3, фломастери.

Завдання:

1. Ознайомитись з текстом Конвенції ООН про права дитини та обрати:

- п'ять прав, які на погляд групи найбільш актуальні для України, тобто частіше *порушуються*. Ці права дитини записуються червоним кольором;
- п'ять прав, які менш актуальні, тобто *виконуються, але не завжди та не в повному обсязі*. Ці права записуються жовтим кольором;
- п'ять прав, що не актуальні для України, тобто *виконуються у повному обсязі*. Ці права записуються зеленим кольором.

2. З'ясувати, чи пов'язані та чи впливають обрані у перших двох випадках права дитини на її здоров'я за визначенням ВООЗ.

Презентація результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

Питання для обговорення:

- *Які почуття виникали у вас при виконанні цього завдання?*
- *Чи здобули ви нову для себе інформацію? Яку саме?*
- *Якщо в кого-небудь з присутніх є діти, то чи вважаєте ви їх здоровими, чи ні? Чому саме?*
- *Чи реалізуються в повній мірі в Україні права дитини щодо формування і збереження її здоров'я?*
- *Що на вашу думку необхідно, в першу чергу, зробити для реалізації права дітей на здоров'я?*

Висновок офіцера (сержанта). Таким чином, Конвенція про права дитини підкреслює, що виживання і здоровий розвиток дитини є найважливішим завданням держави. Реалізація цього завдання неможлива без ефективної просвітницької роботи в усіх ланках освіти. (Кожен учасник отримує повний текст статей Конвенції про права дитини, в яких розглядаються права дитини на життя і здоров'я, а також завдання закладів освіти щодо просвітницької роботи в цьому напрямку (додається в електронному варіанті).

Вправа “Колесо життя”

(самостійна робота з наступним обговоренням результатів)

Вступне слово офіцера (сержанта). Загальноприйнятим для світової спільноти є визначення здоров'я, сформульоване у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 році: **“Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад”**.

Давайте проведемо суб'єктивну оцінку (експрес-оцінку) вашого здоров'я. Виберіть одну з трьох відповідей до наступного тестового запитання (загальні результати тестування офіцер (сержант) записує на дошці):

- *Як ви оцінюєте своє здоров'я?*
- а) як добре;
- б) як задовільне;
- в) як незадовільне.

Результати такого експресопитування в значній мірі залежать від віку аудиторії та попередньої інформації, яку аудиторія отримала. Так, школярі та студенти молодших курсів здебільшого оцінюють своє здоров'я як хороше (до 98%). Виключення становлять учні, які мають виражені вади здоров'я (вроджені

патології, хронічні захворювання органів дихання, травлення та опорно-рухової системи). Серед студентів старших курсів та вчителів у віці до 30 років значно збільшується відсоток респондентів, які оцінюють своє здоров'я як задовільне (до 70%) і з'являється близько 10% незадовільних відповідей. Серед тих, хто оцінює своє здоров'я як хороше більшість приділяють увагу його збереженню (займаються фізичними вправами, намагаються раціонально харчуватися, використовують засоби зміцнення імунної системи тощо). Серед респондентів старших вікових груп переважають відповіді “як задовільне” і “як незадовільне”, при цьому відсоток останньої відповіді позитивно корелює з віком.

Матеріали: шаблони “колеса життя” для кожного учасника (додаються в електронному варіанті), олівці.

Завдання: відмітити на кожній з восьми спиць рівень складових свого здоров'я і з'єднати їх між собою. Оцінити фігуру, яка у вас вийшла на предмет відповідності поняттю “колесо”.

Питання для обговорення:

- Як ви оцінюєте свій рівень гармонійного розвитку?
- Чи співпадають результати цієї оцінки з результатами тестування на початку вправи?
- Чи виникає у вас бажання змінити стан свого “колеса життя” на кращий після оцінювання?
- У якій мірі, на ваш погляд, лікарі можуть допомогти подолати проблеми вашого здоров'я?
- Чи вважаєте ви, що перспектива поліпшення вашого здоров'я пов'язана зі змінами способу життя?
- Чи володієте ви достатньою інформацією для розробки індивідуальної оздоровчої системи?

Висновок офіцера (сержанта) значною мірою залежить від категорії учасників тренінгу. Загальний висновок полягає в тому, що практично кожна людина потребує корекції свого здоров'я, але не має достатньої інформації для розробки індивідуальної оздоровчої системи. Тому вдосконалення просвітницької роботи з питань здоров'я, її науково-методичне забезпечення, підготовка вчителів та викладачів для здійснення цієї роботи; проведення відповідних наукових досліджень та постійного моніторингу стану здоров'я населення, особливо дітей та підлітків; вдосконалення роботи засобів масової інформації з метою спрямування їх на проблеми формування культури здоров'я тощо є актуальними питаннями розвитку української держави.

Вправа

“Шляхи вдосконалення просвітницької роботи щодо покращання стану здоров'я військовослужбовців і членів їх сімей”
(ділова гра “Міжгалузеве співробітництво у вирішенні проблеми”)

Вступне слово офіцера (сержанта). 21.07.2004 року Міністерством освіти і науки України була затверджена Концепція формування позитивної мотивації до здорового способу життя дітей та молоді. В ній, зокрема, говориться, що “суб'єктами спільної діяльності з формування позитивної мотивації до ЗСЖ є:

- управління (відділи) освіти і науки, охорони здоров'я обласних (міських, районних, районних у місті) державних адміністрацій;
- органи місцевого самоврядування та самоорганізації населення, батьківська громада;
- науково-дослідні інститути АПН України та АМН України, навчальні заклади різних типів та рівнів акредитації, відповідні медичні установи, обласні інститути післядипломної педагогічної освіти; дитячі та молодіжні громадські організації, благодійні фонди, соціальні служби для молоді;
- засоби масової інформації.

Основним завданням суб'єктів спільної діяльності з формування позитивної мотивації до ЗСЖ дітей та молоді є консолідація зусиль щодо здійснення державної політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу та створення умов для формування ЗСЖ.

В основу виконання цього завдання покладено міжгалузевий комплексний підхід у діяльності держави, всіх її інституцій до збереження та зміцнення здоров'я кожної людини, незалежно від віку”.

Закінчується Концепція наступною фразою: “Ефективна реалізація даної Концепції можлива за умови розробки та прийняття Кабінетом Міністрів України програми її реалізації, погодження та раціонального використання фінансових, технологічних, матеріальних, інтелектуальних та інших ресурсів держави, які спрямовуються на формування фізично, психічно, соціально, морально здорової особистості з високим рівнем громадянської відповідальності, готової до самостійного вибору власного місця в житті; високоерудованої і культурної особистості, яка має гуманістичний світогляд та гуманістичні якості, поважає батьків, інших людей, які її оточують, із сформованою культурою спілкування; веде здоровий спосіб життя, прагне до самовдосконалення; толерантна, добродісна, милосердна, доброзичлива”.

Матеріали: малюнки з зображенням представників різних соціальних груп (додаються в електронному вигляді) для кожного учасника, текст Концепції формування позитивної мотивації до ЗСЖ дітей та молоді на кожен малу групу (додається в електронному вигляді), папір формату А3, фломастери.

Завдання: розробити пропозиції для міністра оборони України щодо включення їх в Програми Кабінету Міністрів України для реалізації зазначеної Концепції, уявляючи себе фахівцями на певній посаді (відповідно до отриманих малюнків (від головного сержанта взводу до командира армійського корпусу).

Презентація результатів роботи в малих групах та їх обговорення (можна провести у формі спільної наради зазначених посадових осіб за участю міністра оборони, роль якого може виконати офіцер (сержант) або його помічник).

Висновок офіцера (сержанта). Безумовно, підвищення рівня здоров'я населення – це проблема, яку можна вирішити лише спільними зусиллями представників різних міністерств і відомств, недержавних структур та громадських організацій. У той же час, основна роль в цій роботі належить представникам освітньої галузі, тому що саме молодь є тією частиною населення, яка легко засвоює нові стереотипи поведінки. Однак ефективним цей процес не

може бути за межами *формального освітнього процесу* в навчальних закладах, та бойової і гуманітарної підготовки у військових частинах (з'єднаннях). Саме навчання є провідною ланкою просвітницької діяльності, спрямованої на профілактику захворювань та формування захищеної поведінки.

Вправа

“Просвітницька робота щодо формування здорового способу життя”

(робота в малих групах офіцерів та сержантів)

Вступне слово ведучого. У широкому розумінні метою профілактики будь-якого негативного явища є підвищення якості життя. Остання, у відповідності до визначення поняття “здоров’я”, може розглядатися як гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Традиційно профілактика небажаного явища розглядається як його недопущення, протидія. При такому підході сам термін несе в собі певний негативний контекст, конфліктність. Для зменшення цього недоліку профілактичної роботи необхідно застосовувати методи навчання і виховання, побудовані на принципах гуманізму і співпраці.

Залежно від об’єкту, на який спрямована профілактична робота, виділяють первинну, вторинну і третинну профілактику.

На сучасному етапі розвитку профілактичної роботи одним з найперспективніших підходів є зменшення факторів ризику та посилення факторів захисту. Цей підхід у літературі ще має назву “*модель факторів ризику і захисту*”. Зміст профілактичної роботи повинен формуватись з урахуванням даної моделі, в основі якої лежить визначення провідних факторів впливу на здоров’я людини та вибір нею способу життя. Профілактична робота повинна спрямовуватись на зменшення впливу факторів ризику і підвищення дієвості захисних факторів.

Матеріали: інформаційні матеріали “Види та рівні профілактики” (додаються в електронному вигляді) на кожную малу групу, папір формату А4, фломастери. Під час виконання вправи використовуються також інші необхідні інформаційні і статистичні матеріали.

Завдання:

1. Ознайомитись з інформаційними матеріалами.
2. Розробити ефективну модель профілактичної роботи у військовому підрозділі (роті (батареї) *(група №1)*).
3. Розробити ефективну модель профілактичної роботи в батальйоні (дивізіоні) *(група № 2)*.
4. Розробити ефективну модель профілактичної роботи в частині (з’єднанні) *(група № 3)*.
5. Розробити ефективну модель профілактичної роботи в армійському корпусі *(група № 4)*.

Презентація результатів роботи в малих групах та їх обговорення.

Питання для обговорення:

– Які види профілактики необхідно використовувати для зазначених цільових груп дітей та молоді?

– Які фактори ризику розвитку хвороб найбільш важливі для зазначених цільових груп військовослужбовців?

– Яка форма організації профілактичної роботи (під час бойової та гуманітарної підготовки, виховна, культурно-виховна та просвітницька, спортивно-масова робота, самоосвіта) найбільш ефективна для зазначених цільових груп військовослужбовців?

– Чи потрібна спеціальна підготовка офіцерів (сержантів) для проведення профілактичної роботи з попередження хвороб та девіантної поведінки для зазначених цільових груп військовослужбовців?

– Що стримує ефективний процес реалізації профілактичної роботи у військових підрозділах, частинах (з'єднаннях)?

Висновок ведучого. Ефективна профілактична робота у військових підрозділах, частинах (з'єднаннях) може здійснюватись за умов:

- реалізації державних стандартів ЗСЖ;
- розробки відповідного комплексу нормативних, навчально-методичних, інших документів, які регламентують та унормовують організацію профілактичної та просвітницької роботи посадових осіб;
- організації військовослужбовців з використанням не тільки традиційних, а й інноваційних форм і методів.

Види профілактичної роботи, що мають застосовуватись, залежать від факторів ризику конкретного контингенту військовослужбовців. Якщо для роти (батареї), батальйону (дивізіону) переважаючою є первинна профілактика, то для військових частин (з'єднань) – вторинна.

Неприпустимим є проведення профілактичної роботи, спрямованої на формування позитивної мотивації до ЗСЖ офіцерами (сержантами), які не мають спеціальної валеологічної підготовки. Для систематичної профілактичної роботи в у військовій частині (з'єднанні) можна залучати медичних працівників лише за умови отримання ними педагогічної освіти.

Гра “Чудодійні ліки”

Мета: визначити вплив інформації на прийняття рішення і формування суспільної думки, обговорення існуючих стереотипів та дискримінації у ставленні до ВІЛ-позитивних.

Завдання: обрати когось одного, кому найбільше потрібні ліки, які вилікують СНІД. Ліки в одному екземплярі і допоможуть тільки одній людині.

Ведучий проводить опитування присутніх і визначає кількість виборів.

Претенденти на лікування:

1. Бізнесмен.
2. Хворий на гемофілію
3. Самотній чоловік.
4. Самотня жінка.
5. Дитина.
6. Лікар.
7. 15-ти річна дівчина.

Ведучий подає додаткову інформацію:

1. Має дружину і 3-х дітей
2. Чоловік, який має секс з чоловіками (гей)
3. Ін'єкційний споживач наркотиків
4. Шлях інфікування невідомий
5. Сирота
6. Інфікувався на роботі
7. Займається секс-бізнесом

Ведучий повторно проводить опитування присутніх і визначає кількість виборів.

Ведучий подає знову додаткову інформацію:

1. Інфікувався від повії
2. Інфікувався під час переливання крові
3. Вживав наркотики лише один раз
4. Досліджувала проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД
5. Невиліковно хвора дитина, яка може скоро померти
6. Інфікувався через власну необережність
7. Була продана батьками до будинку розпусти в 9-тирічному віці.

Загальний висновок для офіцера (сержанта). Таким чином, нам вдалося на тренінгу встановити наступне:

1. Оскільки проблема здоров'я на сьогоднішній день одна з найактуальніших, впровадження відповідних просвітницьких курсів є життєвою необхідністю, що підтверджується великою кількістю урядових документів.

2. На необхідність забезпечення навчання дітей і молоді в галузі здоров'я вказує і ряд міжнародних документів, зокрема Конвенція ООН "Про права дитини".

3. Серед факторів, що негативно впливають на здоров'я, провідним є невідповідний спосіб життя. Тому зміна стереотипів поведінки дітей та молоді в сторону мотивації до здорового способу життя – необхідна умова досягнення позитивного результату освітніх програм.

4. Позитивного результату можна досягти за рахунок впровадження в навчальний процес неперервної валеологічної освіти, яка буде ґрунтуватися на використанні активних методів навчання дітей та молоді (військовослужбовців, працівників правоохоронних структур) життєвих навичок. Створення у військовому підрозділі, частині (з'єднанні) відповідних психолого-педагогічних умов для всебічного розвитку особистості *(додається в електронному варіанті (див. підрозділи 3.1, 3.2)).*

5. Обов'язковою умовою досягнення позитивного результату в галузі навчання дітей та молоді основ здоров'я і захищеної поведінки є міжгалузеве співробітництво і залучення до цієї справи не тільки освітян, а й працівників ЗМІ, правоохоронних органів, торгівлі, місцевого самоврядування, релігійних та громадських організацій, батьків і, нарешті, молодіжних об'єднань та організацій.

3.4. Інформаційний ресурс мережі Інтернет, засоби мультимедіа на допомогу офіцеру (сержанту) в питаннях розвитку мотивації здорового способу життя у військовослужбовців і членів їх сімей

Пропонуємо до вашої уваги скористатися інформаційним ресурсом мережі Інтернет з питань розвитку мотивації ЗСЖ і безпечної поведінки у військовослужбовців. Серед цікавих та основних web-сайтів, що присвячені цим питанням ми використали в цьому інформаційно-методичному посібнику такі:

<http://www.likar.info/coolhealth/>
<http://www.aidsalliance.kiev.ua>
<http://www.psyllive.ru/>
http://window.edu.ru/window_catalog/pdf2txt?p_id=11617&p_page=7
<http://psyfactor.org/propaganda7.htm>
<http://pentagonus.ucoz.ru/publ/5-1-0-105>
www.ozdorovis.ru/systems_cats.pnp
<http://www.cskm.mvs.gov.ua>
<http://www.breath.ru/v.asp?articleid=1116>
<http://cito-web.yspu.yar.ru/link1/metod/met73/node5.html>
<http://lib.sportedu.ru/press/TPFK/2000n10/p29-34.htm>
<http://www.allpravo.ru/library/doc4204p0/instrum6815/print6901.html>
<http://www.library.ru/help/guest.php?RubricID=30&PageNum=25&hv=26&lv=17&Search=>

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. – М.: Изд-во “Мысль”. – 1976.
2. Барко В.І., Бойко О.В., Ірхін Ю.Б., Литвиненко Є.С., Руденко М.В., Хайрулін О.М. Формування лідерства і прихильності до здорового способу життя у військовослужбовців і працівників правоохоронних органів України: Навчальний посібник. – К. К.І.С., 2008. – 200 с.
3. Бароненко В.А., Рапопорт Л.А. Здоровье и физическая культура студента М.: Издательский дом “Альфа-М”, 2003. – 417 с.
4. Бароненко В.А., Люберцев В.Н., Рапопорт Л.А. Основы здорового образа жизни. – Екатеринбург: УГТУ, 2001. – 407 с.
5. Бобнева М.И. Психологические механизмы регуляции социального поведения. – М.: Наука, 1979. – 337 с.
6. Божович Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности: под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 212 с.
7. Босых А., Шигов М. Морально-психологическое состояние военнослужащих бундесвера // Зарубежное военное обозрение. – № 8. – 2001. – С. 12-15.
8. Братусь Б.С. Нравственное сознание личности (Психологическое исследование) – М.: Знание, 1985. – 64 с.
9. Вардомацкий А.П. Моральная регуляция поведения личности / Под ред. В.М. Конона. – М., 1987.

- 10.Гишинський Я.И. Социология девиантного поведения как специальная социологическая теория // Соц. исслед. – 1991. – №4. – С.72-78.
- 11.Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие: история, теория и современная практика. – К.: Абрис, 1994. – 168 с.
- 12.Дональд Р. Кресси. Развитие теории. Теория дифференцированной связи // Социология преступности. (Современные буржуазные теории) / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1966. – С.88-105.
- 13.Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – СПб.: Союз, 1998. – 496 с.
- 14.Здоровый образ жизни и его составляющие: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. зав. / Е.Н.Назарова, Ю.Д.Жилов – М.: Изд. дом “Академия”, 2007. – 256 с.
- 15.Ионин Л.Г. Идентификация и инсценировка: к теории социокультурных изменений // Соц. исслед. – 1995. – №4 – С.3-14.
- 16.Ионин Л.Г. Основания социокультурного анализа: Учеб. Пособие. – М.: Рос. гос. гуманит. ун-т, 1995. – 151 с.
- 17.Конюхов Н.И. Прикладные аспекты современной психологии: термины, законы, концепции, методы / Справочное издание. – Москва, 1992.
- 18.Корецький С.М. Девіантна поведінка неповнолітніх: вплив факторів культури в її подоланні // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ України. – К., 1999. – №3. – С. 81-87
- 19.Кудрявцев В.Н. Исследовательская проблема – социальные отклонения // Соц. исслед. – 1983. – №2. – С. 111-116.
- 20.Леонтьев А.Н. Методологические тетради / А.Н. Леонтьев. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Смысл, 2004.
- 21.Мгимов Ю.. нормативно-правовые аспекты дисциплинарной практики в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. – №10 – 2004. – С. 20-22.
- 22.Мертон Р.К. Социальная теория и социальная структура (фрагменты) / В. Танчер (ред.); НАН України, Ин-т социологии. – К.: Абрис, 1996. – 109 с.
- 23.Насиновская Е.Е. Методы изучения мотивации личности. Опыт исследования личностно-смыслового аспекта мотивации: Учеб.-методическое пособие. – М.: изд-во Моск. ун-та, 1988.
- 24.Охременко О.Р. Девіантна поведінка військовослужбовців. – К.: ВГІ НАОУ, 2000. – 72 с.
- 25.Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории. – М.: Мысль, 1971. – 351 с.
- 26.Победа в войне. Руководство по планированию, контролю и оценке программ по профилактике ВИЧ в вооруженных силах / Под ред. С.Кингма. – Ханوفر, Нью Хемпшер, США; Ролле, Швейцария. Военно-гражданский альянс по борьбе с ВИЧ/СПИДом, 1999 г. – 178 с.
- 27.Победа Н.А. Социология культуры. – Одесса: Астропринт, 1997. – 224 с.
- 28.Поведінкове дослідження серед працівників правоохоронних органів / Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДу. Оцінка ефективності протидії (соціальний аспект) / Відп. ред. Ю.І. Наєнко. Рукопис – К.: ПЦ “Фоліант”, 2004. – С. 229-269.
- 29.Попов С.В. Валеология в школе и дома. – СПб.: Союз, 1997. – 253 с.

30. Практикум по общей и экспериментальной психологии: Учеб. пособие / В. Д. Балин, В.К. Гайда, В.А. Ганзен и др.; Под общей ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1987.
31. Практикум по общей психологии / В.В. Богословский, Т.И. Бочкарева, А.И. Великородн. / Под ред. А.И. Щербакова. – М.: Просвещение, 1979.
32. Ручка А.А., Танчер В.В. Курс історії теоретичної соціології: Навчальний посібник. – К.: Наук. думка, 1995 – 223 с.
33. Ручка А.А., Танчер В.В. Очерки истории социологической мысли. – К.: Наук. думка, – 1992. – 263 с.
34. Свиридов А. Новый кодекс венгерского военнослужащего // Зарубежное военное обозрение. – №2. – 2003. – С. 55
35. Сергеев С. Эстония будет тестировать на ВИЧ своих солдат. // Зарубежное военное обозрение. – №10. – 2001. – С. 54
36. Смелзер Н. Социология: Пер. с англ. / Науч. ред. В.А. Ядов – М.: Феникс, 1998. – 688 с.
37. Смелзер Н. Типы девиаций // Соц. исслед. – 1992. – №2. – С. 98-112.
38. Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни и первак медицинская помощь. – М.: AcademA, 1997. – 205 с.
39. Титаренко А.И. Структура нравственного сознания. – М.: Изд-во МГУ 1974. – 88 с.
40. Толстоухов А.В. Хилько М.І. Екобезпечний розвиток: пошук стратегем. – К.: “Знання України”, 2001. – 333 с.
41. Чертанов В. В швейцарской армии растет количество наркоманов // Зарубежное военное обозрение. – №8. – 2002. – С. 57.
42. Чумаков Б.Н. Валеология. Избранные лекции. – М., 1997. – 245 с.
43. Шарыгин С. Проблема наркомании в зарубежных армиях // Зарубежное военное обозрение. – №12. – 2000. – С. 10-11.
44. Шатков С. Рост числа самоубийств в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. – №4. – 2004. – С.73-74
45. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья. – Новосибирск: Наука, 1998. – 136 с.
46. Merton. R. Social Theory Social Structur. – New York, 1957.
47. Miller. W. Lower Class Culture as a Generating Milieu of Gang Delinquency. // Journal of Social Issues. – 1958. – №14, Summer. P. 5-19.

Авторський колектив:

Бойко Олег Володимирович, кандидат педагогічних наук, доцент, полковник, начальник кафедри “Морально-психологічного забезпечення діяльності військ”, Львівський орден Червоної Зірки інститут Сухопутних військ імені гетьмана Петра Сагайдачного Національного університету “Львівська політехніка”

Литвиненко Едуард Станіславович, кандидат психологічних наук, полковник, начальник відділу морально-психологічного забезпечення – заступник начальника соціально-психологічного управління Головного управління виховної та соціально-психологічної роботи Збройних Сил України

Страшко Станіслав Васильович, кандидат біологічних наук, професор, завідувач кафедри “Медико-біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров’я” Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова.