

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра психології та соціальної роботи

КОТИК Ірина Мирославівна

**Взаємодоповнення соціальних і реабілітаційних заходів у сфері
поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення/Social and
rehabilitation measures complementarities in the area of physical and mental
health improving of the population**

спеціальність: 231 – Соціальна робота
освітньо-професійна програма – Соціальна робота
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи СРзм-21
І.М. Котик (Грицан)

Науковий керівник:
к.пед.н., доцент
В.В. Шафранський

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

«__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ А.В. Фурман

ТЕРНОПІЛЬ-2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНОНАУКОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ЯК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	7
1.1. Теоретичні аспекти функціонування соціальної роботи як виду професійної діяльності.....	7
1.2. Поняття здоров'я як соціального явища.....	15
1.3. Основні вчинкові аспекти здійснення соціальної роботи в прикладній діяльності.....	22
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ, ФОРМИ, МЕТОДИ І ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНИХ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я	32
2.1. Критерії та методи дослідження здоров'я населення.....	32
2.2. Реабілітаційні заходи у сфері здоров'я населення.....	42
2.3. Методи і прийоми оцінки здоров'я населення.....	49
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. ВЗАЄМОДОПОВНЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В СФЕРІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	60
3.1. Психосоціальні засоби реабілітації.....	60
3.2. Рекомендації щодо вдосконалення впровадження соціальних та реабілітаційних заходів.....	66
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
ВИКОРИСТАНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА	77

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціальна робота як професійна діяльність спрямована на задоволення потреб клієнтів, а в кінцевому рахунку – досягнення того, що клієнти будуть спроможні самостійно вирішувати свої проблеми. При цьому вона ґрунтується на переконанні, що, як правило, ми не знаємо, що є найкращим для іншої людини. Хоча часом люди потребують інформації про альтернативні можливості, відносні переваги та недоліки альтернативних способів дій та можуть потребувати навчання щодо прийняття рішень. Можливість підтримувати людей у кризових ситуаціях виразити себе, зважувати можливості, приймати рішення, підтримка їх у запровадженні таких рішень вимагає від соціальної роботи не тільки неавторитарної позиції, але й глибокого переконання, що кожен з нас мають право та здатність вести помірковано задовільне життя. Вже з кінця минулого століття можна вести мову про історію теоретичного, наукового осмислення такого явища суспільного явища як соціальна робота у сфері охорони здоров'я населення. Це пов'язане не тільки з теоретичним освоєнням проблем практики соціального захисту уразливих ланок населення, людини в кризовій ситуації, але і з еволюцією, саморозвитком теоретичного знання та діяльністю окремих вчених. Становлення соціальної роботи у сфері збереження фізичного та психічного здоров'я зумовлене постійним погіршенням фізичного стану населення, необхідністю нагального вирішення проблем медичного і соціального характеру на якісно новому рівні, що, власне, й зумовило актуальність теми цього кваліфікаційного магістерського дослідження.

Стан наукової розробки теми. Зарубіжними науковцями та дослідниками опублікована низка робіт, де так чи інакше зачіпаються питання поєднання соціальної роботи у лікувальних закладах, впливу, поєднання соціальних і реабілітаційних заходів у сфері здоров'я населення, еволюції наукових уявлень про нього. В Україні при цілковитій очевидній традиції фактологічного й історико-бібліографічного вивчення благодійності, суспільні,

такі форми описані досить скупо. Психіка та фізіологічний стан сучасної людини відчуває потужні негативні впливи соціального, природного, побутового та багатьох інших характерів, що вимагає спеціальних заходів для охорони і зміцнення психічного та фізичного здоров'я. У цих умовах особливої актуальності набуває питання про критерії самого психічного здоров'я. У самій загальній формі під ним, мабуть, слід вважати нормальний перебіг психічних процесів (увага, сприйняття, пам'ять і т.д.). Психічне здоров'я – важлива складова частина здоров'я людини, тому немає нічого дивного в тому, що фізичне і психічне здоров'я пов'язані найтіснішим чином. В першу чергу це обумовлено тим, що організм людини – це система, в якій всі елементи взаємопов'язані один з одним і впливають один на одного. Значна частина цих взаємодій опосередковується через нервову систему, тому психічний стан впливає на роботу внутрішніх органів, а стан останніх, в свою чергу, позначається на психіці. Таким же чином через нервову систему опосередковується той комплекс впливів, який не пов'язаний з соціальним оточенням.

Психічне та фізичне здоров'я є невід'ємною частиною і найважливішим компонентом здоров'я. У Статуті ВООЗ йдеться: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів». Тому апріорі виникає необхідність використання соціальних та реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення. Крім сектора охорони здоров'я до вирішення цих питань необхідно залучати такі сектори, як освіта, працевлаштування, правосуддя, транспорт, навколишнє середовище, житлове будівництво і соціальне забезпечення.

Висвітленню сутності соціальних та реабілітаційних заходів в закладах здоров'я та різних його аспектів присвячені праці М.М. Амосова, Г.А. Апанасенко, Л.О. Попової, І.І. Брехмана, Е.Г. Булич, А.С. Вовканич., І.Н. Гурвіч, І.І.Галецької, Т.А.Сосновського, С.А. Демчук та низки інших відомих науковців та практиків соціальної та оздоровчої сфер.

Але незважаючи на наявність ряду досліджень, практично для всіх робіт, присвячених здоров'ю населення, більша увага приділяється показникам соціальної роботи з носіями патологій, аніж з формуванням здорової людини. У той же час мало звертається увага на взаємодоповнення соціальних і реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення, а вищевказані заходи розглядаються окремо, ніби «самі по собі».

Мета дослідження – обґрунтування необхідності взаємодоповнення соціальних і реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення.

Завдання наукового пошуку:

- 1) висвітлити загальнонаукові засади соціальної роботи як професійної діяльності;
- 2) охарактеризувати зміст, форми, методи і засоби соціальних та реабілітаційних заходів у сфері здоров'я;
- 3) розробити рекомендації щодо вдосконалення впровадження соціальних та реабілітаційних заходів в сфері здоров'я населення.

Об'єкт дослідження: сфера фізичного і психічного здоров'я населення як окремий соціальний інститут суспільного життя.

Предмет дослідження становлять соціальні та реабілітаційні заходи в сфері здоров'я населення як взаємодоповнення змісту, форм, методів та засобів соціальної допомоги клієнту.

Для розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження:** *теоретичні* – аналіз медико-психологічної та соціально-психологічної наукової літератури для визначення основних положень, які становлять науково-теоретичну базу дослідження, системно-структурний аналіз (систематизація, порівняння, класифікація), моделювання й узагальнення – для вивчення змісту базових понять проблеми дослідження та аналізу соціальних і реабілітаційних заходів у сфері поліпшення здоров'я населення.

Наукова новизна роботи. Всебічно досліджено і структурно проаналізовано зміст та особливості соціальних та реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення, розроблено

спеціальну програму, за якою можуть в майбутньому працювати фахівці в сфері покращення фізичного та психічного здоров'я населення.

Практичне значення дослідження первинно постає у визначенні пріоритетних напрямків поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення та наданні рекомендацій щодо вдосконалення впровадження соціальних та реабілітаційних заходів.

Структура магістерського дослідження. Робота складається із вступу, трьох розділів із висновками до кожного, висновків, списку використаних літературних джерел. Загальний обсяг дослідження становить 84 сторінок, а основний текст викладено на 76 сторінках. За результатами проведеного кваліфікаційного дослідження у 2020 році опубліковано двоє тез наукових доповідей.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНОНАУКОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ЯК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1. Теоретичні аспекти функціонування соціальної роботи як виду професійної діяльності

Поняття «соціальна робота» увійшло в соціально-гуманітарну літературу наприкінці XIX ст. у відповідь на соціальну потребу суспільства у змістовому відображенні практичної діяльності людей, які допомагали бідним.

Започаткована в 90-х роках XIX ст. у Великобританії як лекційна робота з роз'яснення та поширення знань щодо благодійної діяльності, а в 1899 році – перший в світі Інституту підготовки соціальних працівників в Амстердамі (Голландія) зумовили появу відповідних навчальних курсів із соціальної роботи. У результаті було започатковано розвиток соціальної роботи як навчальної дисципліни. У США вийшла друком книга М. Річмонд «Дружній візит до бідняків: керівництво для тих, хто працює у благодійних організаціях», де, чи не вперше, було описано науково обґрунтовані методи соціальної роботи. Відтак, соціальна робота стає об'єктом наукового осмислення, чим започатковується поява її теорії і становлення як напряму наукових досліджень. Зазначені аспекти змісту поняття «соціальна робота» збереглися і донині [74, с. 32].

У сучасній науковій літературі це поняття розглядають у трьох основних значеннях: – практична професійна діяльність із надання допомоги та підтримки людям, які опинились у скрутній ситуації;

– навчальна дисципліна з професійної підготовки фахівців із соціальної допомоги та підтримки населення;

– галузь наукових знань, яка ґрунтується на сукупності концепцій і теорій, досліджує принципи і закономірності, моделі та методи соціальної роботи, має

об'єкт і предмет дослідження, систему наукових понять і категорій, сукупність методів дослідження [75, с. 25-26.].

Саме до компетенції науки про соціальну роботу належить розробка системи наукових категорій і понять, які становлять теоретичну базу соціальної роботи. З їх допомогою розкривається зміст основних принципів соціальної роботи, ведеться пошук тенденцій і закономірностей її практичної реалізації, узагальнюється та аналізується досвід соціальної роботи, ефективність наявних і пошук інноваційних її форм, дієвість засобів та методів здійснення.

Порівняльний аналіз визначень поняття «соціальна робота», які зустрічаються у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі, свідчить про відсутність узагальненого його розуміння. Єдине, в чому збігаються погляди різних авторів, – це визнання соціальної роботи як різновиду діяльності. При цьому більшість науковців вважають, що це має бути професійна, практична діяльність. Щодо інших характеристик цієї діяльності, зокрема мети, суб'єкта, об'єкта соціальної роботи, думки різняться. Одні науковці переконані, що мета соціальної роботи полягає в оптимізації втілення суб'єктивної ролі людей в усіх сферах життя суспільства в процесі життєзабезпечення і діяльності особистості, сім'ї, соціальних та інших груп і спільнот у суспільстві. При цьому відбувається «керування обставинами», «організація цих обставин в оптимальну систему, що забезпечує суспільству необхідний виховний ефект» [72, с. 15]. Інші вказують, що мета соціальної роботи полягає у регулюванні правових, економічних стосунків людини з суспільством, наданні їй допомоги та підтримки в подолання проблем, що виникли, та гідному самоутвердженні й повноцінному житті [38, с. 22].

Завданнями соціальної роботи є:

- розширення можливостей та самостійності клієнтів у подоланні їхніх проблем;
- встановлення зв'язків клієнтів з системами, які мають необхідні ресурси та надають послуги;
- сприяння ефективному та гуманному функціонуванню цих систем;
- сприяння розвитку служб, які відповідають потребам клієнтів;

– вплив на соціальну політику. Не всі ці завдання реалізують соціальні працівники. Деякі з них лежать за межами компетенції соціальних працівників базового рівня.

Об'єктом соціальної роботи є проблеми людей, розв'язання яких потребує сторонньої допомоги. До суб'єктів соціальної роботи належать держава в цілому, яка здійснює соціальну політику, державні, благодійні і громадські організації, працівники соціальної сфери.

До суб'єктів соціальної роботи деякі теоретики відносять і клієнтів, адже від них очікують активної участі у подоланні власних проблем, а також волонтерів та членів громади. Така позиція пов'язана з тим, що соціальна робота як професійна діяльність спрямована на задоволення потреб клієнтів, а в кінцевому рахунку досягнення того, що клієнти будуть спроможні самостійно вирішувати свої проблеми. При цьому вона ґрунтується на переконанні, що, як правило, ми не знаємо, що є найкращим для іншої людини. Вона знає це краще за нас. Хоча часом люди потребують інформації про альтернативні можливості, відносні переваги та недоліки альтернативних способів дій. Інколи люди потребують навчання щодо прийняття рішень. Можливість підтримувати людей у кризових ситуаціях виразити себе, зважувати можливості, приймати рішення, підтримка їх у запровадженні таких рішень вимагає від соціального працівника не тільки неавторитарної позиції, але й глибокого переконання, що кожен з нас мають право та здатність вести помірковано задовільне життя.

Соціальна робота оптимізує обставини здійснення суб'єктивної ролі людей в усіх сферах діяльності, тобто створює необхідні умови для освоєння і виконання соціальних ролей у суспільстві, та багато в чому перебирає на себе функції таких соціальних інститутів, як освіта, виховання, культура, політика, сім'я тощо, які дають створювати умови для успішної соціалізації індивідів у всіх сферах суспільства. Взаємозв'язок (і обумовленість) соціальної роботи з процесом соціалізації людини не підлягає сумніву і заслуговує на подальшу розробку. Ряд науковців під соціальною роботою розуміють своєрідний «інститут допомоги в тій чи тій сфері» [38, с. 26].

Існує твердження, що соціальна робота має допомагати у розв'язанні суспільних проблем, що відображають «суспільне чи індивідуальне неблагополуччя», допомагати «в реалізації соціальних прав громадян і компенсації фізичних, психічних, інтелектуальних, соціальних та інших недоліків, що заважають їхньому повноцінному функціонуванню». Негарзди й труднощі, в тій чи іншій сфері суспільства, що заважають успішній соціалізації (а вона – запорука ефективного функціонування), мають бути усунені за допомогою соціальної роботи. Чимало дослідників розуміють соціальну роботу як допомогу. Австрійська академія соціальної роботи пропонує розглядати соціальну роботу як специфічну форму допомоги людям із боку суспільства у задоволенні їхніх соціальних потреб і розв'язанні конфліктів, зумовлених індивідуальними або соціальними причинами статей тощо).

Основне призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям адаптуватися до навколишніх умов, структур, механізмів, домогтися повноцінного життя в суспільстві. В цьому аспекті соціальна робота опирається на категорію «соціалізація», яку дедалі активніше використовують як наукову категорію представники широкого спектра наук – філософії, соціології, психології, політології, педагогіки та ін. В американській та французькій соціології це поняття увійшло в обіг наприкінці XIX ст. і пов'язане з іменами американського соціолога Ф. Гіддінгса (1855-1931) і французького соціолога Г.Тарда (1843-1904) [37, с. 56].

Сучасні соціальні працівники бачать своє завдання в тому, щоб людина, якій допомагають, змогла внаслідок проведеної роботи вирішувати свої проблеми самостійно, що вважається основним критерієм професійного успіху. Важливо також відзначити, що в соціальній роботі, центральною фігурою є клієнт, а метою – звільнення його від потреби у соціальних працівниках. Найголовніша риса полягає у тому, що діяльність соціальних працівників визначають як професійну.

Соціальні працівники надають допомогу не тільки тим, хто її потребує, а й вживають заходів щодо захисту найбільш вразливих членів суспільства від них самих та від інших осіб. Такими групами клієнтів є: діти, які зазнають насильства, люди з проблемами у навчанні (розумово відсталі), користувачі психіатричних служб, люди похилого віку, якщо є ризик, що родичі можуть використовувати їх у своїх інтересах.

Соціальний працівник зобов'язаний, згідно з законодавством, забрати людину із середовища, де вона зазнає зловживань. На жаль, в Україні соціальні працівники не мають таких повноважень. В деяких випадках суд зобов'язує соціальних працівників здійснювати нагляд за людьми. Так, у Великобританії існує така сфера соціальної роботи як апробаційна служба. Її функція здійснювати нагляд за тими, хто визнаний судом виним, але не засуджений до тюремного ув'язнення. Серед функцій соціального працівника апробаційної служби є також надання рекомендацій суду стосовно соціальної ситуації людини, які використовуються в разі винесення вироку [37, с. 72]. Соціальні працівники здійснюють догляд за тими, хто не в змозі сам за собою доглядати. Клієнти, які потребують такого догляду перебувають у будинках для людей похилого віку, дитячих будинках та інших закладах, де надається догляд тим, хто не в стані робити це самостійно. Цей перелік діяльності соціального працівника далеко не вичерпний, але він дає уявлення про те, що включає в себе робота соціальних працівників у сучасному суспільстві.

Міфом є також думка, що соціальна робота – це лише виплата матеріальної допомоги, пенсій, субсидій тощо. Таке розуміння зводить все до грошових виплат і знеособлює процес соціальної роботи, адже у кращому випадку клієнт може отримати гроші через рахунок у банку. Безумовно, надання матеріальної підтримки становить важливу частину соціальної роботи, але не завжди вирішальну. Тут варто згадати ієрархію потреб, запропоновану американським психологом Абрахамом Маслоу (рис.1.1.), яку прийнято зображувати у вигляді піраміди, в основі якої лежать базові потреби, як то: голод, спрага тощо. Далі йдуть потреби у безпеці, приналежності та любові, самоповазі та самоактуалізації. В основі цієї схеми лежить припущення про те,

що потреби, які домінують і тому розташовані автором ієрархії в основі піраміди, повинні бути більш-менш задоволені, аби людина змогла усвідомити наявність інших потреб і мати мотивацію їх задовольнити. Таким чином, фізіологічні потреби повинні бути достатньо задоволені, щоб виникли потреби в безпеці; фізіологічні потреби та потреби в безпеці і захисті повинні бути задоволені, щоб виникли і були задоволені потреби в приналежності та любові і т. д. [42, с. 93].

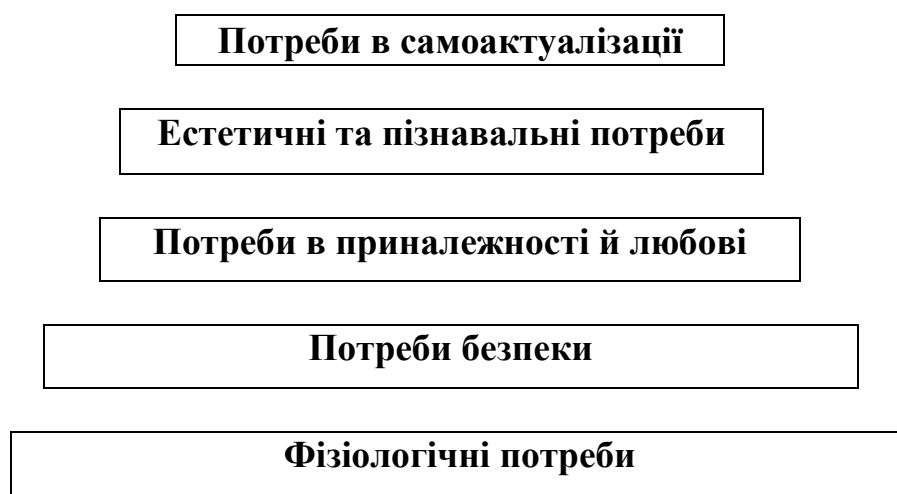


Рис. 1.1. Піраміда потреб людини за А. Маслоу.

Аналізуючи потреби людини можемо зробити висновок, що метою соціальної роботи є не лише матеріальна допомога, та задоволення лише базових потреб.

Соціальна робота як професія має своєю метою підвищення рівня соціального функціонування індивідів і, таким чином, сприяє задоволенню потреб вищих рівнів через надання соціальних та реабілітаційних послуг різним групам клієнтів. Основна мета соціальної роботи полягає врегулюванні правових і економічних відносин людини із суспільством, наданні їй допомоги та підтримки у вирішенні проблем, гідному самоствердженні й повноцінному житті. Феноменом сучасної цивілізації є соціальна робота, що відображає діалектику поєднання загальнолюдських цінностей і унікальності особи, а одним із критеріїв цивілізованості суспільства, передумовою його

поступального розвитку є соціальна справедливість, що зумовлена цим загальнолюдським ідеалом яка здавна керується прогресивними колами суспільства – від античних часів до наших днів. На сьогоднішній день цей критерій не втрачає актуальності, бо навіть у найрозвиненіших країнах світу мільйони людей незадоволені життям, почуваються ображеними, домагаються задоволення своїх прав і свобод. Соціальна справедливість означає створення для всіх рівних реальних можливостей для вияву і реалізації своїх інтелектуальних творчих сил (хоча всі вони різні), гарантування суспільством із цією метою необхідних соціальних умов. Єдиної моделі втілення цього ідеалу не існує, а отже, неможливе одновимірне тлумачення соціальної роботи як засобу його реалізації.

Соціальна робота належить до професій, які виникли й утверджуються з метою задоволення насущних потреб суспільства і його членів. У суспільному житті більшості країн світу соціальні працівники відіграють значну роль у плануванні, реалізації, оцінці та науковому вивченні соціальних програм, розрахованих на підтримку найрізноманітніших груп населення: від дітей із розумовою відсталістю і підлітків із порушеннями поведінки до ветеранів війн і безробітних. Сучасні теоретики соціальної роботи обґрунтовують три типи поглядів на соціальну роботу як фахову діяльність [49; 51; 54]:

- рефлексивно-терапевтичний;
- соціалістично-колективістські;
- індивідуалістично-реформістські.

Згідно з рефлексивно-терапевтичним поглядом зміст соціальної роботи полягає в ідентифікації потреб, які висловлюють клієнти, та роботі з ними. Він розглядає соціальну роботу як таку, що шукає найкращі варіанти добробуту для індивідів, груп та громад у суспільстві шляхом їхнього просування, взаємодії з іншими, сприяння розвитку та самореалізації. У такий спосіб люди здобувають владу над власними почуттями та способом життя. Через цю особисту владу вони стають спроможними здолати чи піднятися над стражданнями або незручностями. Наступні два погляди модифікують та дещо заперечують перший.

Соціалістично-колективістські погляди розглядають соціальну роботу як пошук співпраці та взаємної підтримки у суспільстві, спрямований на те, щоб владу над власним життям могли здобути найбільш пригнічені та злиденні люди. Соціальна робота сприяє цьому, надаючи людям можливість участі у процесі навчання та співробітництва, створюючи інституції, в яких можуть брати участь усі. Роль соціальної роботи полягає в здійсненні оцінки потреб, надані доступу до послуг через розподіл ресурсів. Соціальні працівники повинні створювати структури для співпраці клієнтів у боротьбі за задоволення їхніх потреб.

Індивідуалістично-реформістські теорії розглядають соціальну роботу як таку, що відповідає потребам індивідів та покращує послуги, частиною яких вона є.

Отже, соціальні працівники визначають та відповідають на потреби від імені суспільства, забезпечуючи ефективне використання ресурсів, здійснюють представництво клієнтів у агенціях та при змінах політики агенції. Ці три погляди мають певну «духовну спорідненість», оскільки вони акцентують увагу на відповідності соціальної роботи потребам індивідів, виступають за зміни та розвиток, реалізацію потенціалу індивідів, груп та громад у межах наявної соціальної системи. Водночас зміст соціальної роботи є різним в залежності від часу, соціальних та культурних умов, оскільки ця діяльність є суспільним творінням, її, зокрема, визначають: теоретичні розробки, дані наукових досліджень; політичні та законодавчі зміни; організаційні перетворення; впливи суміжних професій; засоби масової інформації. Ці чинники:

1) створюють та забезпечують контроль соціальної роботи як професії, сприяють її академічному та практичному розвитку;

2) формують групу клієнтів та зумовлюють зміни їхніх потреб;

3) конструюють соціальний контекст, у якому здійснюють соціальну роботу. Вважається, що практика соціальної роботи виходить своїми коренями в історичні та культурні традиції конкретної країни. І без урахування таких традицій небезпечно було б переносити соціальну роботу з однієї держави до іншої.

Соціальну роботу відносять до професій, що пов'язані з національною свідомістю та духовними традиціями суспільства. Визначальною рисою соціальної роботи є те, що вона захищає інтереси тих людей, що мають нерівні потенційні можливості порівняно з іншими через хвороби, вади, бідність, кризові ситуації, в яких вони опинилися.

Найважливішою особливістю соціальної роботи як професійної діяльності є характер відносин між спеціалістом і клієнтом. На відміну від суб'єкт-об'єктних відносин, притаманних іншим видам професій, у процесі соціальної роботи зазвичай складаються суб'єкт-суб'єктні відносини, при цьому допомога орієнтована переважно на активізацію клієнтів.

До засобів діяльності у соціальній роботі належать усі предмети, пристосування, дії, знання, за допомогою яких досягають поставленої мети. Здійснення соціальної роботи як професійної діяльності включає наступні етапи: збір і аналіз інформації про проблему клієнта, об'єктивну оцінку ситуації, планування відповідних дій, вибір оптимального рішення, вибір відповідної техніки (методу) вирішення проблеми, застосування її для вирішення проблеми, оцінку ефективності.

1.2. Поняття здоров'я як соціального явища

Погляди на здоров'я як дещо статичне знайшли своє відображення у визначеннях здоров'я – стану: здоров'я – це стан повного соціально-біологічного і психічного комфорту, коли функції всіх органів і систем організму врівноважені з природним і соціальним середовищем, відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти [2].

Сучасні пропозиції представників суспільних наук ґрунтуються на підході ВООЗ, але сформульовані динамічно й розміщені в контексті середовища, завдяки чому набувають більш конкретного характеру [77]. Здоров'я окреслюється з використанням різних інших категорій. Окрім стану,

це категорії диспозиції та процесу. Ці три категорії в психології мають широке застосування в характеристиці різних конструктивів і радше взаємодоповнюють одна одну, ніж взаємовиключають.

«Здоров'я з диспозиції визначається як динамічна здатність людини досягнути повноти власних фізичних, психічних і соціальних можливостей, а також відповідати вимогам середовища. Здоров'я є засобом, потенціалом організму, що забезпечує можливість усебічного розвитку та протистояння актуальним вимогам» [78, с.23].

Розуміння людини як динамічної системи, яка здатна до саморозвитку і саморегуляції, спричинило появу дефініцій здоров'я – процесу: здоров'я – це процес збереження і розвитку фізіологічних, біологічних і психічних функцій, оптимальної трудової і соціальної активності при максимальній тривалості активного творчого життя ; не як стале досягнення, але як безперервний пошук індивідуальних шляхів його зміни при збереженні того, що є для кожного індивіда найздоровшим . Здоров'я як процес стосується пошуку й утримання рівноваги у вигляді навантажень, із якими організм постійно має справу [80, с. 44-47]. Це динамічний та інтеракційний підхід. Процес здоров'я має окреслений у часі розвиток, змінюється у відповідь на зовнішні й внутрішні вимоги, що виникають, і адаптивний до цих вимог. Хвороба трактується як наслідок неспроможності цього процесу, занепад здоров'я, коли не вистачає енергії та / чи вміння, щоб справитися з вимогами і навантаженнями, зберігаючи почуття рівноваги й гармонії. Здоров'я і хвороба в цьому підході трактуються як полюси одного і того ж континууму, на якому місце індивіда протягом життя змінюється. Здоров'я можна розглядати як процес, що забезпечує життєдіяльність, необхідну якість життя і його тривалість, а також передумову для виконання людиною намічених життєвих цілей [3]. Бути здоровим – це цілеспрямована та послідовна робота з повернення людини до самої себе, освоєння свого тіла, розуму, розвиток – внутрішнього постерігача (уміння чути, бачити, почувати себе). Ці ідеї співвідносяться з принципами гуманістичної психології. Її основоположник К. Роджерс вважав людину здоровою, якщо вона довіряє своєму організмові та, як важливе джерело

інформації, використовує свої відчуття, почуття й думки, а не поради інших [37, с. 45]. Але в житті людина діє також навпаки. Тисячоліттями вона віддавала своє тіло в руки лікарів – і поступово воно перестало бути предметом її особистої турботи, людина перестала відповідати за сили і здоров'я свого тіла.

Незважаючи на відмінності у вищезазначених підходах, здоров'я вони розглядають як атрибут конкретної людини. У теорії діяльності, розробленій на ґрунті загальної психології, здоров'я розуміється абстрактно і трактується як одна із цінностей [41, с. 54]. Деякою мірою відбувається об'єктивізація здоров'я в такому розумінні, що його розміщують начебто ззовні людини і що воно може стати метою її активності. За цим підходом здоров'я і хвороба не перебувають в одному континуумі й трактуються відокремлено: здоров'я – як позитивна цінність, а хвороба (його протилежність) – як негативна цінні.

Поточні дефініції здоров'я, які теж називають світськими, – це непрофесійне визначення, що формується в процесі набуття індивідом життєвого досвіду в певному соціально-культурному контексті й визначених умовах існування. Люди, які виходять із різних культур, по-різному визначають здоров'я. Наприклад, для жителів Таїланду здоров'я тотожне щастю, а для мешканців Малайзії – силі.

К. Херцліх виділила три способи розуміння здоров'я, що функціонують у свідомості [35:, с.48]:

- 1) здоров'я у вакуумі, що ототожнюється з відсутністю хвороби;
- 2) резерви здоров'я, які розуміються як органічно-біологічні ресурси, капітал імунітету та вітальної енергії, який може зменшуватись або зникати залежно від способу життя людини;
- 3) здоров'я як рівновага, що ототожнюється з уміннями людини втримувати життєву рівновагу й почуття здатності зробити те, до чого вона прагне (цей вид здоров'я може також характеризувати хворих людей).

Професійні дефініції здоров'я мають на увазі не лише визначення, які функціонують у клінічній та профілактичній медицині, а також ті, що виникли в інших галузях, насамперед соціології і психології. Сьогодні експерти

Всесвітньої організації охорони здоров'я визначають «здоров'я як відсутність психічних і фізичних дефектів, а також повне фізичне, духовне та соціальне благополуччя. Здоров'я у промоції здоров'я ототожнюється зі здатністю людини досягнути повноти власних фізичних, психічних і соціальних можливостей, так само, як і реагування на вимоги середовища» [77].

У словнику С.Ожегова під здоров'ям розуміється – правильна, нормальна діяльність організму, його повне фізичне та психічне благополуччя. На думку С.Волкова, здоровою можна вважати людину, яка, як мінімум, здатна адекватно вирішувати професійні, сімейні й особисті проблеми [15]. Один із засновників валеології Т.Ф. Акбашев називає здоров'я характеристикою запасу життєвих сил людини, що задається природою і реалізується або не реалізується людиною. В.П. Петренко запропонував розуміти здоров'я як стан рівноваги, балансу між адаптаційними можливостями (потенціал здоров'я) людини та постійно мінливими умовами середовища. І. Гундаров пропонує визначення здоров'я, як форми життєдіяльності, яка забезпечує необхідну якість життя і достатню її тривалість. Із цього визначення випливає, що здоров'я одне, а хвороб багато [24].

К. Пучальський серед критеріїв здоров'я виділяє:

- самопочуття (почуваюся добре, лікар не виявляє хвороби);
- рівновагу (спокій, самоконтроль, здатність дати собі раду та подолати перешкоди);
- функціональний критерій (можливість виконання сімейних і професійних обов'язків);
- критерій продуктивного життя (можливість власного розвитку та використання його для себе й інших).

Огляд сучасних розумінь здоров'я засвідчує складність і неоднозначність цього поняття, але не передає повноти актуальних тенденцій у концептуалізації здоров'я. Першою з них, що потребує особливої уваги, є розширення понятійної сфери здоров'я. Починаючи від дефініції ВООЗ, до цього поняття віднесено психічну та соціальну сфери. Протягом останніх років щораз частіше

з'являється пропозиція врахування духовної сфери людини, як четвертого виміру здоров'я [22].

У більшості сучасних розумінь здоров'я, особливо тих, що трактують його як процес чи як засіб, приймається його мінливість. Постійна мінливість є безпосередньо атрибутом кожного процесу. У сучасних підходах здоров'я трактується як процес прагнення до внутрішніх змін і вимог власного організму, а також викликів та вимог середовища, змін у світі, який змінюється. Мінливість здоров'я є відображенням успішності людини в реагуванні на виклик і завдання, що постійно з'являються.

Інша сучасна тенденція в науках про здоров'я полягає в позитивному розумінні здоров'я як потенціалу, диспозиції чи ресурсу. Позитивне розуміння здоров'я розвивається на межі впливів так званої – позитивної психології. Пошуки стосуються загальновідомого – другого боку медалі, тобто позитивних впливів або наслідків різних випадків, так само шкідливих, як хвороба і старіння.

Здоров'я в цілому і всі його компоненти багато в чому залежать від способу життя людини. Але поняття здорового способу життя набагато ширше, ніж відсутність шкідливих звичок, режим праці, відпочинку, харчування, різні справи, що гартують і розвивають; у нього також входить система ставлення до себе, до іншої людини, до життя в цілому, а також свідомість буття, життєві цілі й цінності.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічно здоровою варто вважати людину, у якої нормально розвинуті психічні функції, відзначається фізіологічне, духовне й соціальне благополуччя, а також збережена здатність адекватної адаптації до навколишнього природного і соціального середовища, активної виробничої та іншої діяльності. У зв'язку з цим говорять про такі рівні психічного здоров'я:

– індивідуально-значимий, або рівень особистісного здоров'я, що визначається якістю значимих стосунків людини, загальним змістом і призначенням її життя, ставленням до інших людей та себе;

– рівень індивідуально-психічного здоров'я, оцінка якого залежить від здатності людини будувати адекватні способи реалізації значимих прагнень [77].

Сучасні дослідження здоров'я ґрунтуються на біопсихоекологічній парадигмі, згідно з якою здоров'я детермінується біологічними, психологічними чинниками та впливом середовища. Класичною моделлю сьогодні є так зване «поле здоров'я» М. Лалонда, запропоноване у доповіді «Здоров'я канадців» на світовому форумі здоров'я. Згідно з моделлю Лалонда, детермінантами здоров'я є чотири головні сфери, які різною мірою зумовлюють особливості здоров'я [29]:

- біологічні чинники (генетичні та вроджені предиспозиції, властивості імунної системи, фізіологічні, біохімічні й анатомічні характеристики особи та її родини) – 16 % варіації здоров'я;

- спосіб життя (звичайний спосіб харчування, паління цигарок і вживання алкогольних напоїв, особливості режиму праці й відпочинку, звичний психоемоційний стан, загальна схильність до ризику та потенційно небезпечної поведінки, здійснення превентивних дій щодо хвороб) – 53 % варіації здоров'я;

- вплив фізичного і психосоціального середовища (стан природного середовища, умови проживання та праці, культурні особливості соціального середовища, економічний і соціальний статус, вплив соціальних груп та піддатливість до цього впливу, доступність соціальної підтримки) – 21 % варіації здоров'я;

- рівень розвитку системи охорони здоров'я (рівень розвитку медицини, доступність медичних послуг) – 10 % варіації здоров'я.

Внеском психології у науки про здоров'я є також визначення відмінності між здоров'ям об'єктивним, свідченням якого є медична оцінка, і суб'єктивним сприйняттям здоров'я, яке називають суб'єктивним здоров'ям. Ці дві оцінки здоров'я зазвичай корелюють між собою, однак між ними існують значні розбіжності. Необхідно також брати до уваги сучасну тенденцію визнавати відповідальність самої людини за власне здоров'я. Це означає просто революцію стосовно існуючого в традиційній медицині принципу перекладання

цієї відповідальності на лікаря. Така принципова зміна погляду є результатом збільшення знань про зв'язок поведінки людини і стану її здоров'я, а також розвитку популяризації ідеї здорового способу життя [60, с.30]. З цього робиться висновок, що здоров'я можна розглядати як оптимальну передумову (умову) для виконання людиною визначених життєвих цілей і завдань, її призначення, в кінцевому результаті її самореалізації на Землі. Головний принцип розвитку здоров'я полягає не тільки в тому, щоб мати міцне здоров'я, а й у тому, щоб реалізувати за допомогою здоров'я свою місію (мету). «Здоров'я заради здоров'я не потрібно, воно цінне, бо є обов'язковою умовою ефективної діяльності, через яку досягається щастя», – писав лікар-довгожитель М.М. Амосов [2].

О.В.Корнієнко також розглядає здоров'я як багаторівневий континуум якісно й кількісно відмінних станів: здоров'я, умовне здоров'я, нездужання (останні два стани характеризуються невизначеністю скарг), фізична реабілітація, страждання від фізичного недоліку, необхідність у домашньому догляді (починаючи з останнього всі решта станів можна віднести до визначених захворювань), необхідність у госпіталізації, тимчасові втрати свідомості, перманентна втрата свідомості [33, с. 38].

У біосинтезі – відносно новому напрямку тілесно-орієнтованої психотерапії, котрий розвивається з початку 70-х рр. ХХ ст. Д. Боаделлою та ін., здоров'я розглядається як широкий спектр проявів і станів, тому визнається право на невротичні реакції благополучних людей і здатність до «здорового реагування» в осіб з важкими соматичними і психічними розладами.

Зазвичай людина вважає, що нездоров'я є результатом поганого харчування, некомфортного життя, забруднення середовища проживання, відсутності належної медичної допомоги. Разом із тим багато людей у різних країнах мають усе в надлишку, але і в них існує чимало проблем зі здоров'ям. Традиційно сучасна людина займається лікуванням хвороб, а не турботою про здоров'я. У результаті відбувається боротьба з хворобами на тлі поступового згасання здоров'я. Підвищення рівня здоров'я зв'язане не лише з розвитком

медицини, поліпшенням харчування і т. д., а й зі свідомою, розумною роботою самої людини із відновлення та розвитку життєвих ресурсів.

1.3. Основні вчинкові аспекти здійснення соціальної роботи в прикладній діяльності

Повнота людського життя обумовлюється здоров'ям. Насолода життям припускає наявність здоров'я. Наше здоров'я залежить від безлічі причин, в основі яких так чи інакше лежать соціально-психологічні закономірності. Основними, визначальними факторами здоров'я є [64, с. 155]:

- спосіб життя – 50 %;
- навколишнє середовище – 20 %;
- генетичні (спадкові) фактори – 20 %;
- медичні фактори – 10 %.

На сьогоднішній день, як у нашій країні, так і за кордоном, формується науковий напрям – психологія здоров'я. У 70-х роках минулого століття саме цей термін було запропоновано для окреслення нової сфери застосування психології. Термін отримав загальне визнання, і його прийняття стало чимось більшим, ніж просто виділення певної сфери застосування психології. Відбулася зміна орієнтації, перенесення акценту з хвороби на здоров'я і його детермінанти.

Батьком психології здоров'я вважають видатного американського психолога Дж. Матараццо (Josef Mattarazzo), а батьківщиною – Сполучені Штати Америки. Назва, запропонована Дж. Матараццо, є загальноприйнятою і цитованою у текстах. Що стосується самого поняття психології здоров'я, то в цілому воно має таке визначення: «психологія здоров'я – це цілісність специфічного, освітнього, наукового та професійного внеску психології як дисципліни в промоцію і підтримку здоров'я, запобігання та лікування хвороб, розпізнавання етіологічних й діагностичних корелятивів здоров'я, хвороби і

подібних дисфункцій, а також внесок до аналізу та оптимізації системи охорони здоров'я і формування оздоровчої політики» [90; 59]. Наведена дефініція визначає психологію здоров'я як сферу різного типу діяльності психологів у галузі здоров'я і хвороби, однаковою мірою як освітньої, що полягає у поширенні психологічних знань, так і наукової, що спрямована на збільшення цих знань, а також професійної, тобто їх використання.

В Україні психологія здоров'я як новий і самостійний науковий напрямок лише починає своє становлення. Загальноприйнятого визначення психології здоров'я поки що немає. Зазначимо лише, що до цього поняття неодноразово зверталися такі сучасні дослідники, як В. Ананьєв, Н. Водоп'янова, І. Галецька, І. Гурвич, О. Корнієнко, Г. Ложкін, С. Максименко, Н. Максимова, К. Мілютіна, Г. Никифоров, В. Носков, В. Піскун, Т. Сосновський, М. Тимофієва, О. Двіжона, Н. Шевченко та ін. Наведемо окремі, відмінні й взаємодоповнюючі до вищеназваних точки зору щодо визначення поняття психології здоров'я.

«Психологія здоров'я – це галузь психологічної науки, предметом якої є вивчення психологічних причин, методів і засобів збереження, зміцнення і розвитку здоров'я людини. Психологія здоров'я – це міждисциплінарна область дослідницької і практичної діяльності, що займається підвищенням загального рівня здоров'я населення (попередження хвороб (профілактика), продовження, життя, поліпшення самопочуття) за допомогою соціальних заходів або за допомогою впливу на систему охорони здоров'я в цілому» [4].

«Психологія здоров'я – це комплекс специфічних освітніх, наукових і професійних основ психології як наукової дисципліни, яка спрямована на збереження і підтримку здоров'я, попередження та лікування хвороб, ідентифікацію етіологічних і діагностичних корелятивів здоров'я, хвороби та пов'язаних із нею дисфункцій, а також аналіз і покращення системи охорони здоров'я та формування стратегії (політики) здоров'я» [18].

«Психологія здоров'я – галузь науки, яка включає в себе теорію і практику попередження різних психосоматичних та психологічних захворювань; заходи із корекції індивідуального розвитку й адаптації до умов (вимог) соціального життя; створення умов для реалізації потенційних

можливостей людини, її задоволеності життям і надання психологічної допомоги під час завершення життєвого шляху» [14].

«Психологія здоров'я – це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його збереження, зміцнення та розвитку. Психологія здоров'я включає практику підтримки здоров'я людини від її зачаття до смерті» [35].

Сьогодні психологія здоров'я – одна із найдинамічніших у своєму розвитку галузей психології. Це зумовлено не лише визнанням сучасним суспільством значущості поведінки, пов'язаної зі здоров'ям і якістю життя, а також зростанням розуміння та переконання, що для підтримки здоров'я недостатньо лише традиційної медичної системи. Суттєву роль відіграють багато інших чинників, таких як стиль життя, дотримання здоров'я орієнтованої поведінки, профілактика, просвіта здоров'я, формування здоров'я орієнтувальних переконань та ін. Важливим є аналіз біологічних, культуральних і соціально-економічних чинників, таких як стать, вік, освіта, місце проживання чи соціально-економічний статус. Усі ці аспекти перебувають у фокусі уваги сучасної психології, соціології та психології здоров'я.

Одним з основних завдань психології здоров'я є розробка способів мотивації людини до збереження і зміцнення свого здоров'я.

Практичним завданням психології здоров'я є створення простих і доступних для самостійного застосування тестів із дослідження здоров'я та початкових стадій захворювання, з метою формування різноманітних профілактичних програм, а головною метою психології здоров'я – всебічне вдосконалення людини. Об'єктом психології здоров'я є здорова, а не хвора особистість, а предметом – є вивчення психологічних основ здорового способу життя з метою збереження та поліпшення здоров'я людини. Предмет розглядається широко, охоплює промоцію та охорону здоров'я, а також профілактику й лікування хвороб, зокрема їх чинники, причини та ідентифікатори (– етіологічні й діагностичні кореляти). Сферою психології здоров'я є не лише здоров'я індивідів, а й уся система охорони здоров'я .

Перспективними напрямками психології здоров'я є вивчення механізмів здоров'я, розвиток діагностики здоров'я (визначення рівнів здоров'я) і станів, що перебувають на межі норми й патології, ставлення системи охорони здоров'я та профілактики до здорового населення. Отже, психологія здоров'я вивчає людину в її єдності зі світом, оскільки суть людини трансперсональна (інтегрована, перехідна). Тому психологія здоров'я - це інтеграція науки, мистецтва та релігії. Вона опирається на теорію та практику попередження розвитку різних захворювань і включає також заходи з пояснення, створення особистісних умов індивідуального розвитку, адаптації та компенсації відповідно до життєвого середовища. Психологія здоров'я забезпечує психологічну адаптацію людини в суспільстві, сприяє її самореалізації, підвищенню якості життя, здійснює психологічну допомогу при завершенні

На думку Дж. Матараццо, існує чотири галузі знань, які найбільш повноцінно насичують психологію здоров'я та визначають її дослідницький контекст: епідеміологія, соціальне здоров'я, медична соціологія, медична антропологія [90, с. 28-30].

1. Епідеміологія вивчає поширення і частоту виникнення тих чи інших захворювань. Спеціалісти цієї галузі досліджують виникнення хвороби, її поширення серед населення та оцінюють отримані дані за критеріями віку, статі, расових і культурних відмінностей; крім того, беруться до уваги час і територія поширення хвороби. Вони також намагаються відповісти на основне питання: чому те чи інше захворювання поширюється саме так, а не інакше. Епідеміологія, отримуючи дані, використовує наступну низку основних понять: смертність, захворюваність, поширення, охоплення, епідемія тощо.

2. Суспільне (соціальне) здоров'я. Ця галузь пов'язана зі збереженням та зміцненням здоров'я населення шляхом відповідно організованих заходів. Спеціалісти, які займаються цим напрямом роботи, розробляють і реалізують програми з імунізації, санітарії, просвіти у питаннях здоров'я. Ця галузь досліджує хворобу та здоров'я у контексті спільноти як соціальної системи. Успішність реалізації розроблених програм й особливості реагування на них

тих, для кого вони призначені, становить великий інтерес для спеціалістів із психології здоров'я.

3. Медична соціологія досліджує широкий спектр проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у тому числі вплив соціальних взаємовідносин на поширення хвороб, культурні й соціальні реакції на них, соціоекономічні фактори звертання за медичною допомогою та особливості організації медичних служб.

4. Медична антропологія зорієнтована на проведення крос - культурних досліджень із питань здоров'я та хвороби. Фахівці цієї галузі займаються питаннями: як люди, котрі належать до різних культур, реагують на хворобу і які методи вони використовують для лікування хвороб, а також, як побудована в них система охорони здоров'я тощо.

Прямий інтерес для психології здоров'я становлять, різноманітні розділи соціальної роботи: девіантна поведінка; культура; масова культура; соціальна медицина тощо.

Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву [57, с. 121].

Здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то наші уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні .

Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість.

Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою

суспільних відносин, у яку вона включена. Людина з'являється на цьому рівні насамперед як істота соціальна. І природно: тут на передній план виходять питання впливу соціуму на здоров'я особистості. Психічне здоров'я переживає вплив із боку різних соціальних зв'язків, у тому числі родини, спілкування з друзями і родичами, роботи, дозвілля, приналежності до релігійних або інших організацій та ін., причому наслідки цих впливів можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Тільки люди зі здоровою психікою звичайно почувають себе активними учасниками в соціальній системі. Виховна занедбаність і несприятливі умови навколишнього середовища стають причиною різних форм неадекватної поведінки людини в суспільстві, кримінального розвитку особистості. Особистість може деградувати або змінитись, якщо зміниться її ставлення до людей, до праці або колективу. Тільки стійкість і сталість активних стосунків дадуть змогу особистості підтримувати власну впевненість та протистояти впливам середовища, переборювати опір зовнішніх умов, долати перешкоди і досягати поставлених цілей, здійснювати реалізацію своїх намірів. Реалізація ідей психічного здоров'я на соціальному рівні вимагає від суспільства перегляду укорінених, але не виправданих традицій і пріоритетів у сфері виховання й утворення, професійної зайнятості, організації дозвілля та відпочинку, індустрії харчування тощо.

Основою повноцінного розвитку людини є психологічне здоров'я. Сучасна наука розмежовує сфери психічного і психологічного здоров'я. Психологічні зміни носять зворотній характер, їх своєчасна діагностика і професійна корекція допомагає людині виробити засоби саморегуляції, які дозволять ні справлятися з внутрішніми проблемами самостійно, до того як ці проблеми набудуть незворотного [58, с.234]

На відміну від поняття «психічне здоров'я», термін «психологічне здоров'я» був введений відносно нещодавно, однак описувані цим поняттям особистіні особливості були предметом дослідження багатьох авторів і розглядалися в різних аспектах.

Психологічне здоров'я описується як стан балансу між різними аспектами особистості людини; як баланс між потребами індивіда і суспільства, який підтримується постійними зусиллями; як процес життя особистості, в якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, поведінкові аспекти; як функція підтримання рівноваги між особистістю та середовищем, адекватної регуляції поведінки і діяльності людини, здатності протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я [61].

У цілому прийнято розрізняти, окрім психічного, ще фізичне та соціальне здоров'я. З позицій холістичного підходу (холістичний підхід – це певний підхід до лікування пацієнта, при якому має значення не тільки виявлення захворювання в даний час, але і діагностуються всі фактори і причини, які вплинули тим чи іншим чином на освіту хвороби.) виділяють декілька складових здоров'я людини. Наприклад, В.А. Ананьєв пише про сім потенціалів особистості, що взаємопов'язані й відображають різні аспекти душевного, тілесного та соціального здоров'я: потенціал розуму, потенціал волі, потенціал почуттів, потенціал тіла, суспільний потенціал, креативний та духовний потенціали.

«Фізичне здоров'я – найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Фізична або соматична складова стосується тіла. Це гармонійна єдність усіх обмінних процесів між організмом і оточуючим середовищем і, як результат цього, узгоджений перебіг обмінних процесів всередині організму, що проявляється в оптимальній життєздатності його органів і систем» [10, с. 135]. Фізичне здоров'я обумовлене властивостями організму як складної біологічної системи. Як біологічна система організм володіє інтегральними властивостями, якими не володіють її окремі складові елементи (клітини, тканини, органи та системи органів). Без взаємозв'язку між собою ці елементи не можуть підтримувати індивідуальне існування. Фізичне здоров'я обумовлюється здатністю організму до саморегулювання. Досконала координація всіх функцій – наслідок того, що живий організм становить саморегулюючу систему. Саморегуляція являє собою сутність біологічної форми розвитку, тобто життя.

Матеріальну основу формування фізичного здоров'я складає біологічна програма індивідуального розвитку організму людини. Вона опосередкована базовими потребами, які виступають домінуючими у людини на різних етапах індивідуального розвитку організму (онтогенезу). Базові потреби, з одного боку, слугують пусковим механізмом біологічного розвитку людини (формування її фізичного здоров'я), а з іншого – забезпечують індивідуалізацію цього процесу.

Фізичне здоров'я – це стан організму, який характеризується можливостями адаптуватися до різноманітних факторів середовища; рівень фізичного розвитку, фізична та функціональна підготовленість організму до виконання фізичних навантажень [60, с. 156].

Щодо соціального здоров'я, то є різні підходи до його визначення. Соціальна складова стосується функціонування людини в суспільстві: це її здатність зберігати та використовувати стосунки з іншими людьми, її соціальні зв'язки, ресурси, здатність до спілкування і його якість.

Індивідуальне здоров'я людини як суб'єкта визначає духовна складова. Більшість вчених наголошують на розмежуванні понять «психічне здоров'я» і «духовне здоров'я».

Духовна складова пов'язана з максимальним розкриттям духовного, морального потенціалу, свідомим прагненням людини до реалізації вищих властивостей особистості. Як підкреслює А.Маслоу, «духовне здоров'я проявляється у зв'язках людини зі світом: у релігійності, у відчутті краси, гармонії і захопленні перед самим життям» [42]. Г.С.Абрамова та Ю.А.Юдчиш основним критерієм духовного здоров'я називають прагнення особистості до створення в житті, що сприймається нею як цінність, нових ціннісних якостей .

Сформульовані основні положення духовного здоров'я мають свої витоки в античній філософії: духовне здоров'я являє собою найкращий стан психіки, який заслуговує на високу моральну оцінку; духовне здоров'я спостерігається у здатності людини зберігати спокій, не піддаватися пристрастям; духовне здоров'я – це перевага небагатьох мудреців. Їх розмірковування не залежать від

думок нерозумних людей, які їх обговорюють. Духовно здорова людина оберігає свій спокій та намагається уникати конфліктів [36].

Виділення у структурі здоров'я людини фізичного, соціального, психологічного та духовного компонентів є досить умовним, оскільки всі ці складові тісно взаємопов'язані між собою, і серйозні порушення у одній з них неминуче тягнуть за собою розлади в інших. К.Сельченко, цитуючи К. Уоддінгтона, зазначає, що "психічне є імперативно креодизуючим ("kreod" – "канал") всі окремі частини рівнем розгортання активності цілого" Очевидно, що через психічний канал можлива гармонізація взаємодії усіх складових здоров'я і досягнення його високого рівня.

Висновки до розділу 1

Поняття «соціальна робота» увійшло в соціально-гуманітарну літературу наприкінці XIX ст. у відповідь на соціальну потребу суспільства у змістовому відображенні практичної діяльності людей, які допомагали бідним. У сучасній науковій літературі це поняття розглядають у трьох основних значеннях: практична професійна діяльність із надання допомоги та підтримки людям, які опинились у скрутній ситуації; навчальна дисципліна з професійної підготовки фахівців із соціальної допомоги та підтримки населення; галузь наукових знань, яка ґрунтується на сукупності концепцій і теорій, досліджує принципи і закономірності, моделі та методи соціальної роботи, має об'єкт і предмет дослідження, систему наукових понять і категорій, сукупність методів дослідження.

Основне призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям адаптуватися до навколишніх умов, структур, механізмів, домогтися повноцінного життя в суспільстві.

Повнота людського життя обумовлюється здоров'ям. Здоров'я залежить від безлічі причин, в основі яких так чи інакше лежать соціально-психологічні

закономірності. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічно здоровою варто вважати людину, у якої нормально розвинуті психічні функції, відзначається фізіологічне, духовне й соціальне благополуччя, а також збережена здатність адекватної адаптації до навколишнього природного і соціального середовища, активної виробничої та іншої діяльності. Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Людина з'являється на цьому рівні насамперед як істота соціальна. І природно: тут на передній план виходять питання впливу соціуму на здоров'я особистості. Психічне здоров'я переживає вплив із боку різних соціальних зв'язків. Також прийнято розрізняти психічне, фізичне та соціальне здоров'я. Щодо соціального здоров'я, то є різні підходи до його визначення. Соціальна складова стосується функціонування людини в суспільстві: це її здатність зберігати та використовувати стосунки з іншими людьми, її соціальні зв'язки, ресурси, здатність до спілкування і його якості.

РОЗДІЛ 2

ЗМІСТ, ФОРМИ, МЕТОДИ І ЗАСОБИ СОЦІАЛЬНИХ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я

2.1. Критерії та методи дослідження здоров'я населення

Незважаючи на те, що віковий розвиток до 55-60 років розглядається як єдиний період, психофізіологічна конструкція людини протягом життя зазнає певних змін, в першу чергу тому, що все більша соціалізація людини значно впливає на біологічні та психічні функції, хоча і досить повільно. Цей процес по-різному виражений у людей з різними індивідуальними типологічними особливостями і протікає з різною швидкістю. Поступово зменшується швидкість реакції у відповідь, розумових процесів. Людям середнього та старшого віку, навіть мають високу рухливість нервових процесів, складніше дається переробка усталених стереотипів. Ці процеси компенсуються підвищенням точності вибору реакції, пов'язаної з накопиченим досвідом. Вікові зміни роблять безсумнівний вплив на індивідуальні характерологічні особливості особистості. У багатьох випадках індивідуальні типологічні параметри перекривають вікові, проявляючись до того ж по-різному у чоловіків і жінок [16, с. 72].

Виходячи з вищенаведеного, можемо стверджувати про необхідність використання соціальних та реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення.

До теперішнього часу ще не існує єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, міста, регіону та ін.

В міжнародній практиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття «здоров'я населення». Необхідно підкреслити складність визначення поняття здоров'я населення, в зв'язку, з чим існує безліч визначень, але і в міжнародній практиці прийнято характеризувати індивідуальне здоров'я

з трьох точок зору: філософського, теоретичного і практичного підходу [19, с.105].

Загальнофілософський підхід або норма для живого організму це інтервал, в межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні утримувати живу систему на оптимальному функціональному рівні. Дане визначення відповідає поняттю норми здоров'я та широко використовується в медичній практиці.

Теоретичний підхід або ідеал здорової людини (ВООЗ): це стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем врівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани і фізичні дефекти. Дане визначення сформулювала Всесвітня організація охорони здоров'я (Статут ВООЗ-1948 рік) З точки зору практичного підходу, здоров'я характеризується як стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої соціальні та біологічні функції.

Існує чотири рівня здоров'я населення:

1. Індивідуальний – здоров'я окремої людини;
2. Групове – здоров'я соціальних і етнічних груп;
3. Регіональне – здоров'я населення адміністративних територій;
4. Громадське – здоров'я суспільства в цілому, здоров'я популяції.

При визначенні індивідуального здоров'я в практиці широко використовується раніше наведені визначення, але для характеристики здоров'я популяції в цілому або окремих його груп населення необхідно застосовувати інші підходи. При оцінці популяційного здоров'я, тобто здоров'я населення в цілому або в окремих його групах, які проживають на певній регіональній території так само немає єдиного критерію, в зв'язку з чим використовуються комплексні інтегральні оцінки громадського здоров'я.

Громадське здоров'я – це умовне статистичне поняття, обумовлене комплексним впливом соціальних, біологічних факторів навколишнього середовища і оцінюється демографічними показниками, фізичного розвитку, захворюваністю, інвалідністю і поширенням донозологічних станів.

Здоров'я населення може розглядатися в різних аспектах, воно може бути охарактеризоване як категорія:

- соціально-біологічна;
- соціально-політична;
- економічна;
- морально-естетична;
- психофізіологічна;
- медико-соціальна.

В даний час для оцінки суспільного здоров'я населення застосовуються різні методики. На території України найбільш поширеною є комплексна оцінка здоров'я. У другій половині XX століття в розвинених країнах світу почали використовувати міжнародні інтегральні показники здоров'я населення, нижче наведені комплексна і інтегральні методики оцінки здоров'я населення, серед них важливе місце займають:

- комплексна оцінка;
- коефіцієнт життєстійкості;
- індекс людського розвитку (ІЛР);
- індекс бідності;
- показник дожиття населення до певного віку (до 1, 5, 15, 45 і 65 років);
- метод «DALY»;
- методика заснована на оцінці якості життя населення;
- дитяча смертність;
- середня тривалість майбутнього життя і ін.

До критеріїв комплексної оцінки популяційного здоров'я населення відносяться:

- демографічні показники (смертність, народжуваність, природний приріст населення, середня тривалість майбутнього життя, дитяча смертність і ін.);

- показники захворюваності (загальна захворюваність, інфекційна захворюваність, найважливішими неепідемічними захворюваннями, госпіталізована, захворюваність з тимчасовою втратою працездатності);
- показники фізичного розвитку населення (антропометричні – зріст стоячи, маса тіла, розмір грудної клітини; функціональні,
- фізіометричні – життєва ємність легенів (спірометрія), м'язова сила кисті (динамометрія) та ін.;
- соматоскопічні – будова тіла, розвиток м'язів, форма грудної клітки, ніг, вираженість вторинних статевих ознак, пульс, артеріальний тиск і т.п.);
- показники інвалідності (показник загальної інвалідності та інвалідизації (первинної інвалідності));
- поширеність донозологічних станів (предхворобливого стану здоров'я населення).

Коефіцієнт життєстійкості був запропонований експертами ВООЗ і набув широкого поширення з середини 60-х років і до теперішнього часу. Він визначається на підставі таких показників як:

- середня тривалість майбутнього життя;
- дитяча смертність;
- якість продуктів харчування;
- бюджетні витрати на соціальні, медичні та екологічні програми.

Інтервал оцінок коефіцієнта життєстійкості перебувати в межах від 1 до 5 балів. Критичне значення цього коефіцієнта знаходиться на рівні 1 балу, а максимальне – 5 балів. На сьогодні немає країни в світі, яка мала б максимальний коефіцієнт життєстійкості, 4 бали мають такі країни як Швеція, Бельгія, Нідерланди, Люксембург, 3-и бали – США, Японія. 1.4 бали – незалежні пострадянські держави, в тому числі Україна.

Дослідницькою групою ООН в 1990 р був запропонований спеціальний показник – індекс людського розвитку (ІЛР) [46, с. 32]. Він об'єднує три показники: валовий внутрішній продукт на душу населення (в доларовому розрахунку), грамотність (рівень грамотності дорослого населення країни – 2/3

індексу і сукупна частка тих, хто навчається – 1/3 індексу) і середня тривалість життя (в роках), що дає інтегральну оцінку людського прогресу.

На сьогоднішній день ІЛР модифікований в двох своїх компонентах: показник освіти і доходу (ВВП на душу населення). Показник освіти визначається як грамотність населення з урахуванням середнього числа років навчання. В області доходів як порогової величини використовується середнє світове значення ВВП на душу населення. Залежно від значення ІЛР країни прийнято класифікувати за рівнем розвитку: дуже високий (понад 0,900), високий (0,800 ... 0,899), середній (0,500 ... 0,799) і низький (менше 0,500) рівень. Найвищий рівень індексу людського розвитку мають такі країни як: Ісландія, Норвегія, Канада, Австралія, Ірландія, Швеція, Нідерланди, Японія, Люксембург, Франція, Фінляндія, Данія, Австрія, США - 0,950-0,968.

За даними ООН, 30 з 32 країн з низьким ІЛР знаходяться в Африці, одна - в Північній Америці (Гаїті), одна - в Азії (Ємен), серед них з найменшими показниками: Сьєрра-Леоне, ЦАР, ДР Конго, Ліберія, Мозамбік, Нігер - 0,29-0,37. Найменші показники індексу в Європі мають такі країни як: Молдова (0,719), Грузія (0,780) і Україна (0,786).

Альтернативним індексом людського розвитку є індекс бідності (розроблений ООН для оцінки якості життя населення). Публікується щорічно ООН і розраховується за трьома основними показниками: очікувана тривалість життя при народженні, рівень освіченості населення, рівень реальних доходів населення.

На території України використовується методика визначення індексу людського розвитку, яка адаптована до національних умов, перш за все до національної статистичної бази. Методика розроблена Держкомстатом спільно з Радою з вивчення продуктивних сил НАН України. Відповідно до цієї методикою індекс людського розвитку визначається на підставі 9 груп показників: демографічний розвиток, ринку праці, матеріальний добробут, умови проживання населення, стан і охорона здоров'я, рівень освіти, соціальне середовище, фінансування людського розвитку і екологічна ситуація.

За даними Держкомстату України найвищий індекс людського розвитку мають такі територіальні утворення: м. Київ (0,683), Полтавська область (0,565), АР Крим (0,558), Харківська область (0,543). Найменший – Луганська (0,384), Донецька (0,423), Миколаївська (0,448), Херсонська (0,462) області. В останні роки в міжнародній практиці використовується показник дожиття до запропонованих ВООЗ вікових меж: до 1 року, до 15 років, до 45 років, до 65 років, який розраховується на підставі рівнів смертності в вікових групах і розкриває причини її формування.

Метод «DALY», пов'язує смертність від окремих причин з потенційною втратою життя чи неякісного життя. Показник потенційно втрачених років життя за період 0-65 років серед чоловіків майже в 3 рази вище, ніж у жінок, які вмирають в значно старшому віці. Смертність дітей у віці до одного року (дитяча смертність) є одним з найбільш чутливих індикаторів рівня соціально-економічного розвитку суспільства, який акумулює в собі рівень освіти і культури, стан навколишнього середовища, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ в суспільстві [19, с. 142].

Серед демографічних показників існує ще один показник, який використовується для інтегральної оцінки стану здоров'я населення – середня тривалість життя. На цей показник особливо впливає збільшення смертності серед дітей, молоді та осіб, працездатного віку. Тому він має більш практичне значення, ніж загальний рівень смертності, на який значно впливає висока частота і питома вага смертності населення непрацездатного віку.

Для оцінки громадського здоров'я ВООЗ рекомендує використовувати такі показники [77]:

- відрахування валового національного продукту на охорону здоров'я;
- доступність первинної медико-соціальної допомоги;
- охоплення населення медичною допомогою;
- рівень імунізації населення;
- ступінь обстеження вагітних кваліфікованим персоналом;
- стан харчування, в тому числі харчування дітей;

- рівень дитячої, в тому числі дитячої смертності;
- середня тривалість майбутнього життя;
- гігієнічна грамотність населення.

Для забезпечення здоров'я населення важливе значення має диспансеризація населення, яка сама по собі передбачає формування груп здоров'я.

«Диспансеризація – система роботи лікувально-профілактичних установ, що полягає в активному динамічному спостереженні за здоров'ям певних контингентів населення, в вивченні умов їх праці і побуту, в забезпеченні їх правильного фізичного розвитку і збереження здоров'я, а також в попередженні захворювань шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів. Основу диспансеризації становить диспансерний метод, який полягає в постійному медичному спостереженні за особами, які перебувають на обліку, здійсненні по відношенню до них заходів індивідуальної і суспільної профілактики, а також в оздоровленні умов праці і побуту. За допомогою диспансерного методу здійснюється синтез лікувального та профілактичного принципів в медицині. Успішне проведення диспансеризації багато в чому залежить від участі в ній широкого загалу. Тільки спираючись на допомогу і сприяння громадського активу, диспансери та поліклініки можуть розширювати масштаби і вдосконалювати форми диспансеризації» [23, с. 254].

В охороні здоров'я історично визначилися і практично виправдали себе два основних принципи формування груп здоров'я, які підлягають диспансеризації: це соціальний і медичний принцип. Відповідно до них в даний час в лікувально-профілактичних установах формуються групи здоров'я. Групи здоров'я розробляються окремо зі своїми критеріями для новонароджених, для дітей, для дорослого населення, для характеристики здоров'я жінок, для вагітних і т.д. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей до 3 років життя відбувається відповідно до наказу МЗ СРСР № 60 від 19.01.1983 р та доповненнями 2002-2003 рр. При цьому враховують:

- особливості онтогенезу (дані генеалогічного, біологічного, соціального анамнезу);

- фізичний розвиток;
- нервово-психічний розвиток;
- рівень резистентності;
- функціональний стан організму;
- наявність або відсутність хронічних захворювань або вроджених вад розвитку.

Групи здоров'я дитячого населення (старше 3-х років):

1-ша група здоров'я – здорові діти, які мають нормальний фізичний і психічний розвиток, що не мають анатомічних дефектів, функціональних і морфофункціональних відхилень.

2-га група здоров'я – діти, у яких немає хронічних захворювань, але є деякі функціональні та морфофункціональні порушення, реконвалесценти, особливо перенесли важкі і середньої тяжкості інфекційні захворювання; діти із загальною затримкою фізичного розвитку без ендокринної патології (низький зріст, відставання за рівнем біологічного розвитку), діти з дефіцитом маси тіла (маса менш $M-1\sigma$) або надлишковою масою тіла (маса більш $M + 2\sigma$). Також до цієї групи включають дітей, які часто і / або тривало хворіють на гострі респіраторні захворювання, дітей з фізичними вадами, наслідками травм або операцій при відповідних функціях.

3-тя група здоров'я – діти, які страждають хронічними захворюваннями в стадії клінічної ремісії, з рідкими загостреннями, збереженими або компенсованими функціональними можливостями, при відсутності ускладнень основного захворювання. Так в цю групу відносять дітей з фізичними вадами, наслідками травм і операцій за умови компенсації відповідних функцій, причому ступінь компенсації не повинна обмежувати можливість навчання або праці дитини, в тому числі підліткового віку;

4-та група здоров'я – діти, які страждають хронічними захворюваннями в активній стадії і стадії нестійкої клінічної ремісії з частими загостреннями, з збереженими або компенсованими функціональними можливостями або

неповної компенсації функціональних можливостей, з хронічними захворюваннями в стадії ремісії, але обмеженими функціональними можливостями, можливі ускладнення основного захворювання, основне захворювання вимагає підтримуючої терапії. Також в цю групу відносять дітей з фізичними вадами, наслідками травм, операцій, з неповною компенсацією відповідних функцій, що в певній мірі обмежує можливість навчання або праці дитини;

5-та група здоров'я – діти, які страждають важкими хронічними захворюваннями, з рідкісними клінічними ремісіями, частими загостреннями, безперервно рецидивуючим перебігом, з вираженою декомпенсацією функціональних можливостей організму, наявністю ускладнень основного захворювання, що вимагають постійної терапії; діти інваліди; діти з фізичними вадами, наслідками травм і операцій з вираженим порушенням компенсації відповідних функцій і значним обмеженням можливості навчання або праці.

Групи здоров'я дорослого населення.

1. Здорові – до першої групи здоров'я відносяться люди, які не мають будь-яких хронічних захворювань. Здоров'я у них досить міцне, простудними захворюваннями хворіють рідко (0-1 випадок гострих респіраторних захворювань в рік). Артеріальний тиск в нормі або має невеликі відхилення, несуттєві для нормального соціального життя і виконання робочих та сімейних обов'язків.

2. Практично здорові – до другої групи належать люди, які цілком працездатні, але мають різні фактори ризику; не більше 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань в рік. Люди з другою групою здоров'я зберігають помірний рівень фізичної активності.

3. Хворі з компенсованим станом – особи з хронічними хворобами без загострень; 4 і більше випадків гострих респіраторних захворювань за рік.

4. Хворі з субкомпенсованим станом – особи із загостреннями хронічних хвороб протягом року.

5. Хворі з декомпенсованим станом – хронічні хворі в стадії декомпенсації. Після визначення групи здоров'я для кожного оглянутого

пацієнта медичні працівники повинні розробити індивідуальний план профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, включаючи лікарські рекомендації щодо режиму праці, відпочинку, харчування, а за показаннями – медичне лікування, масаж, лікувальну фізкультуру, працевлаштування і т. д.

Здорові і практично здорові передаються для обліку та спостереження в відділення профілактики поліклініки, а хворі підлягають обов'язковому динамічному спостереженню у лікарів-фахівців відповідного профілю.

На сьогоднішній день в здоров'ї населення України можна виділити наступні тенденції відповідно до комплексної оцінки здоров'я населення [32]:

– демографічна ситуація: мають місце урбанізація, старіння населення, зміна структури смертності і зменшення середньої тривалості майбутнього життя;

– захворюваність населення: склався неепідемічний тип патології, підвищився рівень деяких захворювань, зокрема, неепідемічна (ендокринних, алергічних і т.д.), збільшилася тенденція поєднується патології, зросла частота окремих інфекційних захворювань (туберкульозу, дифтерії, гепатиту, ВІЛ-інфекції та ін.);

– фізичний розвиток населення: зростає чисельність дітей з дисгармонійний розвитком, зменшується чисельність здорових дітей;

– інвалідність: збільшується показник первинного виходу на інвалідність (інвалідизації).

Всесвітня організація охорони здоров'я в глобальному стратегічному для національних служб охорони здоров'я «Здоров'я для всіх в двадцять першому столітті» визначила критерії, до яких повинні прагнути всі країни. Для України вони можуть бути наступні [77]:

1. Повна доступність первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги.

2. Відсоток валового національного продукту, який витрачають на охорону здоров'я (може дорівнювати 7-8%, практично становить не більше 5%).

3. Позитивний природний приріст населення в усіх областях (зараз в більшості областей природний приріст – негативний).

4. Відсоток дітей, які народжуються з масою тіла 2500 грамів і менше (може бути не більше 3,5%).

5. Рівень смертності немовлят (не повинен перевищувати 9 на 1000 живонароджених, фактично протягом останніх років коливається в межах 9-10 ‰).

6. Середня тривалість життя з моменту народження (може бути не менше 75 років, а становить 67-68 років).

2.2. Реабілітаційні заходи у сфері здоров'я населення

Поштовхом для розвитку реабілітації, як науки послужили війни: Перша Світова війна і Друга Світова. У зв'язку з досягненнями медицини, санітарії, гігієни значно знизилася захворюваність і смертність від гострих інфекційних захворювань. У той же час, прискорення науково-технічного прогресу, швидка індустріалізація та урбанізація, забруднення навколишнього середовища, збільшення стресових ситуацій призвели до зростання важких неінфекційних захворювань. Зростає число пацієнтів зі спадковою і вродженою патологією, з хронічними захворюваннями органів дихання, травлення, сечостатевої системи, алергічними захворюваннями, з травмами та отруєннями. Але з іншими категоріями населення, інваліди повинні мати фізичні, соціальні та економічні можливості, що дозволяють їм, як мінімум, вести повноцінну в соціально-економічному і творчу в розумовому плані життя.

Реабілітація – це напрям сучасної медицини, яка в своїх різноманітних методах спирається, перш за все, на особистість пацієнта, активно намагаючись відновити порушені хворобою функції людини, а також його соціальні зв'язки. Реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками.

Мета реабілітації – ефективно і раннє повернення хворих і інвалідів до побутових і трудових процесів, в суспільство; відновлення особистісних властивостей людини.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає дуже близьке до цього визначення реабілітації: «Реабілітація являє собою сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій в результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть» [77]. Термін реабілітація походить від латинського слова *habilis* - «здатність», *rehabilis* – «відновлення здатності». На думку ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на всебічну допомогу хворим та інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну, соціально-медичну проблему, яку можна поділити на кілька видів, або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) і соціально-економічну напрямки реабілітації.

Перший і основний напрям реабілітації (медичної та фізичної) – відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а в разі неможливості досягнення цього – розвиток компенсаторних і замінних пристосувань (функцій). З усього цього ясно, що реабілітація це – багатогранний процес відновлення здоров'я людини і реінтеграції його в трудову і соціальну сторону життя. Природно, що види реабілітації слід розглядати в єдності і взаємозв'язку.

Три види реабілітації (медична, трудова і соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороб:

- 1) медико-біологічні наслідки хвороб, які полягають в відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу;
- 2) зниження працездатності або працездатності в широкому сенсі слова;
- 3) соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків з сім'єю і суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного

захворювання і його реабілітація – зовсім не одне і те ж, так як крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

Особливістю сучасної патології є почастищення переходу гострих форм захворювань в рецидивні та хронічні, а також наростання первинно хронічної патології внутрішніх органів. Ці захворювання є причинами зниження (обмеження) життєвих і соціальних функцій. У зв'язку з цим, організація своєчасної діагностики та проведення відновлювальних заходів стає одним із першочергових завдань медицини. Проблема реабілітації хворих та інвалідів привертає все більшу увагу в усіх країнах світу. Для кращої координації роботи фахівців, що працюють в області реабілітації, ВООЗ запропонувала «Керівництво по класифікації наслідків хвороби і причин інвалідності», де розглядаються і класифікуються не хвороби як нозологічні форми, а наслідки перенесених захворювань і травм [77].

«Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності» (Керівництво по класифікації хвороб і причин інвалідності) пропонує наступну єдину концепцію наслідків хвороби.

Основними етапами в розвитку хвороби є:

1. Порушення та виникнення змін в організмі є реакцією організму на різні причинні обставини – «етіологію». «Етіологія» дає початок змінам в структурі або функції організму, тобто «патології». Прояви патологічних змін визначаються як «симптоми і ознаки» Етіологія, патологія, прояви – людина починає розуміти, що в його організмі щось відбувається, іншими словами, патологічний стан проявляється конкретно, матеріалізується. У більшості випадків сама людина усвідомлює прояв хвороби, яке можна визначити як «клінічний стан». Таким чином, клінічний стан включає в себе і патологічні зміни, і прояви хвороби, і реакцію пацієнта на свій стан. Тривало протікаюча хвороба віщує розвиток порушень, ненормальною структури тіла, зміни зовнішнього вигляду, а також розлади функціонування органів і систем організму. Порушення являє собою розлад на органному рівні.

2. Обмеження життєдіяльності. Діяльність або поведінка людини може змінитися в результаті виникнення порушень. Виникає дефіцит фізичних та соціальних дій – обмеження життєдіяльності. З точки зору функціональної діяльності та активності індивіда зниження життєвих функцій є розлад на рівні людини (особистості).

3. Соціальна недостатність. Саме знання про хвороби або змінилося поведінка індивіда або обмеження його діяльності, що впливають з цього знання, можуть поставити конкретну людину в не вигідне становище по відношенню до оточуючих. Таким чином, хвороба набуває соціальний характер. Цей рівень розвитку хвороби відображає реакцію суспільства на стан індивіда, вона проявляється у взаєминах індивіда з суспільством, які можуть включати і такий специфічний інструмент як законодавство. Цей прояв відображає соціальну недостатність (іншими словами – соціальну дезадаптацію). Явний зв'язок зі значенням, який надає діяльності індивіда або його стану суспільство, робить соціальну недостатність найбільш проблематичним рівнем розвитку хвороби серед всіх її наслідків. Ця послідовність в ряді випадків може бути неповною, або можливий її розрив на будь-якому етапі.

Для організації допомоги пацієнту у відновленні здоров'я, необхідні:

- чітка діагностика виникаючих порушень, обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності;
- аналіз ступеня вираженості функціональних здібностей;
- можливість здійснення втручань на різних рівнях.

Головним завданням медичної реабілітації є повноцінне відновлення функціональних можливостей різних систем організму і опорно-рухового апарату (ОРА), а також розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденному житті і праці.

До приватних завдань реабілітації належать:

- Відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування і виконання нескладної домашньої роботи;

– Відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання і розвитку функціональних можливостей рухового апарату;

– Попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, тобто здійснення заходів вторинної профілактики.

Мета реабілітації – найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, але якщо це неможливо, ставиться завдання часткового відновлення або компенсація порушеної чи втраченої функції і в будь-якому випадку – уповільнення прогресування захворювання. Для їх досягнення використовується комплекс лікувально-відновлювальних засобів, серед яких найбільший реабілітуючий ефект мають фізичні вправи, природні фактори (як природні, так і преформовані), різні види масажу, заняття на тренажерах, а також ортопедичні пристрої, трудотерапія, психотерапія та аутотренінг.

Навіть з цього переліку видно, що провідна роль у реабілітації належить методам фізичного впливу і чим далі від етапу до етапу вона просувається, тим більше значення вони мають, з часом склавши гілку, або вид, під назвою «фізична реабілітація».

Фізична реабілітація – складова частина медичної, соціальної та професійної реабілітації, система заходів щодо відновлення або компенсації фізичних можливостей та інтелектуальних здібностей, підвищенню функціонального стану організму, поліпшення фізичних якостей, психоемоційної стійкості та адаптаційних резервів організму людини засобами і методами фізичної культури, елементів спорту і спортивної підготовки, масажу, фізіотерапії та природних факторів.

Фізичну реабілітацію слід розглядати як лікувально-педагогічний і виховний процес або, правильніше сказати, освітній процес. Основним засобом фізичної реабілітації є фізичні вправи і елементи спорту, а застосування їх – завжди педагогічний, освітній процес. Якість його залежить від того, наскільки методист опанував педагогічною майстерністю і знаннями.

Програма медичної реабілітації пацієнта включає в себе:

- фізичні методи реабілітації (електролікування, електростимуляція, лазеротерапія, баротерапія, бальнеотерапія та ін.);
- механічні методи реабілітації (механотерапія, кінезотерапія.);
- масаж;
- традиційні методи лікування (акупунктура, фітотерапія, мануальна терапія та інші);
- трудотерапія;
- психотерапія;
- логопедична допомога;
- лікувальна фізкультура;
- реконструктивна хірургія;
- протезно-ортопедична допомога (протезування, ортезування, складна ортопедичне взуття);
- санаторно-курортне лікування;
- технічні засоби медичної реабілітації (тренажери, пристрої для введення їжі парентерально, інші технічні засоби);
- інформування та консультування з питань медичної реабілітації;
- інші заходи, послуги, технічні засоби.

Психологічна реабілітація – система медичних, соціальних, психологічних вимірів, спрямованих на надання допомоги людині з важким соматичним захворюванням, людям, які перенесли катастрофу та ін. Психологічна реабілітація розглядається як система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних властивостей і станів, видів діяльності і системи відносин людини, що забезпечують успішність її функціонування в суспільстві [86, с. 442-44.]. Мета психологічної реабілітації – домогтися внутрішньої рівноваги у клієнта; вироблення правильної установи клієнта на психотравмуючу ситуацію; допомога йому в адаптації до нових соціальних умов. Завдання психологічної реабілітації – вироблення правильної установи клієнта на психотравмуючу ситуацію; допомога йому в адаптації до нових соціальних умов.

Існує два значення психологічної реабілітації:

- відновлення втраченої психічної функції (наприклад, пам'яті при амнезії);
- надання допомоги людині в психотравмуючій ситуації.

Бінтіг пропонує наступне робоче визначення поняття недостатність: наявність відносно важкого, тривалого, але такого, що принципово піддається реабілітації порушення – соматичного, розумового, психічного або такого, що зачіпає органи чуття, – яке суб'єктивне або об'єктивно утрудняє життя і може мати слідством поведінку з відхиленням [19, с. 162]. У цьому визначенні ясно виражено, що недостатність характеризується не тільки самим порушенням, але і його наслідками, його переробкою самим індивідом, реакцією соціального оточення. Зусилля, направлені на те, щоб запобігти перетворенню хвороби або недостатності на стійке порушення особових, соціальних і професійних умов життя або, якщо це неможливо, звести ці наслідки до мінімуму, називаються реабілітацією. Однією з цілей реабілітації є соціальна інтеграція хворої або неповноцінної людини, по можливості її більш активна участь в житті суспільства. Причому розуміти соціальну інтеграцію треба не як одностороннє пристосування неповноцінної людини до суспільства, але і як відповідне формування навколишнього середовища, направлене на полегшення її життя.

Соціальну інтеграцію часто слід вважати величиною відносною, оскільки у багатьох випадках можна досягти лише часткової участі в житті суспільства.

Таким чином, головними поняттями, що вживаються в галузі психологічної реабілітації є: об'єкт реабілітації – людина, яка потребує допомоги, суб'єкт реабілітації – одна або кілька осіб, що здійснюють реабілітацію, місце реабілітації – заклад, де проходить реабілітація., реабілітаційні заходи (послуги) – заходи (медичні, фізичні, психологічні та ін.), які надають об'єкту реабілітації суб'єкти реабілітації.

Реабілітаційний ланцюжок включає стаціонарне лікування, працетерапію в клінічних умовах, проміжні форми перебування та лікування, підприємства для осіб з тими або іншими порушеннями та соціотерапію, до якої відносять соціальну активність об'єкта реабілітації в лікарняному середовищі [47, с. 184].

Формування соціального середовища передбачає затишне оформлення відділень стаціонару, вільний час (наприклад, танці та ін.), або утворення так званих робочих груп, t - груп.

2.3. Методи і прийоми оцінки здоров'я населення

Оцінка психічного здоров'я – це перш за все оцінка функціонування всього організму в цілому і нервової системи зокрема і зіставлення отриманих результатів з нормою. Як зазначалося раніше, визначення норми здоров'я – досить складне завдання. Для інтелектуально-психічної сфери ці складності ще більш виражені, так як в ній немає встановлених норм і відповідних кількісних показників. Це обумовлено великою гнучкістю функціональних характеристик нервової системи і складною динамікою взаємин мозок – середовище. Тому нерідко значні односпрямовані зміни різних психофізіологічних функцій в ту або іншу сторону можуть говорити про позитивну реакцію мозку, психіки, а в іншій ситуації – про негативну. Найчастіше простіше оцінити, чи немає якогось порушення, чи відповідає психічне здоров'я даного індивідуума нормі, причому значно простіше виявити порушення в сфері «нижчих» неврологічних функцій. Реально завдання може бути вирішена шляхом складного медико-біологічного і психологічного обстеження. Остаточний висновок може винести тільки фахівець, а в сфері психічного здоров'я – зіставлення думок декількох фахівців-експертів в області неврології, психіатрії, психоневрології, психології, психоаналізу. У деяких випадках може знадобитися висновок та інших професіоналів, наприклад, педагогів [33, с. 86]. Проте для поточної оцінки психічного здоров'я, самоконтролю кожна людина може використовувати деякі прості прийоми, які не потребують спеціального обладнання та спеціальних знань.

Ознакою погіршення здоров'я, в тому числі психічної сфери, є зниження працездатності. Це дуже важливий інтегральний показник. Якщо зниження

розумової працездатності супроводжується збільшенням числа помилок (зниження уваги), труднощами зосередження на завданні (падіння концентрації уваги), млявістю, апатією, втратою інтересу до роботи, навчання – це тривожні сигнали, які поряд з вегетативними змінами (почастішання або уражень пульсу, посилення потовиділення, особливо на лобі і в пахвових западинах), головними болями, то це може говорити або про стомленні або перевтомі, або про погіршення здоров'я. Втома після відпочинку зникає, ознаки захворювання або граничного стану (неврози) – зазвичай немає. Тривогу має викликати і збільшення часу, який необхідний для повного відновлення працездатності.

Група показників, які можуть вказувати на психосоматичні порушення, – це біль і відчуття дискомфорту в різних ділянках тіла (болі в ділянці шлунка, не пов'язані з їжею, в серці і т.д.). Сюди слід додати і стан емоційної сфери: якщо в наявності пригнічений стан, безпричинні страхи і т.д. – це привід звернутися за консультацією до фахівця.

Безсумнівним критерієм психічного здоров'я є повноцінність сну як важливого компонента життєдіяльності людини. Найпотужніший резерв і одночасно метод регуляції психічного стану – знання про себе самого, про переважаючих інстинктах, установках, темпераменті та ін. При самоаналізі людина повинна і може (перш за все) зрозуміти особливості власного «Я». Якщо причина психологічного дискомфорту, порушення психічного стану полягає в тому, що поведінка людини неадекватна його психобіологічному «Я», його (поведінку) потрібно коригувати. Якщо людина розуміє, що обмеження його почуття власної гідності завдає йому важку психічну травму, вона повинна усвідомлювати, що це справедливо і по відношенню до іншої людини. Поважаючи чужу точку зору, людина автоматично зменшує ймовірність виникнення конфліктної ситуації, емоційного стресу, а значить – і силу негативного емоційного напруження. На жаль, не завжди людина озброєна достатніми знаннями і пропускає психологічні удари, тому відновлення нормального психічного стану цілеспрямовано організованим поведінкою і діями є актуальним завданням.

Для підвищення стійкості психіки до несприятливих впливів, розширення меж своїх психічних і інтелектуальних можливостей, оволодіння способами і методами управління собою і зняття несприятливих наслідків стресу, негативних емоційних напружень необхідні повсякденні регулярні дії, спрямовані на вирішення цих завдань. Однак, як впливає зі сказаного вище, досягти мети за допомогою одного якого-небудь засобу важко, тому необхідно використання системи взаємодоповнюючих засобів, що включає аутотренінг, самоаналіз, точковий масаж і інші підходи, які можуть допомогти досягненню корисного результату. При цьому у кожної людини можуть бути свої оптимальні засоби забезпечення психічного здоров'я, хоча не менше значення має і правильність їх використання.

В організації тренування психічних можливостей людини слід враховувати і виконувати певні умови [60, с. 158]:

- чітко сформулювати мету і прагнути до її досягнення;
- процес вироблення потрібної навички повинен бути якомога інтенсивніше, послідовніше і цілеспрямованим;
- необхідно докласти чималих зусиль, особливо на початковому етапі тренування;
- урізноманітнити зміст роботи, зберігши послідовність операцій і їх хронологічний порядок для того, щоб подолати одноманітність і рутину, що виникають при повторенні одних і тих же дій; якщо ж зміст роботи не змінюється, то міняти навколишні умови (освітлення, музику, місце роботи, положення і т.д.). Якщо перші реакції були вдалимими, то всі інші операції, що становлять навик, протікають автоматично. Невдалий початок або незаплановану перерву зазвичай викликають негативні емоції і ведуть до зниження працездатності і позитивної установки на роботу. Разом з тим, добре закріплений навик стабільний і важко піддається будь-яким негативним впливам. При тренуванні психічних процесів необхідно враховувати, що навантаження у вправах повинна збільшуватися поступово, а між великими навантаженнями повинні бути відповідні перерви: слід раціонально розподілити сили, щоб відсунути стомлення. Важливо, щоб навантаження і

здатність її витримати доставляли радість, задоволення і інші позитивні емоції; займатися розумовою працею потрібно з підйомом, проте уникати збуджуючих засобів будь-якого типу. Ці положення особливо важливі для такої категорії працівників розумової праці, як школярі і студенти. Порушення принципів раціональної організації навчання не тільки знижує його ефективність, але і підриває психічне здоров'я, а з ним і тілесне, відбиває інтерес до постійного творчого праці і в кінцевому рахунку веде до зниження інтелектуального потенціалу.

Регулярність праці – важлива складова тренування психічних процесів для профілактики емоційних перевантажень, які виникають в екзаменаційні періоди через спроби в короткий час переробити велику кількість інформації, розрахованої на освоєння протягом півроку, а то й навчального року. Зниженню напруги в цей період допомагають фізичні навантаження і методи психорегуляції. Ще один важливий резерв підвищення психоемоційної стійкості і взагалі психічних можливостей людини – це управління власною пам'яттю, що забезпечує підвищення продуктивності праці і попереджає її зниження.

Самим фізіологічним і ефективним з методів регуляції психіки слід вважати рухову активність, а в цьому відношенні засоби практично безмежні. Зокрема, за допомогою певного рівня рухової активності можна знижувати нервово-психічне напруження на структуру головного мозку. В цьому випадку м'язова активність створює домінуючий осередок збудження в сенсомоторній зоні, котра пригнічує (це особливість домінуючого вогнища) збудження інших зон – в результаті цього процесу стан напруги знижується. Крім того, оптимальне фізичне навантаження сприяє сприятливому, природному ходу біохімічних процесів, які йдуть під впливом гормонів стресу, тобто відбувається їх своєрідне перемикавання з механізмів стресу на забезпечення рухової активності [1, с. 145].

Релаксуюча (розслаблююча) роль руху буде вищою при використанні феномена переключення уваги. Для цього під час виконання руху необхідно зосередитися на щось стороннє, не пов'язаному з проблемами, що викликають

саме нервово-психічне напруження, на своїх відчуттях, сприйнятті природи і ін. Вирішенню завдання допомагають комплекси фізичних вправ, які передбачають для свого виконання концентрацію уваги на різних частинах тіла. До таких вправ відносяться комплекси, які прийшли до нас з Індії і Китаю (хатха-йога, тайцзицюань, тайцзігун і ін.). Так як фізіологічною основою уваги є домінанта, то вона і відновлює нормальний стан інших нервових центрів, немов би «відволікаючи» від них надлишок збудження.

Аналогічним впливом володіють і дихальні вправи, цілеспрямоване використання спеціально підібраних з них (зокрема, з акцентом на подовження видиху) дає помітний релаксуючий ефект.

Крім домінантного механізму рух впливає на стан психіки і опосередковано, що обумовлено особливостями функціональної організації спинного мозку. Останній має сегментарний принцип зв'язків з внутрішніми органами, ділянками шкіри і м'язами, тобто кожен окремий сегмент (частина стовпа) спинного мозку пов'язаний з певними ділянками тіла і внутрішніми органами (наприклад, нижні ділянки спинного мозку впливають на стан сечостатевої системи і управляють м'язами нижніх кінцівок, верхні - на стан серця, дихання і управляють м'язами плечового пояса). При цьому порушення стану будь-якого органу або системи закономірно проектується на відповідні м'язи; ось чому, наприклад, при захворюванні серця біль не тільки локалізується в області серця, а й іррадіює під лопатку і в ліву руку. Такий функціональний взаємозв'язок м'язів тулуба і кінцівок з внутрішніми органами обумовлює і позитивний вплив спеціально підібраних фізичних вправ на стан органів, причому саме відповідно до сегментарної організації спинного мозку і здійснюваної ним іннервацією.

Таким чином, в результаті використання цілеспрямованого руху через різні фізіологічні механізми можливо домогтися не тільки зниження нервово-психічної напруги, а й нормалізації емоційного статусу. Більш того, після м'язової навантаження часто виникає відчуття задоволення – «м'язова радість», комфорту.

Рух – це потужний фактор відновлення розумової працездатності за механізмом активного відпочинку. Однак в разі сильного розумового втоми рухова активність може його посилити, що пов'язано зі зниженням в цих умовах ефективності гальмівних механізмів, в значній мірі обумовлюють ефект відновлення. Тому після роботи, що викликала сильне розумове стомлення, необхідний спочатку пасивний відпочинок (сон, пасивне розслаблення) і лише потім використання рухової активності. Крім руху (активного відпочинку) і сну (пасивного), для оптимізації психічного стану, відновлення психічного здоров'я все більш широко використовуються різні методи власне психорегуляції. Перш за все слід згадати аутотренінг, який дає хороший відновлювальний і оздоровчий ефект через релаксацію. Аутогенне тренування (АТ) дозволяє одночасно вирішити цілий ряд завдань, зокрема, зняття наслідків стресу, відновлення сил, витрачених на роботі, підвищення функціональних можливостей організму і управління психофізіологічним станом [53, с. 245]. Існують різні схеми АТ. Однією з найбільш простих і ефективних є комплекс вправ, вперше в новий час запропонований німецьким професором І. Шульцем ще в 20-і роки, хоча сама методика релаксації була відома і застосовувалася на практиці ще в Стародавній Індії, Китаї та ряді інших місць.

Фізіологічний механізм методики заснований на довільному управлінні домінантою – стійким сильним осередком порушення в одному з нервових центрів мозку. Ослаблення м'язового тону за допомогою АТ грає колосальне значення. Будь-яке стресовий подія підсилює м'язову напругу. Це, в свою чергу, призводить до активації м'язових рецепторів, які бомбардують мозок, ще більше підвищуючи рівень збудження. Освоєння прийомів АТ дозволяє вольовим зусиллям (завдяки утворився по умовно-рефлекторному принципом нервовим механізмам) викликати домінанту, що гальмує діяльність рухових нервових центрів, сенсорних центрів, які отримують імпульсацію від м'язових рецепторів. В результаті рівень збудження значних за площею ділянок кори головного мозку знижується, зменшується нервово-психічне напруження. Виниклий осередок збудження пригнічує діяльність інших центрів, в результаті чого вони відпочивають, відновлюються. Крім того, в мозку в цей час

відбуваються якісь дуже важливі процеси, можливо, за участю правої півкулі, які активізують механізми самовідновлення і самооздоровлення. На практиці АТ зводиться до освоєння прийомів розслаблення м'язів, вироблення навичок у розвитку відчуттів тепла або холоду в різних частинах тіла, концентрації уваги і створення вольової установки на загальний стан організму або однієї з його систем (і основі лежить формування фізіологічної домінанти). Широко відомий сприятливий ефект використання ручного масажу в регуляції нервово-психічного стану. Це обумовлено перш за все тим, що шкіра людини, позбавлена вовняного покриву, є найширше рецепторове поле, імпульсація якого має серйозне значення в регуляції стану збудливості сенсорних ділянок головного мозку. Ось чому цілеспрямоване використання ручного масажу дозволяє домогтися гарних результатів у регуляції психофізичного стану людини. Для досягнення позитивного ефекту має значення як застосовуваний масажний прийом, так і методика його використання. Так, при підвищеному психоемоційному напруженні хороший ефект дає тривале, монотонне використання таких прийомів, як погладжування і глибока, ритмічна, спокійна розминка. При пригніченому стані людини, низькому психічному тону і активізації збудливих процесів і зняття гальмівних сприяє застосування в короткочасному різкому режимі таких прийомів, як розтирання, удари, поверхневе інтенсивне розминка і т.д. [8, с. 86].

Такі різновиди ручного масажу, як гігієнічний і косметичний, особливо вранці, не тільки забезпечують ефективно зняття так званого «сонного гальмування» і швидке включення в робочий режим, але і створюють сприятливий емоційний тонус на майбутній день. Точний підбір інтенсивності і характеру масажу в силу внутрішньосегментних зв'язків спинного мозку позитивно впливає на стан внутрішніх органів, оптимізує їх діяльність, що через підкіркові освіти сприятливо позначається на емоційних структурах, пов'язаних із зонами позитивних емоцій. Точковий і безконтактний масажі відомі з найдавніших часів (медицина Індії та Китаю, Тибету і Монголії накопичила унікальний, багатющий досвід впливу на біологічно активні точки (БАТ) при різних функціональних порушеннях в організмі і зміни стану

психіки. БАТ розташовуються на каналах, або меридіанах, по яких циркулює особлива життєва енергія – «ци», відповідно до китайської термінологією, або прана - з індійської. Китайська медицина вважає, що існують два види енергії – «Ян» і «Інь» [84, с. 135]. В організмі ці два види енергії, що циркулюють по меридіанах, знаходяться в стані динамічної рівноваги, порушення якого і призводить до захворювань. впливу на поверхнево розташовані в шкірі БАТ можуть відновити нормальну циркуляцію енергії і відновити здоров'я. При цьому кожен канал представляє собою своєрідну систему, яка регулює певні, але взаємопов'язані функції в організмі.

Використання каналів для цілей зняття напружень вимагає певної кваліфікації, хоча іноді масаж навіть однієї точки зменшує психонервову напругу. Так, ефективним виявляється точковий масаж вушної раковини, БАТ якої мають досить чіткі функціональні зв'язки з численними органами. Зокрема, такий масаж допомагає зняти нервово-психічне напруження, головний біль, полегшити і прискорити процес засинання, нормалізувати мозковий кровотік і т.д. За механізмами дії до точкового масажу близько прилягають масаж безконтактний і біоенергомасаж. Безконтактний масаж демонструє цікаву можливість взаємодії за межами традиційних уявлень. Як показує досвід, ефект впливу однієї людини на іншу значно ширше, ніж прийнято вважати, і всі наслідки його важко врахувати. Наприклад, вплив людської мови складається не тільки з її смислового значення, але і з звукових вібрацій, коливань, які діють як фізичний фактор. Виявилося, що звуки певної частоти можуть виявляти потужний цілющий вплив на органи і системи органів, причому інтенсивність їх для цього може бути і невисокою. Так, звуки частотою 2,5-3 тис. герц благотворно впливають на стан нирок та інших органів, а низькочастотні заспокоюють нервову систему. Мабуть, на цьому механізмі засновано вплив індивідуально підібраних різних «мантр» деяких напрямків йоги, молитов і змов давньоруської слов'янської релігії та традицій. Це явище використовують досвідчені психотерапевти і інтуїтивно неспеціалісти, які бажають заспокоїти якоїсь людини, дорослого або дитини.

Педагогічна і громадська практика (наприклад, політична) показує, що високий і особливо так званий верескливий голос, навпаки, збуджує психіку людини. Стимулювати може і голос енергійний, але і він супроводжується збільшенням частки високочастотних звуків. Таким чином, звичайна людська мова може виявляти потужний вплив на психіку людини, що з успіхом використовують сучасні психотерапевти. Правда, вони основну увагу звертають на смисловий зміст своєї промови, але ясно, що при цьому впливають і інші компоненти. Це вплив мабуть опосередковується різними структурами мозку, що і призводить до різних ефектів. Тіло людини, його органи є джерелом великої різноманітності фізичних полів, які також можуть впливати на іншу людину. Характер такого впливу поки не цілком ясний, але ефекти безконтактного впливу вражають. Це змушує по-новому поглянути на глобальну проблему взаємин людина-людина, особливо коли вони відбуваються на підсвідомому рівні. Не виключено, що деякі види таких впливів виявляються несприятливими – на мові народних традицій це називається пристрітом або псуванням.

Людина як істота біологічна тривалий час існувала в близькоспорідненому оточенні. Можна і зараз побачити, що люди, що знаходяться в близьких, емоційно позитивно забарвлених відносинах, прагнуть перебувати близько один до одного. Це надає заспокійливий вплив, викликає відчуття комфорту. І навпаки, якщо якийсь простір навколо людини порушується чужими людьми (в транспорті, наприклад), людина починає відчувати себе дискомфортно. В такому випадку стає зрозумілим, що для хорошого психологічного стану, а значить і здоров'я, людина повинна мати право на власну територію психологічного комфорту, втручання в яку має означати неповагу до людини, його бажанням, звичкам, його особливостям, всього того, що характеризує його як особистість. Природно, що, порушуючи психологічний мікроклімат людини, таке втручання закономірно позначається на його самопочутті, здоров'я і працездатності. Одним з важливих чинників збереження високої працездатності людини є сприятливе ставлення до нього, до його діяльності з боку оточуючих. Особливе значення ця обставина, без

сумніву, відіграє в розумовій діяльності: сприятлива атмосфера навколо працюючого підсилює пошукову активність мозку, підвищує інтерес людини до роботи, та отримання нової інформації, сприяє підвищенню працездатності та ефективності процесу навчання.

Висновки до розділу 2

Психофізіологічна конструкція людини протягом життя зазнає певних змін, в першу чергу тому, що все більша соціалізація людини значно впливає на біологічні та психічні функції, хоча і досить повільно. Крім того, з віком у особистості спостерігаються природні зміни психофізіологічних процесів, і баланс між збудженням і гальмуванням все більше зсувається в бік гальмування. Вікові зміни роблять безсумнівний вплив на індивідуальні характерологічні особливості особистості.

Тому можемо стверджувати про необхідність використання соціальних та реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення.

До теперішнього часу ще не існує єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, міста, регіону та ін. В міжнародній практиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття «здоров'я населення». Необхідно підкреслити складність визначення поняття здоров'я населення, в зв'язку, з чим існує безліч визначень, але і в міжнародній практиці прийнято характеризувати індивідуальне здоров'я з трьох точок зору: філософського, теоретичного і практичного підходу.

В даний час для оцінки здоров'я населення застосовуються різні методики. На території України найбільш поширеною є комплексна оцінка здоров'я. У другій половині XX століття в розвинених країнах світу почали використовувати міжнародні інтегральні показники здоров'я населення.

Для забезпечення здоров'я населення важливе значення має диспансеризація населення, яка сама по собі передбачає формування груп

здоров'я. Диспансеризація – система роботи лікувально-профілактичних установ, що полягає в активному динамічному спостереженні за здоров'ям певних контингентів населення, в вивченні умов їх праці і побуту, в забезпеченні їх правильного фізичного розвитку і збереження здоров'я, а також в попередженні захворювань шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів.

В охороні здоров'я історично визначилися і практично виправдали себе два основних принципи формування груп здоров'я, які підлягають диспансеризації: це соціальний і медичний принцип.

Реабілітація – це напрям сучасної медицини, яка в своїх різноманітних методах спирається, перш за все, на особистість пацієнта, активно намагаючись відновити порушені хворобою функції людини, а також його соціальні зв'язки. Також реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками.

Три види реабілітації (медична, трудова і соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороб: медико-біологічні наслідки хвороб, які полягають в відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу; зниження працездатності або працездатності в широкому сенсі слова; соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків з сім'єю і суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація – зовсім не одне і те ж, так як крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

РОЗДІЛ 3

ВЗАЄМОДОПОВНЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В СФЕРІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

3.1. Психосоціальні засоби реабілітації

Заходи по соціальній реабілітації змінюються в залежності від потреб пацієнтів, місця, де проводяться реабілітаційні втручання (лікарня чи суспільство), а також від культурних і соціально-економічних умов країни, в якій живуть хворі люди. Але основу цих заходів, як правило, складають:

- трудова реабілітація;
- працевлаштування;
- професійна підготовка і перепідготовка;
- соціальна підтримка;
- забезпечення гідних житлових умов;
- освіта;
- психіатрична освіта, в тому числі навчання тому, як керувати хворобливими станами;
- придбання і відновлення навичок спілкування;
- придбання навичок незалежного життя;
- реалізація захоплень і дозвілля, духовних потреб.

Таким чином, навіть з неповного переліку вищезазначених заходів видно, що психосоціальна реабілітація хворих – це всеосяжний процес, спрямований на відновлення і розвиток різних сфер життя людини.

Останнім часом інтерес вчених, практичних працівників, самих пацієнтів і членів їх сімей до психосоціальної реабілітації зріс. В даний час існує велика кількість моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак, вчені і практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) у суспільство.

При цьому самі пацієнти повинні відчувати себе не менш повноправними громадянами, ніж інші групи населення. З урахуванням сказаного, мету реабілітації можна визначити і так: це поліпшення якості життя і соціального функціонування людей з психічними розладами та фізичними вадами за допомогою подолання їх соціальної відчуженості, а також підвищення їх активної життєвої та громадянської позиції [44, с. 201].

«Психосоціальна реабілітація – це процес, який дає можливість людям з ослабленим здоров'ям або інвалідам в результаті психічних розладів досягти свого оптимального рівня незалежного функціонування в суспільстві, постійний, безперервний процес, який включає комплекс медичних, психологічних, педагогічних, соціальних і професійних заходів».

У «Заяві про психосоціальну реабілітацію», розробленому Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я спільно з Всесвітньою асоціацією психосоціальної реабілітації в 1996 р, перераховані наступні завдання реабілітації [77]:

- зменшення прояву психопатологічних симптомів за допомогою тріади лікарських препаратів, психотерапевтичних методів лікування і психосоціальних втручань;
- підвищення соціальної компетентності психічно хворих людей шляхом розвитку навичок спілкування, вміння долати стреси, а також трудової діяльності;
- зменшення дискримінації;
- підтримка сімей, в яких будь-хто страждає психологічними розладами;
- створення та збереження довгострокової соціальної підтримки, задоволення щонайменше базових потреб психічно хворих людей, до яких відносяться забезпечення житлом, працевлаштування, організація дозвілля, створення соціальної мережі (кола спілкування);
- підвищення автономії (незалежності) психічно хворих, поліпшення їх самодостатності та самозахисту.

Б.Сарачено – керівник відділу психічного здоров'я Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, прокоментував значення психосоціальної

реабілітації наступним чином: «Якщо ми сподіваємося на майбутнє психосоціальної реабілітації, то це повинна бути психіатрична допомога за місцем проживання пацієнтів – доступна, повна, що дозволяє психічно хворим лікуватися і отримувати серйозну підтримку. При такій допомозі не потрібні лікарні, а медичний підхід слід використовувати лише в незначній мірі» [78].

В історії реабілітації психічно хворих можна виділити ряд важливих моментів, які відіграли суттєву роль в її розвитку:

1. Ера моральної терапії (moral therapy). Цей реабілітаційний підхід, який отримав розвиток в кінці XVIII – початку XIX століття, полягав у забезпеченні хворих більш гуманної допомогою. Основні принципи цього психосоціального впливу зберігають значення і до цього дня.

2. Впровадження трудової (професійної) реабілітації. Цей підхід в лікуванні став впроваджуватися в першій третині XIX століття і пов'язаний з діяльністю В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова та інших прогресивних фахівців. Як зазначав Ю.В. Каннабих, до числа важливих перетворень, відносяться «пристрої городніх і рукодільних робіт». Трудовій терапії почали приділяти особливу увагу, починаючи з 50-х років минулого століття. Існувала мережа лікувально-трудова майстерень і спеціальних цехів, де могли працювати психічно хворі люди, що знаходяться на стаціонарному та амбулаторному лікуванні.

В даний час працевлаштування та трудотерапія є найважливішими складовими в програмах психосоціальної реабілітації.

Поява центрів психосоціальної реабілітації їх початок та відкриття припадає на 80-ті роки XX століття. Перші центри (клуби) були створені самими пацієнтами (наприклад, Клубний будинок в США), і їх діяльність спрямована на те, щоб допомагати пацієнтам справлятися з проблемами повсякденного життя, розвивати здатність до діяльності навіть при наявності інвалідності. Тому спочатку в таких центрах робився акцент на заходи, які допомагали б хворим справлятися з життєвими труднощами, не піддаватися їм, а також на зміцнення здоров'я, а не на позбавлення від симптомів психічного захворювання.

Центри психосоціальної реабілітації зіграли величезну роль у розвитку такої галузі знань, як реабілітація інвалідів внаслідок психічних захворювань. В даний час ця форма допомоги широко використовується в США, Швеції, Канаді, кількість реабілітаційних програм в них значно коливається (від 18 до 148).

В даний час діють в нашій країні реабілітаційні центри спеціалізуються на конкретному напрямку – арттерапія, корекційні втручання, дозвілля, психотерапія та ін.

Поява цього напрямку обумовлена тим, що для ефективного вирішення виникаючих проблем людям, що страждають серйозними психічними розладами, необхідні певні знання, вміння, навички.

В основі розвитку навичок і умінь лежать методи, розроблені з урахуванням принципів соціального навчання. При цьому використовуються методи активно-директивного навчання – біхевіоральні вправи та рольові ігри, послідовне формування елементів поведінки, наставництво, підказування, а також здійснюється узагальнення набутих навичок. Доведено, що вироблення навичок і умінь розвиває у людей з важкими психічними розладами здатності до незалежного життя.

Сучасні підходи до психосоціальної реабілітації передбачають накопичення наукових даних про реабілітацію психічно хворих, практичний досвід сприяв тому, що в даний час в нашій країні поряд з комплексним лікуванням, що включає медикаментозну і трудову терапію, фізіотерапію, культурно-освітні та дозвільні заходи в рамках психосоціальної реабілітації отримали розвиток такі види психосоціальних втручань як:

- освітні програми з психіатрії для пацієнтів;
- освітні програми з психіатрії для родичів хворих;
- тренінги по виробленню навичок щоденної незалежного життя – навчання приготування їжі, відвідування магазинів, складання сімейного бюджету, ведення домашнього господарства, користування транспортом та ін .;
- тренінги з розвитку соціальних навичок – соціально прийнятної і впевненої поведінки, спілкування, вирішення повсякденних проблем і т.п .;

- тренінги з розвитку навичок управління психічним станом;
- групи само - та взаємодопомоги пацієнтів і їх родичів, громадські організації споживачів психіатричної допомоги;
- когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на поліпшення пам'яті, уваги, мови, поведінки;
- сімейна терапія, інші види індивідуальної і групової психотерапії.

Комплексні програми психосоціальної реабілітації проводяться в багатьох регіональних психіатричних службах як на базі психіатричних установ, так і безпосередньо в суспільстві.

Існують інші види програм психосоціальної реабілітації – а саме: освітні в області психіатрії, арт-терапевтичної, дозвільні, терапію святами, в тому числі особистими (дні народження та ін.).

Важливою реабілітаційною роботою є відкриті ізоустудії, застосування трудотерапії, реалізація освітніх програм, організація тренінгів з розвитку соціальних навичок і навичок незалежного життя. Особливої уваги заслуговує міжвідомча взаємодія, до складу якої повинні співробітники медичних, освітніх, професійних установ, органів з працевлаштування та установ соціального захисту, що дозволяє комплексно вирішувати соціально-психологічні проблеми, забезпечувати багатосторонній підхід до їх реабілітації.

Реабілітацію особистості з психологічними розладами, як і при соматичних захворюваннях, рекомендується починати при стабілізації стану і ослабленні патологічних проявів. Але навіть якщо симптоми залишаються, то реабілітацію можна проводити в межах можливості особистості піддаватися навчанню, реагувати на психосоціальні втручання. Все це необхідно для підвищення функціонального потенціалу (функціональних можливостей) і зниження рівня соціальної недостатності.

Ознакою соціальної недостатності є, наприклад, відсутність роботи. У психічно хворих рівень безробіття сягає 70% і вище. Це пов'язано зі зниженням їх функціональних можливостей через наявність психопатологічної симптоматики і порушень когнітивних (пізнавальних) функцій. Ознаками зниження функціональних можливостей є низькі фізична витривалість і

непереносимість роботи, труднощі в дотриманні інструкцій і роботі з іншими людьми, труднощі в зосередженні уваги, вирішенні проблем, а також невміння адекватно реагувати на зауваження, звертатися за допомогою.

До соціальної недостатності відноситься і феномен бездомності. На жаль, наше суспільство ще не в змозі повністю вирішити проблеми працевлаштування та житла у соціально незахищених категорій осіб з важкими психологічними розладами і тим самим знизити їх соціальну недостатність. У той же час програми психосоціальної реабілітації дозволяють підвищити компетентність особистості, дають їй можливість набути навичок подолання стресу в психотравмуючих ситуаціях і при труднощах повсякденному житті, навички вирішення особистих проблем, самообслуговування, професійні навички, що в кінцевому підсумку сприяє підвищенню функціонального потенціалу і зниження соціальної недостатності. Пацієнтам та їхнім родичам слід знати, що психосоціальною реабілітацією займаються психіатри, психологи, соціальні працівники, фахівці з працевлаштування, працетерапевти, медичні сестри, а також родичі і друзі.

Для реабілітації пацієнтів з психічними розладами фахівці рекомендують проводити навчання, яке включає освоєння спеціальних методів і методик. Робота реабілітолога складна, тривала, творча. В її основі лежать такі принципи: оптимізм щодо досягнення результату; впевненість в тому, що навіть незначне поліпшення може привести до позитивних змін і підвищити якість життя пацієнта; переконаність в тому, що мотивація до зміни свого становища може виникати не тільки завдяки спеціальним реабілітаційним заходам по відношенню до хворого, а й за рахунок його власних зусиль [41, с. 154].

В даний час доведено важливу роль сім'ї в психосоціальної реабілітації пацієнта з важким психічним захворюванням. Це передбачає виконання нею різних функцій. Перш за все, слід сказати, що родичів пацієнтів необхідно розглядати як союзників в лікуванні. Вони не тільки повинні багато чому навчитися, але і самі часто володіють великим обсягом знань і досвіду – це вносить істотний внесок в процес реабілітації.

Для фахівця родичі можуть бути цінним джерелом інформації про стан хворого, часом вони більше, ніж фахівці, обізнані про деякі аспекти його захворювання. Часто сім'я виконує роль сполучної ланки між хворим і системою надання психіатричної допомоги. Родичі допомагають іншим сім'ям, в життя яких вторглося психічне захворювання, радою, діляться власним досвідом вирішення проблем. Все це дозволяє говорити про те, що родичі хворих є і вчителями, і просвітителями для інших сімей і навіть професіоналів.

Найважливішою функцією близьких є догляд за хворою людиною. Родичам слід враховувати, що найкраще хворі з певними психічними розладами відчують себе, якщо в будинку існує певний порядок, правила і постійні обов'язки для кожного члена сім'ї. Потрібно постаратися встановити режим, відповідний можливостям хворого. Родичі можуть допомагати хворим в прищепленні навичок особистої гігієни, акуратного одягання, регулярного і акуратного прийому їжі, а також в правильному прийомі лікарських препаратів, контролі побічних ефектів медикаментів. Згодом можна доручати хворому якісь роботи по дому (миття посуду, прибирання квартири, догляд за квітами, за домашніми тваринами та ін.) І поза домом (покупки в магазині, відвідування пральні, хімчистки і ін.). Участь сім'ї в програмах психіатричного освіти - ще один її важливий внесок в психосоціальну реабілітацію хворого родича. Знання основ психології та психофармакології, вміння розбиратися в симптомах хвороби, освоєння навичок спілкування з хворою людиною в сім'ї дають реальну можливість знизити частоту загострень захворювання і повторних відвідувань фахівців.

3.2. Рекомендації щодо вдосконалення впровадження соціальних та реабілітаційних заходів

Здорове населення – це вагомий чинник нарощування добробуту населення, переходу до сталого розвитку, ефективного використання

людського потенціалу, також це об'єктивний критерій успішності проведених соціальних перетворень в суспільстві.

Споживачі фізичної та психічної допомоги – пацієнти і члени їх сімей тривалий час сприймалися як пасивні учасники процесу надання допомоги. У яких видах допомоги хворий потребує, визначали професіонали, не визнаючи в лікуванні потреб і власних бажань самих пацієнтів і їх родичів. В останні десятиліття становище змінилося, що пов'язано з розвитком руху споживачів медичної і в тому числі психологічної допомоги, створенням ними громадських організацій. Протягом вже тривалого часу в багатьох країнах значущість вкладу громадського руху в розвиток психологічної служби, в проведення програм фізичної та психосоціальної реабілітації не викликає сумнівів.

У Канаді, США, Англії, Японії, Австралії, Індії та багатьох інших країнах пацієнти та їхні родичі задовольняють частину своїх потреб через численні неурядові – громадські організації споживачів допомоги, в тому числі національні [37, с. 85].

Аналіз діяльності різних регіональних громадських організацій, що працюють в сфері фізичного і психічного здоров'я, показав, що цілі багатьох з них схожі – це інтеграція в суспільство осіб з порушеннями психічного здоров'я за допомогою їх соціально-психологічної та трудової реабілітації, захист їх прав та інтересів, зміна способу психічно хворого людини в суспільстві, взаємна підтримка психічно хворих та їх сімей, допомога в кризових ситуаціях, попередження інвалідизації. Іншими словами, діяльність громадських організацій спрямована на те, щоб підвищити якість життя психічно хворих та їхніх родичів. Громадські організації забезпечують також можливість спілкування, обміну досвідом, розвитку почуття причетності: родичі хворих бачать, що вони не самотні, що таких сімей дуже багато.

Функціями громадських об'єднань є:

- створення груп само- і взаємопідтримки;
- проведення групової розвиваючої роботи з пацієнтами різного віку, дозвіллевих програм;

- організація майстерень живопису, декоративно-прикладного мистецтва, театральних студій, літніх таборів відпочинку;
- проведення навчальних семінарів для родичів, а також для фахівців, що працюють з особистостями з психологічними проблемами.

У багатьох організаціях розроблені цікаві методики, накопичений багатий досвід роботи. Зарубіжний досвід показує, що в ряді країн рух споживачів значно вплинуло на політику в галузі фізичного та психологічного здоров'я. Відзначено важливість спільної діяльності громадських організацій та державних психіатричних установ по залученню уваги засобів масової інформації, органів охорони здоров'я, урядових кіл і суспільства в цілому до сучасних проблем психіатрії, зміни негативного образу психічно хворих і психіатричних установ.

У міру активізації руху споживачів допомоги правозахисна функція повинна отримати розвиток в плані лобювання інтересів психологічно хворих і членів їх сімей серед законодавців, політиків, громадських діячів, і робота з ними повинна бути постійною. Інший аспект правозахисної діяльності громадських організацій споживачів допомоги може бути пов'язаний із захистом самих психологічних установ, коли їм, наприклад, загрожує скорочення фінансування.

Важливим також є ініціювання родичів і самих пацієнтів для створення громадських організацій або груп підтримки. Саме фахівці можуть зіграти найважливішу роль на етапі становлення таких організацій. В подальшому фахівці повинні надавати організації допомогу в розвитку діяльності – постійно консультуватиме лідерів її або груп підтримки з питань освіти в області психології, в тому числі правових аспектів. Фахівці можуть також допомогти в складанні стратегічних планів організації. Вкрай корисною допомогою професіоналів громадським організаціям споживачів може бути випуск газет, буклетів, посібників. Таким чином, розвиток громадського руху споживачів психіатричної допомоги стає важливою ланкою в сучасній системі психологічної допомоги, здатним задовольнити багато потреб психічно хворих,

їх положення в суспільстві, знизити тягар хвороби, поліпшити якість життя пацієнтів і членів їх сімей.

Зважаючи на вищенаведене, вважаємо за необхідність розробки програми, за якою можуть в майбутньому працювати фахівці в сфері покращення фізичного та психічного здоров'я населення.

Програма «Соціальні та реабілітаційні заходи у сфері покращення здоров'я населення»

Мета програми – підвищення якості життя людей з проблемами фізичного та психічного здоров'я за допомогою подолання їх соціальної відчуженості, залучення в життя суспільства, формування активної громадянської та життєвої позиції.

Основні напрямки діяльності:

1. Соціально-психологічна та інформаційна підтримка.
2. Психологічна просвіта.
3. Психосоціальна та фізична реабілітація.
4. Проведення програм по зменшенню соціальної стигматизації та дискримінації людей з психологічними розладами та членів їх сімей.
5. Участь в розвитку громадського руху.
6. Випуск науково-популярної літератури з проблем фізичного та психічного здоров'я.
7. Проведення конференцій і семінарів з проблем фізичного та психічного здоров'я для фахівців і споживачів психологічної допомоги.

Програми:

1. Для пацієнтів з проблемами фізичного та психічного здоров'я:
 - Тренінги з розвитку навичок спілкування.

Мета – розвиток і вдосконалення навичок спілкування та впевненої поведінки в повсякденному житті;

 - Тренінги соціально-побутових навичок.

Мета – розвиток навичок незалежного життя в суспільстві, в тому числі самообслуговування, домоводства, навичок повсякденному житті;

– Арт-терапія.

Мета – розвиток особистості, активізація фантазії і творчості;

– Груп-аналітична психотерапія.

Мета – розвиток впевненості в собі, оволодіння практичними навичками гармонійного життя з іншими людьми, підвищення стійкості до стресу. (ізолюдія, майстерня декоративно-прикладного мистецтва, музична студія. Здійснюється лікувально-консультативна допомога з метою корекції лікування).

Результати комплексної роботи з пацієнтами свідчать про розвиток особистості, вироблення адекватної стратегії подолання з хворобою, формуванні відповідальності за свою соціальну поведінку, відновленні порушених соціальних контактів і підвищенні соціальної компетентності.

2. Для родичів пацієнтів:

– Програма психічної освіти.

Мета – інформаційна підтримка, формування партнерських відносин з оточуючими. Надаються знання про психічні захворювання і їх лікування, проводиться обговорення особливостей спілкування з членами сім'ї хворого, а також ознайомлення з сучасною системою психічної, соціальної, фізичної і правової допомоги;

– Груп-аналітична психотерапія.

Мета – розвиток навичок вирішення сімейних проблем, зниження стресу, пов'язаного з наявністю у члена сім'ї психічного захворювання, виявлення власних потреб, підвищення задоволеності життям. Заняття проводяться досвідченими фахівцями;

– Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне).

Мета – поліпшення психологічного стану родичів, надання їм емоційної підтримки.

3. Для родини в цілому:

– Дозвільна програма.

Мета – поліпшення дозвілля, гармонізація сімейних взаємин. Регулярно брати участь в святкових заходах, тематичні музичні вечори, які за традицією

закінчуються сімейним чаюванням. У підготовці та проведенні програми активну участь беруть усі члени організації.

– Просвітницька програма «Культурне дозвілля».

Мета – розвиток особистості, покращення дозвілля і відпочинку. У програму входить відвідування музеїв, концертів, виставкових залів, проведення екскурсій.

Висновки до розділу 3

Здорове населення – це вагомий чинник нарощування добробуту населення, переходу до сталого розвитку, ефективного використання людського потенціалу, також це об'єктивний критерій успішності проведених соціальних перетворень в суспільстві.

Останнім часом інтерес вчених, практичних працівників, самих пацієнтів і членів їх сімей до психосоціальної реабілітації зріс. В даний час існує велика кількість моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак, вчені і практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) у суспільство. При цьому самі пацієнти повинні відчувати себе не менш повноправними громадянами, ніж інші групи населення. З урахуванням сказаного, мету реабілітації можна визначити і так: це поліпшення якості життя і соціального функціонування людей з психічними розладами та фізичними вадами за допомогою подолання їх соціальної відчуженості, а також підвищення їх активної життєвої та громадянської позиції.

В нашій країні існують реабілітаційні центри, які спеціалізуються на конкретному напрямку – арттерапія, корекційні втручання, дозвілля, психотерапія та ін.

Поява цього напрямку обумовлена тим, що для ефективного вирішення виникаючих проблем людям, що страждають серйозними психічними розладами, необхідні певні знання, вміння, навички.

Зважаючи на вищенаведене, вважаємо за необхідність розробки програми «Соціальні та реабілітаційні заходи у сфері покращення здоров'я населення», за якою можуть в майбутньому працювати фахівці в сфері покращення фізичного та психічного здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

1. Поняття «соціальна робота» увійшло в соціально-гуманітарну літературу наприкінці XIX ст. у відповідь на соціальну потребу суспільства у змістовому відображенні практичної діяльності людей, які допомагали бідним. У сучасній науковій літературі це поняття розглядають у трьох основних значеннях: практична професійна діяльність із надання допомоги та підтримки людям, які опинились у скрутній ситуації; навчальна дисципліна з професійної підготовки фахівців із соціальної допомоги та підтримки населення; галузь наукових знань, яка ґрунтується на сукупності концепцій і теорій, досліджує принципи і закономірності, моделі та методи соціальної роботи, має об'єкт і предмет дослідження, систему наукових понять і категорій, сукупність методів дослідження.

Основне призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям адаптуватися до навколишніх умов, структур, механізмів, домогтися повноцінного життя в суспільстві.

2. Повнота людського життя обумовлюється здоров'ям. Здоров'я залежить від безлічі причин, в основі яких так чи інакше лежать соціально-психологічні закономірності. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічно здоровою варто вважати людину, у якої нормально розвинуті психічні функції, відзначається фізіологічне, духовне й соціальне благополуччя, а також збережена здатність адекватної адаптації до навколишнього природного і соціального середовища, активної виробничої та іншої діяльності.

3. Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на соціальному рівні розуміється

досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Людина з'являється на цьому рівні насамперед як істота соціальна. І природно: тут на передній план виходять питання впливу соціуму на здоров'я особистості. Психічне здоров'я переживає вплив із боку різних соціальних зв'язків.

4. Також прийнято розрізняти психічне, фізичне та соціальне здоров'я. Щодо соціального здоров'я, то є різні підходи до його визначення. Соціальна складова стосується функціонування людини в суспільстві: це її здатність зберігати та використовувати стосунки з іншими людьми, її соціальні зв'язки, ресурси, здатність до спілкування і його якість.

5. Психофізіологічна конструкція людини протягом життя зазнає певних змін, в першу чергу тому, що все більша соціалізація людини значно впливає на біологічні та психічні функції, хоча і досить повільно. Крім того, з віком у особистості спостерігаються природні зміни психофізіологічних процесів, і баланс між збудженням і гальмуванням все більше зсувається в бік гальмування. Вікові зміни роблять безсумнівний вплив на індивідуальні характерологічні особливості особистості.

Тому можемо стверджувати про необхідність використання соціальних та реабілітаційних заходів у сфері поліпшення фізичного і психічного здоров'я населення.

6. До теперішнього часу ще не існує єдиного критерію, за яким можна визначити стан здоров'я населення, наприклад, міста, регіону та ін. В міжнародній практиці прийнято використовувати комплексний підхід до визначення поняття «здоров'я населення». Необхідно підкреслити складність визначення поняття здоров'я населення, в зв'язку, з чим існує безліч визначень, але і в міжнародній практиці прийнято характеризувати індивідуальне здоров'я з трьох точок зору: філософського, теоретичного і практичного підходу.

В даний час для оцінки здоров'я населення застосовуються різні методики. На території України найбільш поширеною є комплексна оцінка здоров'я. У другій половині XX століття в розвинених країнах світу почали використовувати міжнародні інтегральні показники здоров'я населення.

7. Для забезпечення здоров'я населення важливе значення має диспансеризація населення, яка сама по собі передбачає формування груп здоров'я. Диспансеризація – система роботи лікувально-профілактичних установ, що полягає в активному динамічному спостереженні за здоров'ям певних контингентів населення, в вивченні умов їх праці і побуту, в забезпеченні їх правильного фізичного розвитку і збереження здоров'я, а також в попередженні захворювань шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів.

В охороні здоров'я історично визначилися і практично виправдали себе два основних принципи формування груп здоров'я, які підлягають диспансеризації: це соціальний і медичний принцип.

8. Реабілітація – це напрям сучасної медицини, яка в своїх різноманітних методах спирається, перш за все, на особистість пацієнта, активно намагаючись відновити порушені хворобою функції людини, а також його соціальні зв'язки. Також реабілітація – це відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними і соціальними чинниками.

9. Три види реабілітації (медична, трудова і соціальна) відповідають трьом класам наслідків хвороб: медико-біологічні наслідки хвороб, які полягають в відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу; зниження працездатності або працездатності в широкому сенсі слова; соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків з сім'єю і суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного захворювання і його реабілітація – зовсім не одне і те ж, так як крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність, соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

10. Останнім часом інтерес вчених, практичних працівників, самих пацієнтів і членів їх сімей до психосоціальної реабілітації зріс. В даний час існує велика кількість моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак, вчені і практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) у

суспільство. При цьому самі пацієнти повинні відчувати себе не менш повноправними громадянами, ніж інші групи населення. З урахуванням сказаного, мету реабілітації можна визначити і так: це поліпшення якості життя і соціального функціонування людей з психічними розладами та фізичними вадами за допомогою подолання їх соціальної відчуженості, а також підвищення їх активної життєвої та громадянської позиції.

11. В нашій країні існують реабілітаційні центри, які спеціалізуються на конкретному напрямку – арттерапія, корекційні втручання, дозвілля, психотерапія та ін.

Поява цього напрямку обумовлена тим, що для ефективного вирішення виникаючих проблем людям, що страждають серйозними психічними розладами, необхідні певні знання, вміння, навички.

12. Зважаючи на вищенаведене, вважаємо за необхідність розробки програми «Соціальні та реабілітаційні заходи у сфері покращення здоров'я населення», за якою можуть в майбутньому працювати фахівці в сфері покращення фізичного та психічного здоров'я населення.

ВИКОРИСТАНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДЖЕРЕЛА

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1996. – 272 с.
2. Амосов Н.Н. Раздумья о здоровье / Н.Н. Амосов. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 197 с.
3. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: Учебное пособие / В.А. Ананьев. – СПб.: Питер, 1998. – 235 с.
4. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
5. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
6. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психол. журн.– 1997.– Т. 18.– № 5.– С. 7–18.
7. Белікова Н.О. Основи фізичної реабілітації в схемах і таблицях: [навч.-метод. посіб.] / Н.О. Белікова, Л.П. Сущенко. – Київ : Козарі, 2009. – 74 с.
8. Богдановська Н.В. Фізична реабілітація різних нозологічних груп: навч. посіб. / Н.В. Богдановська. –Запоріжжя: ЗДУ, 2012. – 136 с.
9. Булич Е.Г., Мурахов І.В. Теоретичні основи валеології: Навч. посібник / Е.Г. Булич, І.В. Мурахов.–К.: ІЗМН, 1997.– 224 с.
10. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф.Р.Филатов. – М.: Изд. Центр «Академия», 2001. – 352 с.
11. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека (эталон, представления, установки): Учебное пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Знание, 2001. – 321 с.
12. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації: навч.посіб. / А.С.Вовканич. – Львів: ЛДУФК, 2013. – 184 с.
13. Водопьянова Н. Е., Ходырева Н. В. Психология здоровья // Вестник ЛГУ. –

2010. – Сер. 6. – Вып 4. – С. 36-43.
14. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика / І. Галецька., Т. Сосновський. – Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.
 15. Гончаренко М.С., Бойчук Ю.Д. Екологія людини: навч. посіб / М.С. Гончаренко, Ю.Д. Бойчук. – Суми: Університетська книга; К.: ВД «Княгиня Ольга», 2005. – 394 с.
 16. Грибан В.Г. Валеологія: навч. посібник для студентів ВНЗ / В.Г. Грибан. – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 256 с.
 17. Грига І.М. Соціальна робота в охороні здоров'я: Метод, рекомендації по проведенню навч. курсу для магістеріуму / Школа соціальної роботи Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.» – К.: Вид. дім «КМ Academia», 2001. – (Методична серія). – 82 с.
 18. Гурвич И.Н. Социальная психология здоров'я / И.Н. Гурвич. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 1021 с.
 19. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: монографія / За ред. П. М. Гусака. – Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. – 219 с.
 20. Данилова Е.Е. Жизненная стойкость и психическое здоровье // Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной.– 2-е изд.– Екатеринбург: Деловая кн., 2000. – С. 115–128.
 21. Демчук С. Соціальна інтеграція та реабілітація неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання/ Світлана Демчук, Олександр Куц. – Львів: Укр. технології, 2003. – 147 с.
 22. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М.Білінської, проф. Я.Ф.Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. – 396 с.
 23. Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. проф. Г.С.Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.

24. Діагностичні підходи до визначення стану духовного і морального здоров'я особистості: навч. посіб. для проведення практ. занять / укл. проф. М. С. Гончаренко, доц. Е.Т. Караченська, В.Є. Новікова. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2006. – 157 с.
25. Єфімова В.М. Здоров'язбережувальна діяльність у школах здоров'я: зарубіжний досвід // Порівняльно-педагогічні студії. – 2012. – № 3 (13). – С. 98-103.
26. Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ. – «Основи законодавства України про охорону здоров'я». – ВВР. – 1993. – № 4, ст. 19.
27. Залеський І.І., Клименко М.О. Екологія людини: підр. – К.: ВЦ «Академія», 2005. – 288 с.
28. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод, матеріали до тренінгу / Авт.-упоряд. Н.В. Зимовець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2014. – С. 92-156.
29. Здоров'я – моя цінність: Метод, матеріали до тренінгу / Автор-упоряд.: О.М. Петрик; За заг. ред. І.Д. Зверевої. – К.: Наук, світ, 2005. – 53 с.
30. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентации человека. – М.: Наука, 2000. – 293 с.
31. Іващук Л. Ю., Онишкевич С. М. Валеологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2010. – 400 с.
32. Козак Д.В., Коваль В.Б., Шафранський В.В. Щоденна рухова активність – запорука міцного здоров'я під час навчання студентів спеціальності «Здоров'я людини» / Д.В. Козак, В.Б. Коваль, В.В. Шафранський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 2 (64). – С. 28–31.
33. Корнієнко О.В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Навч. посібник / О.В. Корнієнко. – К.: Вид.центр “Київський університет”, 2000. – 126 с.
34. Корнієнко О.В. Психологічна безпека освітнього середовища в працях сучасних фахівців / О.В. Корнієнко // Теорія і практика сучасної психології. – 2017. – № 2. – С. 12-16 .

35. Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: [за ред. І. Я. Коцана]. – Луцьк : РВВ – Вежа, Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2011. – 316 с.
36. Куликов Л.В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, чувств и психологической устойчивости личности. Описание методик, инструкции по применению / Л. В. Куликов. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
37. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе / У. Лоренц. – К.: Знание, 1997. – 145 с.
38. Лукашевич М.П. Теорія і методи соціальної роботи. Навч. посіб. – 2-ге вид., доп. і випр. / М.П. Лукашевич, І.І. Мигович. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.
39. Магістеріум. Соціальна робота і охорона здоров'я / Ред.: В.С. Брюховецький. – К.: Нац. ун-т «Києво-Могилян. акад.», – 2004. – Вил. 15. – 91с.
40. Магльована Г.П. Основи фізичної реабілітації / Г.П. Магльована. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 147 с.
41. Магльований А.В. Організм та особистість. Діагностика та керування / А.В. Магльований, В.М. Белов, О.Б. Котова. – Львів: Медична газета, 1998. – 250 с.
42. Маслоу Абрахам. Мотивация и личность / Абрахам Маслоу. – Сб.: Питер, 2014. – 305 с.
43. Медико-біологічні основи валеології: навч. посіб. для студентів ВНЗ / під ред. П. Д. Плахія. – Кам'янець-Подільський, 2000. – 235 с.
44. Медицинская реабилитация: учеб. для студ. и врачей / под общ. ред. В.Н. Сокрута, Н.И. Яблучанского. – Краматорск: Каштан, 2015. – 575 с.
45. Методичні підходи до проведення занять на кафедрі фізичної реабілітації, здоров'я людини та фізичного виховання / Д. В. Козак, Н. О. Давибіда, В. В. Шафранський та ін. // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Досягнення і перспективи впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах

- України» (15-16 травня 2014 р.). – Частина 1. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига». – 2014. – С. 237-239.
46. Моделювання та впровадження програм щодо формування здорового способу життя / Під заг. ред. І. Зверевої та Г. Лактіонової. – К.: Наук, світ, 2000. – 59 с. – (Благополуччя дітей та молоді: можливості соціальної роботи (у рамках проекту «Соціальна освіта в Україні»). – К: Наук, світ, 2000. – 59 с.
47. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога / Р.В. Овчарова. – М.: Знание, 2009. – 289 с.
48. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2002.
49. Папська А.И. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: Навч. посіб. — К.: УДЦССМ, 2001. — 219 с
50. Понад 60% українців не ходять до лікарів – опитування – [Електронний ресурс] / BBC Україна. – 2017. – 24 січня. – Режим доступу: <http://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-38735929>
51. Попович Г.М. Соціальна робота в Україні і за рубежом: Навч.-метод. Посібник // Г.М. Попович. – Ужгород: Вежа, 2013. – 158 с.
52. Потапчук Л.В. Психологічні особливості становлення особистісної зрілості в різних умовах соціалізації / Л. В. Потапчук // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред С. Д. Максименка. –Т. 2. –Ч. 6. –К., 2000. – С. 37-41.
53. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.
54. Практична соціальна робота / Ред. П. Картер — К.: Асоціація психіатрів України, 1996. — 184 с.
55. Психическая и психофизическая адаптация человека / Ред. О.О. Попов. – Л.: Наука, 1988. – 295 с.
56. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич и др. / Под ред. Е. С. Никифорова.– СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 2000.– 504 с.

57. Психология здоровья человека / Г.В. Ложкин, О.В. Носкова, И.В. Толкунова [Под ред. В. И. Носкова]. – Севастополь: Вебер, 2003.– 257 с.
58. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.– СПб.: Питер, 2003.– 607 с.
59. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. — СПб., Питер, 2006. – 607 с.
60. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Навчальний посібник: М.С.Корольчук, В.М.Крайнюк, А.Ф.Косенко, Т.І.Кочергіна. Загальна редакція М.С.Корольчука. – К.: Фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с.
61. Психосоматика: взаємозв'язок психіки и здоров'я: Хрестоматія / Сост. К. В. Сельченко. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2001. – 604 с.
62. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д.Я. Райгородский. – Самара: Изд. Дом «БАХРАХ–М», 2017. – 672 с.
63. Рева О.М. Здоровий спосіб життя як предмет наукового аналізу // Актуальні проблеми сучасної психології: реалії та перспективи розвитку. Збірник матеріалів конференції, 15 квітня 2008 року / За заг. ред. Н.К.Вічалковської. – Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2008. – С. 154-160.
64. Рева О.М. Методологічні основи формування емоційної стійкості у осіб ранньої юності // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб.наук.праць Інституту психології ім.Г.С.Костюка АПН України / За ред. С.Д.Максименка. – К., 2002. – Т.4. – Ч.3. – С.215-224.
65. Рингач Н.О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія / Н.О. Рингач. – К.: НАДУ, 2009. – 296 с.
66. Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. – Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. – ОВУ. – 2017. – № 2, с. 175, ст. 50.
67. Розпорядження КМУ від 31.10.2011 р. № 1164-р. – Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». – ОВУ. – 2011. – № 90. – ст. 3273. – 32 с.

68. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни / Пер. с польск. – М.: Прогресс, 2015. – 383 с.
69. Секач М.Ф. Психология здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. – М.: Гаудеамус, 2009. – 192 с.
70. Серова И.А. Философия здоровья. Учеб. пособ. для студ. вузов. – Пермь: Прогресс, 2014. – 302 с.
71. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе: метод. пособ. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
72. Социальная работа / Под общ. ред. В.И.Курбатова. – Рн/Д: КТПН, 2000. – 180 с.
73. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА, 2001. – 350 с.
74. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА, 2001. – С. 261-270.
75. Соціальна робота: навчальний посібник / С. Косянчук, В. Сидоров. – Книга II. – К.: ДЦССМ, 2012. – 440 с.
76. Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / А.Й. Кепська, О.В. Безпалько, Р.Х. Вайнола, О.В. Вакуленко, О.Г. Карпенко; Держ. центр соц. служб для молоді М-ва України у справах сім'ї, дітей та молоді; Ін-т соц. роботи та управління Нац. пед. ун-ту ім. М.П. Драгоманова. — К.: ДЦССМ, 2004. — 362 с.
77. Старикова Л.Д., Стариков С.А. Методы педагогического исследования: учеб. пособ. – Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2010. – 336 с.
78. Стратегические документы. Важные заявления, декларации и т.п., относящиеся к политике ВООЗ в Европейском регионе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents>
79. Сучасні підходи у сфері охорони здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимовець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко, За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Наук, світ, 2003. – 95 с.

80. Трофімов Ю.Л. та ін. Психологія: підручник. – К.: Либідь, 2001. – 560 с.
81. Успенська В. Впровадження здоров'язберігальних технологій у загальноосвітньому навчальному закладі – вимога часу // Рідна школа. – 2009. – № 4. – С. 44 – 47.
82. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы / Моск. гос. соц. ун-т. – М.: Гуман. изд. центр «ВЛАДОС», 2001. – 351 с.
83. Форми організації дозвілля дітей та молоді / Упоряд.: В.В. Молочний, С.О. Моньков, О.В. Безпалько; За заг. ред. І.Д. Зверєвої. – К.: Наук, світ, 2005. – 58 с.
84. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гофмана и Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
85. Хижняк М., Нагорни А.М. Здоров'я людини та екологія. – К.: Здоров'я, 1995. – 229 с.
86. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 1999. – 608 с.
87. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник / В.Б. Шапар. – Х.: Прапор, 2007. – 640 с.
88. Юнг К. Г. Психологические типы / К.Г.Юнг. – СПб.: Ювента, 1995.– 252 с.
89. Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development, Cambridge, 1982. – 452 p.
90. Goldstein E.G. Ego psychology and social work practice, N.Y., 1984. – 286 p.
91. Matarazzo J.D. Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology // American Psychologist. – 1980. – Vol. 35(9). – P. 807–817.