**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення психологічних чинників порушень здорового способу життя у молоді**

**1.1. Теоретичний аналіз феномену здоров’я та здорового способу життя в психології**

У підрозділі викладено результати аналізу літературних джерел з відповідної тематики, проаналізовано й узагальнено основні підходи до аналізу проблеми здоров’я людини та поведінки в сфері здоров’я.

На сьогоднішній день не має єдиного наукового визначення поняття «здоров'я».

Багато дослідників пропонують різноманітні його критерії. Зокрема, виділяють чотири моделі здоров’я: медичну, біомедичну, біосоціальну та ціннісносоціальну.

Зі здоров'ям і здоровим способом життя (ЗСЖ) пов'язують поведінку, яка спрямована на його збереження і зміцнення.

Журавльова І. В. трактує здорову (здоров’язберігаючу) поведінку як систему дій і установок особистості, спрямованих на збереження здоров'я.

Показниками такої поведінки є наявність або відсутність шкідливих звичок, рівень інформованості щодо ризиків у сфері здоров'я, цінність здоров'я і міра активності в його підтримці.

Степто А. й Уордл Дж. визначають поведінку, що пов’язана з ризиком для здоров'я (Health-risk behavior) як будь-яку діяльність, здійснювану людиною з частотою або інтенсивністю, що збільшує ризик захворювання або травматизму.

Представники західної психології розробили мотиваційні моделі поведінки, для передбачення поведінки людини в сфері здоров'я в певний проміжок часу, а також для виявлення змінних, які визначають поведінку відносно здоров'я та оцінки їх здатності прогнозувати його: модель віри в здоров'я (Розенсток А.), теорія мотивації захисту (почала розроблятися Роджерсом Р.), теорія розумних дій (Фишбен М., Айзен І.), теорія запланованої поведінки (Фишбен М., Айзен І.), соціально-когнітивна теорія (Бандура А.), теорія реалізації намірів (Голватзер П., Брандстьоттер В.), теорія мети (Богоззі Р.), транстеоретична модель зміни (Прочаска Дж., ДіКлементе К.), модель активного підходу до здоров'я (Шварцер Р.).

Все частіше з'являються дослідження, в яких виявляються причини порушень ЗСЖ. А саме, виявлені особистісні особливості, що сприяють залученню до паління тютюнових виробів: низька самооцінка, підвищена тривожність, труднощі в соціальній адаптації, схильність до ризику.

Серед рис, що провокують надмірну вагу, визнають: низьку самооцінку, слабкий рівень самоконтролю, нав'язливу поведінку, високий рівень тривожності.

Схильність до ризику обумовлюється: прагненням до пошуку нових відчуттів, завзятістю, екстраверсією, нейротизмом, імпульсивністю, егоцентризмом.

Тобто, існують підтвердження взаємозв’язку між особистісними особливостями та поведінкою, що призводить до втрати здоров’я, але таких відомостей дуже бракує.

Аналіз світового ретроспективного досвіду формування здоров'я молодого покоління дав змогу виявити основні тенденції у їх пошуку, виокремити найбільш вдалі здобутки з питань здорової раціоналізації суспільного та індивідуального стилю життя в різні соціально-історичні формації, осмислити ступінь їх прийнятності в умовах сучасної університетської освіти.

Так, у процесі використання методу теоретичного аналізу й синтезу в різних його поєднаннях (історико-порівняльному, системному і логічному) вдалося сформувати вихідну настанову дослідження, яка полягає в тому, що поряд із культивуванням здоров'я в соціальній практиці незмінно має здійснюватися процес індивідуального оволодіння, присвоєння здорового стилю поведінки в онтогенетичному розвитку окремого індивіда.

Широкий діапазон залучених до аналізу інформаційних джерел дозволив здійснити поетапне висвітлення розвитку і становлення проблеми формування здоров’я молоді як предмету наукового пізнання у ХХ ст. – початку ХХІ ст., що створило теоретичне підґрунтя для виявлення особливостей становлення і розвитку наукової проблеми формування здоров’я молоді в соціальному, філософському та психолого-педагогічному аспектах.

У процесі узагальнення науково-педагогічної спадщини класиків педагогіки здійснено аналіз їх внеску у фундацію проблеми формування здоров'я молодого покоління, що полягав у визначенні пріоритету охорони здоров'я дітей; реалізації принципів здоров'язбережувальної педагогіки в умовах освітнього закладу; формулюванні положення щодо важливості включення інформації про збереження і зміцнення здоров'я молоді у зміст професійної освіти.

Дослідження чинної в Україні нормативно-правової бази формування здоров'я молодого покоління довело, що в державі є реальне підґрунтя щодо реалізації в освітній сфері завдань збереження і зміцнення здоров'я студентської молоді шляхом створення позитивної мотивації на свідомий вибір здорового стилю організації життєдіяльності.

Теоретичний аналіз проблем формування здоров'я студентської молоді у період набуття університетської освіти показує, що рівень дослідження означеної проблеми не забезпечує достатньо обґрунтованого пояснення низки явищ, що виникають під час засвоєння навчальної інформації з питань збереження і зміцнення здоров'я, зокрема в процесі валеологічної освіти і виховання.

Одним із них є своєрідний когнітивно-поведінковий дисонанс, коли, незважаючи на суб'єктивні передумови (висока академічна успішність, некритичне прийняття зразків здорового стилю життя тощо), діяльність студентів не відповідає принципам формування здоров'я, не забезпечує достатнього рівня їх активності щодо вибору здорового стилю організації життєдіяльності.

При визначенні перспективних напрямів опанування студентами сучасного багатопрофільного вищого закладу освіти знаннями і компетентностями у сфері формування здоров'я була прийнята настанова на засвоєння способів раціоналізації (корекції) повсякденного життя, критерієм якої є не кінцевий результат, а проміжна поведінка, що характеризується тривалою в часі, систематичною, усвідомленою діяльністю індивіда щодо поліпшення успадкованих резервів фізичного та психічного здоров'я як основи якісного виконання біологічних і соціальних (професійних) функцій, духовного розвитку, досягнення життєвого і професійного довголіття.

Аналіз специфіки періоду набуття студентами університетської освіти дав змогу виявити складний характер поєднання провідних видів діяльності (навчальної, виховної та організаційної), що зумовило необхідність обґрунтування педагогічних умов проектування здоров’язбережувальних технологій в умовах багатопрофільного вищого закладу освіти.

Дослідження теоретичних і практичних основ формування здоров'я молоді в умовах сучасної університетської освіти виявило ефективність дотриманням низки педагогічних умов, серед яких важливими є такі: цілісність, безперервність процесу опанування знаннями і набуття компетентностей організації здорової життєдіяльності студентів; використання предметного поля навчальних дисциплін, зміст яких становить методологічне, теоретичне і прикладне підґрунтя формування здоров'я студентів; орієнтація процесу навчання, складником якого є засвоєння ретродосвіду формування здоров'я молоді, на суб'єктну позицію студента як носія індивідуального досвіду і способу життя; мотиваційне забезпечення діяльності студента, що ґрунтується на пізнавальній активності, діалогічності, креативності, практичній значущості навчального процесу для кожного суб'єкта діяльності та вільному виборі його позиції; залучення студентів до діяльності, яка моделює їх майбутню професійну працю; реалізація у процесі формування здоров'я студентської молоді принципів пріоритетності гуманістичних цінностей, демократизму, індивідуалізації, самопізнання та саморозвитку.

**1.2. Психологічні особливості становлення у молоді відповідального ставлення до власного здоровʼя**

Початок нового тисячоліття наша держава зустріла з розумінням неминучої цінності для суспільства фізичного і психічного здоров’я кожного з його членів, необхідності турботи про здоров’я нації.

Одним із найбільш перспективних напрямків удосконалення системи охорони здоров’я населення України є становлення і розвиток сімейної медицини, яка покликана забезпечити первинну медико-соціальну допомогу.

Як засвідчують дані світової статистики, близько 80% усіх питань, пов'язаних зі здоров'ям, в розвинених країнах сьогодні розв'язують саме в первинній ланці, без направлення на дорожчі етапи вторинної і третинної медичної допомоги.

Це дає змогу заощаджувати кошти, поліпшувати взаєморозуміння лікаря та пацієнта.

Успішне функціонування такої системи стає можливим лише при застосуванні всебічного (холістичного) підходу до проблем хворої людини, який передбачає не лише діагностику та лікування певного захворювання, а й урахування соціальних, культурологічних, психологічних, екзистенціальних особливостей пацієнта і його родини.

Одним із засадничих принципів такого підходу є зосередженість на профілактичній діяльності, якою сьогодні (окрім, можливо, профілактичних щеплень) практично не займаються лікарі.

Хоча достеменно відомо: запобігти захворюванню - означає зберегти здоров'я! Реалізувати такий підхід покликаний лікар нової для України спеціальності: лікар загальної практики-сімейної медицини.

За визначенням Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA), сімейний лікар є спеціалістом, який надає потрібну первинну медико-санітарну допомогу всім членам родини незалежно від віку, статі і характеру виниклої проблеми з урахуванням психологічних, соціальних, культурних особливостей особистості пацієнта і сім'ї.

Таким чином, сімейний медпрацівник має стати основною постаттю первинної ланки охорони здоров'я. А щоб виконати свій професійний обов'язок, він має володіти широким колом знань і навичок, має бути психологом - для встановлення взаємодовірливих стосунків з членами родини різного віку, бути авторитетом для пацієнта та членів його родини, знати юридичні права і обов'язки пацієнта і лікаря; уміти допомогти пацієнтам у розв'язанні низки медико-санітарних, соціальних, психологічних питань.

Зі зміною акцентів у ключових парадигмах системи охорони здоров’я населення у сімейній медицині майбутнього гостро постає питання відповідальності медичного працівника за здоров’я свого пацієнта.

Проте ефективність збереження його здоров’я залежить не лише від старанності виконання медичних маніпуляцій, але й від ефективності формування у населення відповідального ставлення до збереження та зміцнення власного здоров’я. Загальновизнаним у цьому відношенні є той факт, що формування такого ставлення має своє психологічне підґрунтя, а його становлення є доцільним в період інтенсивного становлення самосвідомості особистості – в дитячому та молодому віці.

У нашій роботі зроблено акцент на аналізі психологічних особливостей та факторів формування відповідального ставлення особистості до збереження і зміцнення власного здоров’я.

На основі психологічного трактування поняття «ставлення» [2] сформульоване поняття „ставлення до здоров'я".

Ставлення до здоров'я - це система індивідуальних, селективних зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також певну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану, оптимально організовану самою людиною життєдіяльність, що сприяє збереженню здоров'я, особистісному росту, творчому функціонуванню [1].

Будучи обумовленим об'єктивними обставинами і визначеною рушійними силами діяльності і поведінки особистості, ставлення до здоров'я конкретно проявляється у діях і вчинках, переживаннях, вербально реалізованих думках і судженнях людей щодо чинників, що впливають на їх фізичне і психічне благополуччя.

Ставлення до здоров'я - один з елементів самозберігаючої поведінки, і володіючи всіма характеристиками психічного ставлення, містить три основні компоненти: когнітивний, емоційний і мотиваційно-поведінковий.

Когнітивний компонент характеризує знання людини про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності, знання основних чинників, що роблять як негативний (ушкоджуючий), так і позитивний (зміцнюючий) вплив на здоров'я людини і т.п.

Емоційний компонент відображає переживання і почуття людини, пов'язані зі станом її здоров'я, а також особливості емоційного стану, обумовлені погіршенням фізичного або психічного самопочуття людини.

Мотиваційно-поведінковий компонент визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних та інструментальних цінностей людини, особливості мотивації в області здорового способу життя, а також характеризує особливості поведінки у сфері здоров'я, ступінь прихильності людини здорового способу життя, особливості поведінки у разі погіршення здоров'я.

Ставлення до здоров'я - одне з центральних, але поки що дуже слабо розроблених питань психології здоров'я.

Пошук відповіді на нього зводиться, по суті, до одного: як добитися того, щоб здоров'я стало провідною, органічною потребою людини протягом всього її життєвого шляху, як допомогти людям сформувати адекватне ставлення до свого здоров'я.

При цьому точніше говорити про ступінь адекватності або неадекватності, оскільки в реальному житті виділення діаметрально протилежних типів ставлення до здоров'я - адекватного і неадекватного - практично неможливе.

Критеріями ступеня адекватності/неадекватності ставлення до здоров'я, що емпірично фіксуються, можуть служити [1], [3], [4]:

• на когнітивному рівні - ступінь обізнаності або компетентності людини в області здоров'я, знання основних чинників ризику і антиризику, розуміння ролі здоров'я в забезпеченні ефективності життєдіяльності та довголіття;

• на емоційному рівні - оптимальний рівень тривожності щодо здоров'я, уміння насолоджуватися станом здоров'я і радіти йому;

• на мотиваційно-поведінковому рівні - висока значущість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь сформованості мотивації на збереження і зміцнення здоров'я, ступінь відповідності дій і вчинків людини вимогам здорового способу життя, а також нормативним вимогам медицини, санітарії та гігієни;

• відповідність самооцінки індивіда фізичному, психічному і соціальному стану свого здоров'я.

Узагальнюючи результати експериментальних досліджень, слід зазначити парадоксальний характер ставлення до здоров'я сучасної людини, тобто невідповідність між потребою людини в хорошому здоров'ї, з одного боку, і її зусиллями, спрямованими на збереження і зміцнення свого фізичного і психологічного благополуччя, з іншого.

Мабуть, витоки невідповідності криються в тому, що формуванню адекватного ставленню людини до власного здоров'я перешкоджає цілий ряд причин.

До останніх різні автори [1], [3], [4] відносять ряд феноменів:

1. Потреба в здоров'ї актуалізується, як правило, у разі його втрати. Здорова людини не помічає свого здоров'я, сприймає його як природну даність. В стані повного фізичного і психічного благополуччя потреба в здоров'ї ніби не помічається людиною, випадає з поля її зору.

Вона вірить в його непорушність і не вважає потрібним, оскільки отже все добре, робити якісь спеціальні дії щодо збереження і зміцнення здоров'я.

2. Дія механізмів психологічного захисту, мета яких - виправдання нездорової поведінки.

У сфері здоров'я найбільш поширені такі види психологічних захистів, як заперечення і раціоналізація.

Так, механізм дії психологічного захисту по типу заперечення полягає в блокуванні негативної інформації «на вході» (наприклад, «цього не може бути») або в прагненні уникнути нової інформації (наприклад, «мені не треба проходити медичний огляд, оскільки я абсолютно здоровий»).

Раціоналізація в основному використовується для виправдання неадекватного ставлення до здоров'я на поведінковому рівні.

3. Установка на пасивне ставлення до здоров'я, що знаходить віддзеркалення в міркуваннях типу «якщо людині судиться захворіти, що б вона не робила, все одно захворіє», обумовлює відповідну поведінку, яка рано чи пізно приводить до ослаблення здоров'я.

Так, досить типова ситуація, коли люди, переживаючи хворобливі відчуття, не проявляє належної активності, спрямованої на їх усунення.

Одна з основних причин такої установки криється в нестачі необхідних знань про здоров'я, про способи його формування, збереження і зміцнення.

4. Вплив минулого досвіду людини. Значна частина самозберігаючої поведінки визначається і опосередковується уявленнями (або переконаннями) людини про здоров'я, які формуються в процесі індивідуального розвитку.

В першу чергу це обумовлено вибірковістю сприйняття, завдяки якій вся інформація, що поступає із засобів масової інформації, від фахівців-лікарів або з інших джерел, але яка не відповідає складеним переконанням людини, просто не сприймається нею або піддається критиці.

Отже, і вірогідність слідування рекомендаціям щодо зміцнення здоров'я, які не співпадають або розходяться з вищеназваними уявленнями, буде невисокою.

5. Ефект теорії реактивності виявляється при плануванні, розробці і оцінці ефективності реклами здорового способу життя, яке часто будується не на пропаганді зберігаючих здоров'я формах поведінки, а на забороні «шкідливих» звичок (наприклад, «Палити небезпечно для Вашого здоров'я!»).

Насправді сувора заборона небезпечна: чим сильніше заборони, тим більше вірогідність, що вони викличуть зворотну реакцію і викличуть інтерес до забороненої теми.

Основна ідея теорії реактивності полягає в тому, що коли люди відчувають, що їх свобода чинити за своїм бажанням перебуває в небезпеці, у них виникає неприємний стан реактивності, а позбавитися його можна, лише вчинивши заборонений вчинок (наприклад, закурити).

6. Особливості соціального мікро- і макрооточення.

В рамках теорії соціального научіння Альберта Бандури соціальне схвалення розглядається як надзвичайно сильний мотивуючий чинник, що змушує людей терпіти навіть фізичний дискомфорт, якщо вони розраховують на те, що їх поведінка викличе схвалення значущих для них інших людей.

Прикладом негативного впливу соціального оточення може служити ситуація, коли підліток вперше пробує палити, у нього виникають украй неприємні відчуття, але він продовжує палити, якщо вважає, що куріння допоможе йому дістати схвалення з боку однолітків.

7. Дія ефекту затриманого зворотного зв'язку - одна з головних причин негігієнічної поведінки людей, зневажання ними правил здорового способу життя.

Так, люди вважають за краще не обтяжувати себе роботою над власним здоров'ям, оскільки результат від витрачених зусиль не відразу може бути помітний, очевидний.

Заняття ранковою зарядкою, якимось видом оздоровчих систем, загартуванням приносять відчутний позитивний результат далеко не відразу, а через місяці або навіть роки.

Не одержавши швидкого ефекту від корисних для свого здоров'я дій, люди часто їх кидають і можуть не повернутися до них вже ніколи.

Проблема корекції нездорової поведінки також ускладнюється дією вищеназваного ефекту: нездорова поведінка часто приносить миттєве задоволення, а довготривалі негативні наслідки таких вчинків здаються далекими і маловірогідними.

Крім того, нерідко люди просто не усвідомлюють, з якою небезпекою пов'язана та або інша нездорова поведінка (порушення у сфері харчування, особистої гігієни, режиму праці і відпочинку, побутової культури).

8. Відсутність державної політики в області здоров'я.

Час від часу з'являється «мода» на здоров'я, але немає спроб поставити задачу збереження і зміцнення здоров'я в довгостроковій перспективі як державну проблему.

Формування ставлення до здоров'я - процес досить складний, суперечливий і динамічний. Він детермінований двома групами чинників [4]:

1. внутрішні чинники: демографічні (зокрема стать, вік, національність), індивідуально-психологічні і особові особливості людини, стан здоров'я;

2. зовнішні чинники: характеристики навколишнього середовища, зокрема особливості соціального мікро- і макросередовища, а також професійного середовища, у якому знаходиться людина.

На закінчення хотілося б ще раз звернути увагу на те, що корекція несприятливих особливостей того або іншого ставлення, як відомо, - тривалий і часто хворобливий для особистості процес, пов'язаний з подоланням внутрішніх конфліктів і негативних емоційних переживань.

У зв'язку з цим особливе значення набуває цілеспрямоване формування правильного ставлення до здоров'я на ранніх етапах розвитку особистості: в процесі виховання в сім'ї і навчання в школі. В цьому відношенні адекватними стануть поради сімейного лікаря чи медичної сестри у роботі з усією сім’єю.

**1.3. Основні принципи збереження здорового способу життя у молоді**

Здоров'я - безцінний капітал не тільки окремої людини, але й народу, нації, держави. Між тим, всі більш-менш помітні соціальні зрушення здійснювались переважно за рахунок здоров'я і навіть життя людини. Жертовність споконвіків була незмінним супутником прогресу.

Цінність життя і здоров'я займала чи не останню позицію в ієрархії цінностей, яких дотримувались люди у всі історичні часи. І хоча настанови древніх переповнені гімнів здоров'ю людини, своєрідне „благоговіння перед життям", навіть, сьогодні все ще не стало нормою поведінки більшості народів світу. З другого боку, здорова людина завжди слугувала у якості ідеалу. її вітали, їй поклонялись, визнавали у якості героя.

Цінність здоров'я, скоріш, домінувала у суспільстві як ідеальна цінність. І лише сьогодні, як крайня міра у середовищі цивілізованих народів світу, зрештою з'являється можливість утвердити здоров'я як дійсну цінність.

Питаннями збереження здоров'я та забезпечення здорового способу життя стали предметом досліджень багатьох учених, серед яких у межах даної публікації були розглянуті праці І. В. Іванової,    С. В. Кириленко, В. М. Копи, Л. А. Лєпіхової, Т. М. Титаренко, К. А. Шуляк.

Як зазначають дослідники, процес сприяння покращенню здоров'я базується на певних принципах: емансипації, позитивності, активізації потенціалу, участі, мережевої взаємодії соціального підкріплення, надання можливостей, партнерства.

Принцип емансипаціїозначає самовизначення у питаннях здоров'я і орієнтований на позитивний результат.

В Оттавській хартії сприяння здоров'ю підкреслюється важливість самовизначення, самостійності і самодопомоги як окремої особистості, так і груп людей у питаннях здоров'я.

Принцип активізації потенціалуозначає встановлення контролю людини над власною свідомістю та способом життя, розширення можливостей життєвого самовизначення людини.

У стратегії активізації потенціалу можна виокремити такі складові: постійне підкріплення активного і позитивне світосприймання; розвиток здібностей і ресурсів, спрямованих на досягнення індивідуальних і суспільних цілей; придбання знань і навичок, які допомагають критичному сприйняттю соціальних і практичних взаємин та власного соціального оточення [12].

Принцип участі.Участь - поняття багатоаспектне і багатокомпонентне. Однією з його складових є громадська участь - активні законні дії громадян, спрямовані на сприяння реалізації прав людини на здоров'я і досягнення загального благополуччя.

Принцип участі передбачає залучення особи, груп, громади до процесу планування, підготовки та проведення оцінки певних програм і заходів сприяння здоров'ю.

Принцип надання можливостейсприяння самодопомозі реалізується через створення умов, що дають індивіду не просто можливість упевненого існування (тобто безпечного та підтримуючого середовища), а й відкривають йому можливості для навчання і розвитку, а саме, доступу до інформації, допомоги у набутті життєвих навичок.

Забезпечення індивідуальних можливостей, це, перш за все, забезпечення здатності індивідуума приймати рішення і контролювати своє особисте життя.

В основу принципу мережевої взаємодії(соціальної підтримки) покладена взаємодія між окремими особами. Соціальні мережі здійснюють афективне, інструментальне і когнітивне підкріплення, допомагають збереженню соціальної ідентичності та сприяють встановленню соціальних зв'язків.

Принцип партнерствамає на меті, що сприяння здоров'ю повинно бути цілісною системною діяльністю усіх інститутів суспільства і громадян, тому потребує об'єднання зусиль різних партнерів.

Сьогодні науковці переважно виокремлюють три стратегії сприяння покращенню здоров'ю: захист, активне відстоювання, просування здоров'я для створення основних, найбільш істотних передумов для здоров'я; надання всім людям можливості досягти і реалізувати повністю свій потенціал здоров'я; здійснення посередництва між різними інтересами у суспільстві для забезпечення і досягнення здоров'я

Ці стратегії підтримуються і забезпечуються п'ятьма напрямками пріоритетної діяльності сприяння покращенню здоров'я: формування політики, сприятливої для здоров'я, створення сприятливого середовища для здоров'я; підвищення спроможності, посилення дій суспільства, громади у напрямку покращення громадського здоров'я; розвиток особистих навичок людей діяти на користь власного та громадського здоров'я, переорієнтація служби охорони здоров'я.

Міжнародною спільнотою напрацьована схема змін з метою сприяння здоров'ю, у якій діяльність із сприяння здоров'ю розглядається як єдиний, взаємопов'язаний і взаємозалежний процес [10].

Тому всі стратегії та намагання побудувати концепції здорового способу життя спираються на певні традиційні методи, які знайшли відображення у проекті Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація», а саме: формування нових цінностей та орієнтацій суспільства й держави на збереження і зміцнення здоров'я людей шляхом:

•  впровадження у практику результатів спеціальних наукових досліджень з питань формування суспільної налаштованості на пріоритет здорового способу життя;

•  популяризації здорового способу життя та подолання стану суспільної байдужості до здоров'я нації;

•  розвиток національних та родинно-сімейних традицій здорового способу життя та виховання здорової дитини із широким залученням батьків до цього процесу;

•  широкого впровадження соціальної реклами різних аспектів здорового способу життя в усіх засобах масової інформації та заборони усіх прямих та прихованих видів реклами алкоголю, тютюну, насильства тощо;

•  залучення до пропаганди здорового способу життя громадських об'єднань, профспілок, роботодавців, авторитетних державних та громадських діячів, відомих спортсменів та митців;

•  введення державного реєстру ігор, дозволених для продажу та використання в комп'ютерних клубах для дітей;

•  встановлення персональної відповідальності керівників усіх рівнів за створення умов для збереження та зміцнення здоров'я людей;

•  запровадження системи моніторингу стану здоров'я та створення умов для здорового способу життя органами виконавчої влади та місцевого самоврядування;

•  впровадження у систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації керівників органів державного управління всіх рівнів та посадових осіб місцевого самоврядування навчальних програм з державної політики у сфері охорони громадського здоров'я;

•  вивчення потреб територіальної громади та визначення ефективних постачальників оздоровчих послуг;

•  широкого залучення громадськості та громадських організацій до формування державної політики у сфері збереження здоров'я нації та її впровадження.

А також, формування соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я шляхом:

• встановлення матеріальних та моральних видів заохочення для осіб, які ведуть здоровий спосіб життя та не хворіють, належним чином дбають про збереження здоров'я своїх дітей, формування сімейних традицій здоров'я;

• введення дієвої системи штрафів та заборон для зменшення впливу шкідливих чинників здоров'я.

Створення кадрового потенціалу для збереження та зміцнення здоров'я людей шляхом:

•  налагодження системи підготовки фахівців для кадрового забезпечення впровадження у практику технологій здорового способу життя;

•  уведення в класифікатор професій нових спеціальностей -фітнес-тренера, консультанта з питань здорового способу життя, фахівця з рекреації, лікаря з оздоровчо-превентивної медицини та інших;

•  встановлення та дотримання нормативів забезпеченості зазначеними фахівцями підприємств, установ та організацій різних форм власності, де мають бути створені служби збереження та зміцнення здоров'я громадян.

Залучення громадян України до регулярних занять фізичною культурою та спортом шляхом:

•  формування переконання кожного українця у необхідності для нього рухової активності як невід'ємного чинника здорового способу життя та успішної життєдіяльності;

•  створення умов для регулярної рухової активності заради зміцнення здоров'я з урахуванням інтересів, побажань, здібностей та індивідуальних особливостей кожного;

•  утвердження в суспільній свідомості впевненості, що фізична культура, масовий спорт сприяють вирішенню багатьох соціальних та економічних проблем;

•  удосконалення форми освітньої роботи з різними групами населення щодо рухової активності упродовж всього життя [4].

Законодавчим шляхом можуть прийматись урядові та добровільні програми і заходи з охорони здоров'я, вестись пропаганда здорового способу життя та формуватись сприятлива для його запровадження громадська думка.

Законодавча політика у цій сфері має передбачати поєднання освітніх, примусових та заохочувальних заходів, охоплюючи, наприклад, закони, що забороняють деякі види поведінки, що вважаються ризиками для здоров'я (наприклад, невикористання ременів безпеки під час їзди на автомашині); закони, що стимулюють здоровий спосіб життя (наприклад, через податкові пільги або зміни у структурі страхових тарифів); законодавство, що підтримує урядову політику освіти населення з питань охорони здоров'я.

Окрім того, уряд може залучатися до заходів щодо підтримки незалежних приватних та неурядових установ, що займаються питаннями охорони здоров'я.

Перед тим, як запроваджувати певні заходи, спрямовані на поліпшення здоров'я населення, необхідно переконатися, що населення зрозуміє цінність цих заходів.

Покладання уряду на громадську думку може значним чином сприяти більшій готовності населення сприйняти нові закони та їх впровадженню.

Роль громадської думки у досягненні цілей громадського здоров'я вказує на важливість інформаційно-освітніх програм для різних груп населення та необхідність участі населення у законодавчому процесі з питань охорони здоров'я [8].

Низький рівень здоров'я молоді має низку конкретних причин, серед яких: відсутність пріоритету здоров'я та мотивації на здоровий спосіб життя і культуру здоров'я; конфлікти в родині, зловживання батьками алкогольними напоями, тобто агресивне соціальне середовище; складну криміногенну ситуацію, комерціалізацію статевих стосунків, ранній початок статевого життя; незадовільна організація харчування дітей, санітарно-гігієнічні проблеми, а також незадовільну організацію навчального процесy [3].

Від стану здоров'я молоді залежить існування людства. Сучасні умови розвитку молоді взагалі характеризується погіршенням матеріальних умов життя, екологічних обставин, розвитком нездорового способу життя у все більшої частини молоді.

Тому потрібен багатопрофільний підхід до справи укріплення здоров'я молодого покоління з урахуванням різноманітних соціально-економічних та культурних умов.

У якості видів діяльності пропонується формування загальнонаціональної політики в галузі охорони здоров'я, розвитку та раціоналізації форм медичного обслуговування, доступність лікування, створення спеціалізованих молодіжних програм здоров'я та матеріальних умов для занять фізкультурою та спортом, здорового способу життя, проведення пропагандистських заходів проти куріння, пияцтва, вживання наркотичних препаратів, використання матеріальних стимулів для ліквідування шкідливих звичок [2].

Сучасна людина грамотна та інформована про те, що корисно і що шкідливо для її здоров'я, навіть занадто інформована про всілякі хвороби і засоби лікування, але зовсім не освічена в питанні, як бути здоровим.

Одних лише знань про елементи здорової поведінки мало – потрібна переконаність, відданість і все нові й нові досягнення, а досягнутим потрібно вважати лише те, що увійшло в культуру, побут, звичку.

Ми звертаємо мало уваги на суттєві зміни у стилі, укладі самого життя сучасної людини. Тисячі поколінь наших предків жили у тісному спілкуванні з природою, жили й працювали синхронно з природними ритмами. Вони вставали з ранковою і лягали спати з вечірньою зорею. Кожна пора року мала свій трудовий настрій, свій режим життя.

Ще порівняно не так давно усе необхідне людині для життя мало кінець: догорала свічка, закінчувалася вода, паливо і запаси їжі. І людина повинна була відтворювати все це.

Тепер усе це здається безкінечним: вода ллється з кранів, у потрібний час починає працювати центральне опалення, завжди до послуг людини електроенергія та газ. Якщо людина була одночасно і виробником, і споживачем, то тепер ці функції чітко розділилися.

Так само, очевидно, і зі здоров'ям. Споживаючи своє здоров'я у праці і в боротьбі з силами природи, людина добре усвідомлювала, що вона сама повинна піклуватися про його відтворення. Тепер людям здається, що здоров'я так само постійне, як електро- і водопостачання [7].

Будь-яка людина, як це зазначалося вище, є поєднанням трьох компонентів:  психологічного,  соціального  та біологічного.  Соціальний компонент виявляється в особистості завдяки включенню його у середовище, виконання соціальних функцій, передбачених процесом навчання та виховання. Психологічний компонент є єдністю психічних процесів, станів та властивостей особистості.

Головне у ньому - психічні властивості, спрямованість, темперамент, характер, здібності тощо, від яких залежить протікання психічних процесів.

Біологічний компонент охоплює тип вищої нервової діяльності, будову аналізаторів, функціональний стан, фізичне здоров'я тощо. Біологічний компонент здебільшого зумовлений генетично, але у певних межах змінюється під впливом умов життя і цілеспрямованого виховання та самовиховання [9].

Тому на основі цього виділяють зазначені далі показники здорового способу життя.

Рухова активність. Одним із найбільш важливих показників здорового способу життя є обсяг фізичних навантажень. Як безпосередні показники рухової активності, що впливають на визначення здорового способу життя (чи нездорового), використовуються дані про наявність (чи відсутність), характер і обсяг фізичних навантажень, які дають чіткі підстави для розподілу респондентів стосовно цього аспекту здорового способу життя.

Харчування. Показовим чинником здорового способу життя є структура (якісний склад) продуктів харчування, що вживаються у повсякденному режимі.

Шкідливі звички. Питома вага шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків, інших хімічних речовин) у комплексі впливів, що визначають спосіб життя, надзвичайно суттєва.

Безпечна сексуальна поведінка, чинник розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Статистика поширення в Україні в останні роки захворювань, що передаються статевим шляхом і ВІЛ/СНІДу, дані щодо погіршення репродуктивного здоров'я молоді потребують ретельного вивчення цих явищ у вітчизняному молодіжному середовищі.

Збереження здоров'я завдяки здоровому способу життя повинно стати головним життєвим завданням кожної особистості. Життєві завдання - це головні орієнтири соціального буття людини, наближення до яких стає змістом і смислом її життєздійснення.

На їх постановку й реалізацію мобілізуються усі складові системи цілеспрямування, тоді як індивідуальні відмінності в ієрархії, якості і масштабності життєвих завдань визначаються соціально-психологічними властивостями особистості, рівнем її зрілості та нагромадженням життєвого досвіду [6].

Життєві домагання, за визначенням Т. Титаренко, є соціально-психологічним механізмом самоздійснення особистості, через який проявляється її здатність моделювати й активно наближати бажане майбутнє відповідно до життєвих завдань та соціальних очікувань на ґрунті якомога повнішої реалізації власних потенцій і задумів [11].

За даними досліджень, найчастіше домінують життєві домагання, пов'язані із сімейним благополуччям, стабільним матеріальним достатком, високим рівнем вищої освіти та високооплачуваною роботою [6].

Взагалі для молоді, яка стоїть на порозі творення власного життя, це головні складові життєвого успіху.

Вони доповнюються кар'єрним зростанням і побутовим комфортом, розумінням важливості здорового способу життя, поважного соціального статусу, авторитету, творчого розвитку і вмінням досягати життєвих завдань.

Але розуміння важливості здорового способу життя серед молоді занадто мале, що скоріш за все пов'язано з відносно задовільним рівнем здоров'я та розуміння здоров'я як відсутності хронічних хвороб. Але ж, як зазначалося вище, здоровий спосіб життя - це дещо більше ніж лікування тоді, коли це потрібно.

Тому невід'ємною системою державної політики у галузі формування здорового способу життя є створення у суспільній свідомості життєвих домагань у сфері збереження здоров'я та дотримання здорового способу життя, особливо серед молоді.

Основним змістом діяльності з формування здорового способу життя є розробка і реалізація соціальних проектів, які спираються на певні передумови, принципи, завдання, стратегії, механізми; метою формування здорового способу життя є сприяння досягненню, в широкому розумінні, благополуччя і здоров'я на усіх рівнях і для всіх; а основними механізмами його формування - створення умов для окремих осіб, груп людей, громад позитивно впливати на проблеми здоров'я; результатом сформованості здорового способу життя є культура здоров'я як інтегрована якість особистості та показник її вихованості [3].

Рівень здоров'я, як правило, безпосередньо пов'язаний з рівнем освіти. Чим вище середній рівень освіти у певному соціальному середовищі, тим кращі узагальнені показники здоров'я воно демонструє.

Природно, що піклування про власне і громадське здоров'я неможливо без знання того, чому це необхідно і як це робити. Притому доцільно розуміти поняття освіти в даному контексті не тільки як освіту суто валеологічну, а значно ширше - як загальну освіту в цілому.

Чим ширше знання основних природничих, наукових, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей створювати у суспільстві системне уявлення про проблему здоров'я взагалі.

Крім того, поняття освіти потрібно розуміти комплексно: і як надання інформації, і як навчання методам, прийомам і навичкам здорового способу життя, і як виховання в дусі безумовного пріоритету цінностей індивідуального і громадського здоров'я в усіх його проявах, сферах, рівнях.

Слід зазначити, що питання здорового способу життя частково вивчаються школярами в загальноосвітній школі.

Досвід показує, що такого обсягу і змістового рівня інформації щодо означених питань для студентів сучасних вищих навчальних закладів недостатньо.

Окрім загальних знань з першої медичної допомоги треба включити питання раціонального харчування, попередження порушень опорно-рухового апарату та зору, профілактики шкідливих звичок, ВІЛ/СНІДу, наркоманії, венеричних та інфекційних захворювань у курс «Безпека життєдіяльності» для студентів усіх спеціальностей та форм навчання [1].

Проведений аналіз дає підстави вважати: по-перше, проблема формування здорового способу життя серед молоді залишається актуальною і вимагає негайного вирішення засобами освіти; по-друге, для вирішення даної проблеми необхідно залучати якомога більше фахівців і часу навчального процесу; по-третє, ця проблема повинна цікавити і турбувати не тільки фахівців і викладачів, але й саму молоду людину у першу чергу.

Серед ключових соціальних проблем, яким не надається відповідна увага на державному рівні - низька культура здоров'я населення і повільне реформування освіти у напрямку гуманістичного вектору. Одним із засобів пропаганди культури здоров'я можуть служити мистецтво і спорт, хоча цього недостатньо.

У цьому плані важливим є реформування педагогічного процесу, спрямованого на забезпечення здоров'язберігаючої освіти; визнання освіти основним суспільним механізмом, що сприяє суспільній безпеці і розвитку здорового суспільства.

Для цього необхідно: створити державну програму з вивчення стану здоров'я населення; відновити державний пріоритетний вплив на розвиток фізичної культури і виховання; долучити до інтегрального індикатору прогресу українського суспільства стандарт здорового способу життя [5].

Так, освіта заради здоров'я повинна бути спрямована на забезпечення збільшення спроможності людей зробити правильний вибір, посилювати контроль за здоров'ям, вчитись вмінням та навичкам спрямовувати зусилля на власне благополуччя, на створення здорового середовища [10].

У сучасній Україні сформувалася тенденція інтеграції в одну освітню галузь «здоров'я і фізична культура» таких предметів навчального плану, як «основи здоров'я», «фізична культура», «основи безпеки життєдіяльності», «валеологія», що є однією із позитивних педагогічних умов формування культури здоров'я учнів [3].

Розвиток особистості заради здоров'я є стратегією збільшення можливостей людей щодо сприятливого вибору щодо здоров'я.

Основними причинами втрати здоров'я, зростання смертності та зниження очікуваної тривалості життя є низький рівень і несприятливі умови життєдіяльності значної частини населення, низька ефективність існуючої системи охорони здоров'я, поширеність шкідливих звичок та нехтування нормами здорового способу життя.

Досягнення сталого демографічного розвитку, створення належних умов для відтворення населення є тривалим і складним процесом. При цьому завдання полягає не стільки в подоланні депопуляції, скільки у підвищенні якості та рівня життя населення, збереженні його життєвого і трудового потенціалу.

Аналіз освітньої практики показав, що в науковій літературі не сформувалося однозначного підходу у визначенні основного поняття «культура здорового способу життя».

Однак, при розгляді феномена здоров'я виявлена сукупність його чотирьох компонентів: духовне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальне здоров'я й фізичне здоров'я.

Духовний компонент визначається особистісним рівнем, що будується на основі цілей і цінностей життя, моральною орієнтацією, менталітетом стосовно себе, природи й суспільства, особистості.

Фізичний компонент характеризується рівнем фізичного розвитку,  ступенем саморегуляції органів і систем, наявність резервних можливостей організму.

Психологічний компонент визначається рівнем розвитку психологічних процесів, ступенем регуляції діяльності й емоційно вольової сфери.

Соціальний компонент характеризується ступенем соціальної адаптації особистості в суспільстві, сформованістю значимих для повноцінної й довгострокової активності у соціумі якостей особистості.

Виходячи із цього, поняття «здоровий спосіб життя» визначимо таким чином: це частина загальної культури людини, що характеризується високим рівнем спеціальних знань і мотиваційно-ціннісних орієнтації, набутих у результаті виховання.

«Культура здорового способу життя» - поняття, що визначається як сукупність значимих для формування світогляду у сфері здорового способу життя елементів особистої фізичної культури, гігієнічної культури, культури міжособистісних відносин, культури психофізичної регуляції [13].

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ психологічних чинників порушень здорового способу життя у молоді**

**2.1. Методи, організація та вибірка дослідження**

У підрозділі надається опис методів (методик), вибірки, організації дослідження.

У сучасному студентському молодіжному середовищі значною мірою виражені фактори, які несприятливо впливають на здоров’я: постійна перевтома, пов’язана з високою інтенсивністю навчального навантаження та необхідністю працювати паралельно з навчанням, незбалансоване харчування, недостатня тривалість сну, низька рухова активність та пристрасть до шкідливих звичок.

Усе це у свою чергу призводить до зниження рівня відповідальності молодих людей за збереження власного здоров’я та формування навичок здорового способу життя [2].

Актуальність дослідження обумовлена стійкою тенденцією до зниження рівня здоров’я населення України.

Серйозну стурбованість суспільства викликає стан здоров’я і спосіб життя студентської молоді.

Зважаючи на даний факт, орієнтація на здоров’я та його зміцнення повинна стати ціннісним мотивом, що формує, регулює і контролює спосіб життя молодої людини.

Залучення студентів до здорового способу життя слід починати з формування у них мотивації здоров’я.

Тому так важливо визначити методи, за допомогою яких рівень цієї мотивації може бути виміряний та детально проаналізований.

Після огляду літератури стає зрозуміло, що наукових праць, спрямованих на вивчення саме мотивації до здорового способу життя у студентської молоді налічується небагато.

Якщо ж говорити про наявні психодіагностичних методики, варто звернути увагу на те, що більшість з них має характер самооцінки здоров’я, а такий критерій не є особливо актуальним для студентів, адже вони молоді та почуваються добре, не мають вікових хвороб, використовують значні ресурси свого організму для виконання щоденних завдань.

Більш практичними ми вважаємо методики, які передбачають виявлення сталих звичок студентів, що дають розуміння про те, ведуть вони здоровий спосіб життя чи ні.

У зв’язку зі сказаним вище, ми хочемо запропонувати батарею методик, що включає як сферу мотивації, так і сферу здорового способу життя, а також враховує вікові особливості осіб старшого юнацького віку (студентство припадає саме на цей віковий проміжок).

Насамперед, оцінки потребує студентська вмотивованість, для її вивчення ми використовуємо адаптовану методика В. Мільмана «Діагностика мотиваційної структури особистості».

Методика дозволяє виявляти стійкі тенденції особистості, які складаються у сім шкал мотиваційного профілю, серед них: підтримка життєзабезпечення, комфорт, соціальний статус, спілкування, загальна та творча активність, суспільна корисність.

Також у методиці присутня «шкали корекції» – перевірочна шкала для деяких пунктів, за якими існує ймовірність, що студент міг прикрасити свій портрет, яка передбачає розгорнуті відповіді [3].

Акцент зроблений саме на рівень вираженості шкал мотиваційного профілю, що дозволяє використовувати показники цих шкал для подальшого виявлення взаємозв’язку мотивації та прагнення вести здоровий спосіб життя.

Для подальшого дослідження ми вважаємо за потрібне брати до уваги такі об’єднання складових здорового способу життя.

Здорова харчова поведінка, передусім дотримання основних вимог щодо здорового харчування та відсутність порушень харчової поведінки.

Для дослідження цього аспекту ми пропонуємо авторську методику «Сукупна оцінка харчової поведінки».

За допомогою методики визначаємо наскільки повноцінним та регулярним є харчування студентів, у якій мірі воно відповідає основним засадам здорового харчування.

Також ми зважаємо на психологічний аспект, а саме дізнаємося, якому мірою студенти задоволені своїм зовнішнім виглядом, адже це напряму залежить від харчування, окрім цього відзначаємо як студенти реагують на питання, пов’язані з можливими порушеннями харчової поведінки.

Дотримання оптимального режиму життя, зокрема таких його частин, як: регулярна фізична активність, загартовування та підтримання імунітету, здоровий сон, нормальне співвідношення часу, який витрачається на навчання (роботу) та на дозвілля.

На виявлення цих складових спрямована авторська методика «Діагностика мотивації до реалізації рухової активності та дотримання оптимального режиму дня».

Суть її полягає у тому, що студенти відзначають звичні для себе приклади поведінки, на основі яких робиться висновок про те, чи мають вони достатній рівень рухової активності та чи розподіляють оптимально свій час.

Забезпечення психологічного здоров’я та здорової психосексуальної, для чого пропонуємо використовувати адаптовану нами методика Холмса-Раге «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації».

Оригінальна методика спрямована на виявлення подій, які сталися з респондентом за останній рік та могли спричинити емоційну напругу різної сили, проте вона розрахована на людей, які вже працюють та мають сім’ї [11].

Відсутність шкідливих звичок та уникнення невиправдано ризикованих і небезпечних ситуацій. Методика «Шкала схильності до здорової поведінки» розроблена для того, щоб з’ясувати чи виражена у студентів тяга до паління, вживання алкоголю та ризикованої поведінки.

Виявлення хоча б однієї з цих шкал свідчить про те, що студент не прагне вести здоровий спосіб життя.

Задіяна батарея методик дає можливість комплексно оцінити рівень студентської мотивації до ведення здорового способу життя. Саме такий підхід створює можливість в повній мірі проаналізувати такі важливі питання, як: зацікавленість студентів у збереженні та зміцненні власного здоров’я, наявний рівень фізичного, психоемоційного та соціального здоров’я сучасної молоді, актуальність методів, що сприяють підвищенню студентської орієнтації на здоров’я.

Таким чином, ми з’ясували, що мотивація до здорового способу життя у студентської молоді є надзвичайно важливою в контексті сталого розвитку українського суспільства.

Тому психодіагностичні методики можуть стати корисним інструментом у руках дослідників, за допомогою них можна побачити як загальну картину проблеми, так і окремі її компоненти, що створює додаткову цінність для подальших досліджень.

Для виявлення особистісних особливостей молоді, схильної до порушення здорової поведінки, була підібрана психодіагностична програма, до якої увійшли: методика дослідження вольової саморегуляції А. Г. Зверкова, Є. В. Ейдмана; тест «Індекс життєвого стилю» Х. Келлермана, Р. Плутчика; тест антиципаційної спроможності В. Д. Менделевича; тест Міні-Мульт в адаптації В. П. Зайцева; тест примативності О. Л. Луценко, К. З. Абсалямової; опитувальник для виявлення домінуючого інстинкту В. І. Гарбузова.

Проблему гіподинамії досліджено за допомогою методу щоденників (щоденник самоконтролю рухової активності).

З'ясовувалась міра виконання самостійно сформованих планів і причини відмов від них.

Результати методу щоденників оброблялися за допомогою контент-аналізу, а саме, підраховувалися типи та частота причин відмови від виконання запланованої рухової активності.

Для визначення індивідуально-суб’єктивного розуміння поняття «здоров'я» і самооцінки виразності складових категорії «здоров'я» у молоді була використана методика Б. Райна «Колесо життя», яка названа «Колесо здоров'я», за нею вивчаються складових конструкта «здоров'я»: соціальна, навчально-професійна, екологічна, економічна, психологічна, епідеміологічна, спадкова та фізична.

Психофізіологічний метод аналізу варіабельності серцевого ритму (за допомогою програмно-апаратного комплексу «БОС-Пульс») використовувався для вивчення 6 резервів психофізіологічної адаптації, балансу регуляційних систем, утягнутості організму до стресу і міри їх зв’язку з порушеннями здорової поведінки.

Застосована психадіагностична методика «Опитувальника порушень здорової поведінки» (ОПЗП) має наступні психометричні характеристики (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Психометричні характеристики методики ОПЗП**

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва характеристики** | **Тестові характеристики** |
| Вибірка, на яку розрахований тест | Вік 17-70 років, різної статі та соціального статусу |
| Кількість завдань та приблизний час виконання | 63 з 4 варіантами відповідей (Ніколи, Рідко, Часто, Завжди), 15-25 хвилин |
| Тип тесту | Особистісний опитувальник, вербальний, багатофакторний, груповий |
| Кількість показників | 8 показників за субшкалами (тяга до паління, порушення харчування, нехтування безпекою, тяга до алкоголю, гонитва за модним іміджем, низький самоконтроль, емоційна некомпетентність і саморуйнівна поведінка) та 1 загальний показник схильності до порушень здорової поведінки |
| Надійність та дискримінативність | Надійність альфа Кронбаха тесту загалом 0,9; надійність шкал від 0,59 до 0,95; ретестова надійність загальна 0,61; шкал 0,49-0,71; дискримінативність дельта Фергюсона 0,99 |
| Валідність | Конвергентна валідність підтверджена відповідними значущими кореляціями (від 0,58 до 0,13) зі шкалами тесту «Здорова поведінка», критеріальна валідність – відповідними значущими розбіжностями між контрастними групами за віком та статтю |
| Норми | Визначені норми для підгруп з різними статтю та віком |

Для математико-статистичної обробки даних використовувались: факторний аналіз (аналіз головних компонент з ротацією Varimax), кореляційний аналіз Спірмена, t-критерій Ст’юдента, критерій Колмогорова-Смірнова, метод контентаналізу.

Для формування бази даних і графічного аналізу використовувалася програма MS Excel 2010, перевірка статистичних гіпотез та факторний аналіз зроблені в програмі STATISTICA 6.1.

Для перевірки ретестової надійності ОПЗП та для вивчення впливу настанови на соціальну бажаність під час виконання ОПЗП додатково залучалися студенти, які раніше не обстежувались.

Дослідження включало три етапи:

1) розробка ОПЗП. На цьому етапі були задіяні 63 особи;

2) емпіричне дослідження особистісних особливостей молоді, що схильна порушувати поведінку в сфері здоров’я комплексом психодіагностичних методик; метод щоденників; модифікована методика «Колесо здоров’я» для самооцінки складових здоров’я. На цьому етапі були задіяні 53 студента;

3) психофізіологічне обстеження студентської молоді (аналіз варіабельності серцевого ритму), перевірка ретестової надійності ОПЗП та впливу настанови на соціальну бажаність за допомогою методики діагностики самооцінки мотивації схвалення Д. Марлоу і Д. Крауна в адаптації Ю. Л. Ханіна. На цьому етапі залучена додаткова вибірка з 38 студентів, які раніше не обстежувались.

**2.2. Визначення особистісних особливостей студентської молоді, схильної до порушень здоров’язберігаючої поведінки**

У підрозділі визначаються причини невиконання запланованого фізичного навантаження, суб'єктивні уявлення молоді про стан компонентів власного здоров'я, особистісні особливості, які пов’язані з порушеннями здорової поведінки, типи особистості, які схильні до різноманітної поведінки у сфері здоров’я.

Аналіз результатів за методикою «Колесо здоров’я» показав, що за самооцінкою студентської молоді компонентів здоров’я найбільшою мірою є виражені спадковий та екологічний компоненти.

Досить низько був оцінений епідеміологічний компонент здоров’я, а найменшою мірою економічний.

Найгірша оцінка економічного компонента здоров’я говорить про те, що студентська молодь не вважає себе достатньо матеріально забезпеченою для підтримки здоров’я.

Дівчата значимо краще оцінюють фізичний (р≤0,01), соціальний та економічний компоненти здоров'я, ніж юнаки.

Це говорить про те, що дівчата в більшій мірі вважають, що їх фізичний розвиток, соціальний статус та економічне становище є позитивними чинниками для їхнього здоров’я.

Коефіцієнт кореляції компонентів здоров'я варіює від rs=0,14 до rs=0,37, рівень статистичної значущості від p=0,0001 до p=0,004.

Виявлено, що практично всі компоненти здоров'я в сприйнятті студентської молоді взаємопов'язаними між собою.

Найменш включеними в загальну зв'язку компонентів виявилися епідеміологічна та спадкова сфери: спадкова як «первісно надана константа», а епідеміологічна – як прив'язана найбільшою мірою до зовнішньої ситуації, а не до внутрішніх ресурсів організму.

Найбільш сильні зв’язки з іншими має психологічна складова, і що особливо важливо, вона має доволі сильні зв’язки з фізичною складовою, що свідчить про найважливішу роль психологічного благополуччя людини для підтримки власного здоров’я.

Контент-аналіз щоденників дозволив виявити набір суб'єктивних причин відмов від виконання запланованого фізичного навантаження у студентської молоді та скласти їх рейтинг (за зменшенням частоти): лінь, втома, погане самопочуття, навчальне навантаження, нестача часу, більш важливі справи, негода, забування, свята, брак сну.

Те, що на першому місці серед відмов для більшості студентів виявилася «лінь» можна пояснити браком вольового самоконтролю та звичкою до пасивного способу життя.

Інші причини в рейтингу свідчать про те, що студентська молодь не усвідомлює того, що рухова активність підіймає настрій, здатна позбавити від підвищеної тривожності та контролювати надлишкову вагу.

Обробка отриманих результатів за ОПЗП виявила, що студентська молодь найбільшою мірою нехтує здоров'ям в області харчування та самоконтролю, прагне до придбання модного іміджу, для чого жертвує власним здоров'ям, не володіє способами справлятися зі стресами і нехтує безпекою.

Найменше студентська молодь схильна порушувати здоров’язберігаючу поведінку вживанням алкогольних напоїв, тютюнопалінням та здійсненням саморуйнівної поведінки.

При цьому юнаки сильніше, ніж дівчата, схильні до здійснення саморуйнівної поведінки та нехтування безпекою (р≤0,01), тобто вони можуть вживати психоактивні речовини для отримання незвичайного досвіду, нехтувати правилами дорожнього руху, користуватися несправними електроприладами.

Дівчата значуще відрізняються від юнаків більшою схильністю до гонитви за модним іміджем (р≤0,01), що виявляється в необґрунтованому застосуванні дієт, носінні незручного, але модного одягу, низьким самоконтролем за здоров’язберігаючою поведінкою (р≤0,01), що визначається в неможливості контролювати себе у вживанні солодощів, повного дотримання рекомендацій лікаря тощо.

Аналіз зв’язків між вольовим самоконтролем та ОПЗП виявив, що загальний показник (rs=-0,33, р≤0,01) та шість його шкал: «тяга до паління» (rs=-0,14, p=0,026), «порушення харчування», «тяга до алкоголю» (rs=-0,18, p=0,003), «гонитва за модним іміджем», «низький самоконтроль», «емоційна некомпетентність», пов'язані зі зниженням вольової саморегуляції. Не залежать від вольового самоконтролю такі порушення здорової поведінки, як «нехтування безпекою» та «саморуйнівна поведінка».

Відсутність зв'язку свідчить про те, що обережність в поведінці не визначається волею.

Особливо тісно зниження вольового самоконтролю пов’язано з емоційною некомпетентністю під час стресу та низьким самоконтролем у сфері здоров’я, а тяга до алкоголю та паління, гонитва за модним іміджем виявились найменше залежні від волі. Аналіз взаємозв’язків між ОПЗП та усіма виміряними захисними механізмами показав, що загальний показник зв’язаний з захисними механізмами: «придушення» (rs=0,13, p=0,036), «регресія», «заміщення», «інтелектуалізація» (rs=-0,15, p=0,016) та «реактивне утворення» (rs=-0,21, p=0,0004).

Тобто, схильність до порушень здорової поведінки прямо пов’язана з трьома захисними механізмами – «заміщенням», «регресією» та «придушенням», а механізми – «інтелектуалізація» та «реактивне утворення», навпаки більше розкриваються за умов схильності людини підтримувати здоровий спосіб життя.

Таким чином, спроба знайти раціональне («інтелектуалізація»), а не емоційне пояснення життєвих явищ грає позитивну роль для підтримки здоров’я.

Конструктивна роль «реактивного утворення» полягає в тому, що негативні відчуття перетворюються на позитивні, завдяки чому людині менш потрібні нездорові стимулятори позитивних емоцій, як то куріння, алкоголь, ризик.

Виявлено, що два механізми – «заперечення» та «компенсація» грають амбівалентну роль для поведінки у сфері здоров’я: вони сприяють деяким порушенням, а деяким, навпаки, протидіють. Чим більше виражений у людини механізм «заперечення», тим менше у неї буде «емоційна некомпетентність» та «низький самоконтроль» стосовно власного здоров’я.

Проте, чим більше використання механізму «заперечення», тим більше людині властива «гонитва за модним іміджем», що грає негативну роль через ігнорування інформації про небезпеку надмірного слідування шаблонам моди.

Механізм «компенсація» прямо пов'язаний з «гонитвою за модним іміджем», тобто ідентифікація з ідеалом може сприяти погіршенню здоров'я.

Також він більш виражений в разі «емоційної некомпетентності» та «низького самоконтролю», тобто він не допомагає впоратися зі стресом та підтримувати вольовий самоконтроль над здоровою поведінкою.

Водночас, механізм «компенсація» знижується коли людина схильна до «нехтування безпекою», що свідчить про позитивну роль цього механізму стосовно ризикованої поведінки.

Компенсаторна ідентифікація надає особистості високої самоцінності і таку цінність немає сенсу піддавати небезпеці та руйнуванню.

Виявлено, що загальний показник ОПЗП зворотно пов'язаний з загальною антиципаційною спроможністю (АС) часовою АС (rs=-0,19, p=0,002) та особистісно-ситуативною АС (rs=-0,21, p=0,0004), тобто схильність до порушень здоров’язберігаючої поведінки супроводжується низькими прогностичними здібностями.

Встановлено, що загальна АС пов’язана з шістьма видами порушень поведінки у сфері здоров’я: «тяга до паління» (rs=-0,12, p=0,049), «порушення харчування», «тяга до алкоголю» (rs=-0,14, p=0,024), «гонитва за модним іміджем», «низький самоконтроль», «емоційна некомпетентність».

Тобто, молодь не може уявити собі, якої непоправної шкоди здоров'ю в майбутньому можуть нанести її необдумані дії і поведінка в сьогоденні.

Просторова АС виступає чинником ризику для такого порушення здорової поведінки, як «нехтування безпекою», оскільки при високій просторовій АС молоді люди, схильні нехтувати безпекою, можливо через те, що надто впевнені в собі завдяки гарній фізичній формі та спритності.

Подальший аналіз виявив, що загальний показник ОПЗП пов'язаний з такими особистісними особливостями, як «психопатія» (rs=0,14, p=0,018), «гіпоманія» (rs=0,18, p=0,003), тобто нехтування здоров'ям переважно характерно соціально дезадаптованим, агресивним, конфліктним особистостям, а також легковажним, гіперактивним, необґрунтовано оптимістичним індивідуумам.

Особистостям психопатичного типу властиво нехтувати здоровою поведінкою в таких її складових як «тяга до алкоголю» (rs=0,14, p=0,02), «емоційна некомпетентність» (rs=0,18, 11 p=0,002) і «саморуйнівна поведінка» (rs=0,14, p=0,02).

Особистості гіпоманіакального типу більше схильні порушувати здорову поведінку в області «порушення харчування» (rs=0,18, p=0,003), «нехтування безпекою» (rs=0,22, p=0,0002) та «емоційна некомпетентність» (rs=0,21, p=0,0005).

Серед видів порушень здорової поведінки, які найбільше пов’язані з підвищенням шкал Міні-Мульт, виявилися «низький самоконтроль» у сфері здоров’я: депресія, істерія (rs=0,14, p=0,022), психастенія (rs=0,17, p=0,004) і шизоїдність (rs=0,13, p=0,027) та «емоційна некомпетентність» щодо здоров’я: іпохондрія (rs=0,22, p=0,0003), депресія, істерія, психопатія, паранойяльність, психастенія, шизоїдність, гіпоманія (rs=0,21, p=0,0005).

Треба уточнити, що шкали «психопатія» та «гіпоманія» пов’язані лише з «емоційною некомпетентністю» стосовно здоров’я, та не пов’язані зі «низьким самоконтролем» щодо здоров’я.

У сучасної людини інстинктивні поведінкові програми стають все більш гнучкими, з’являються у формі тенденцій, схильностей, а не твердо детермінованих дій.

Інстинктивні моделі впливають на поведінку людини за межами свідомості, спонукаючи її надавати велике значення деяким цінностям та пріоритетам і здійснювати вчинки, які з цього випливають.

Примативність – це ступень домінування, переважання, первинності інстинктивних моделей над раціональними, культурними.

Сила впливу інстинктивних і раціональних програм може сильно відрізнятися у людей.

За аналізом зв’язків між примативністю та ОПЗП виявлено, що примативність дійсно є чинником ризику для порушень здорової поведінки: загальний показник ОПЗП, «тяга до паління», «порушення харчування», «тяга до алкоголю», «гонитва за модним іміджем», «низький самоконтроль», «емоційна некомпетентність», «саморуйнівна поведінка», (rs=0,12, p=0,04), крім аспекту «нехтування безпекою».

Аналіз зв’язків між ОПЗП та домінуючими інстинктами, що лежать в основі типології індивідуальності за В.І. Гарбузовим, виявив, що здебільш позитивну роль для підтримки здоров’я грають інстинкт самозбереження (егофільний тип): «нехтування безпекою» (rs=-0,14, p=0,024), «емоційна некомпетентність» (rs=-0,13, p=0,029), «саморуйнівна поведінка» (rs=-0,18, p=0,003) та інстинкт продовження роду (генофільний тип): «нехтування безпекою», «саморуйнівна поведінка» (rs=-0,15, p=0,015).

Люди з вираженими цими інстинктами переживають за свою безпеку та безпеку своєї родини, не здійснюють ризикованих, необдуманих вчинків, які могли б завдати шкоди їх особистому здоров’ю або благополуччю сім'ї.

Також виявлена частково негативна для здоров’я роль інстинкту домінування (домінантний тип) через зв’язок із шкалою «гонитва за модним іміджем».

Налаштованість на успіх і перемогу змушує людину надмірно стежити за своєю зовнішністю, застосовувати необґрунтовані дієти, відвідувати солярії, носити незручний одяг для відповідності образу сучасного керівника або зовнішності дівчат/юнаків з обкладинок модних журналів.

Потенційно небезпечним для здоров’я визначилося домінування дослідницького інстинкту (дослідницький тип): «нехтування безпекою» (rs=0,15, p=0,016), «емоційна некомпетентність» (rs=0,16, p=0,007), «саморуйнівна поведінка» (rs=0,13, p=0,035).

Прагнення пізнати щось незвідане часто супроводжується ризиком для власного життя та здоров’я.

Адаптаційні резерви являють собою можливість організму протистояти впливу різного виду навантажень, адаптуватися до них, мінімізуючи їх вплив на організм і забезпечуючи відповідний рівень ефективності діяльності людини.

Аналіз психофізіологічних адаптаційних резервів організму показав, що практично всі виміряні показники варіабельності серцевого ритму (ВСР) у студентської молоді перебувають в межах норми, який розуміється як функціональний оптимум, що вказує на збереження достатнього рівня функціональних можливостей організму.

Виявлено зворотний зв'язок між загальним показником ОПЗП та потужністю повільних хвиль (LF%, симпатична регуляція) (rs=-0,13, р=0,049).

Відсоток повільних хвиль в спектрі ритмограми відбиває вплив симпатичної нервової системи, тобто рівень мобілізації організму.

Це свідчить про те, що чим більше схильність молодої людини до порушень здоров’язберігаючої поведінки – тим менш мобілізованим, потужним та активним стає її організм.

Виявлено прямий зв'язок між шкалою «порушення харчування» і потужністю надповільних хвиль (VLF%, гуморальна регуляція) (rs=0,14, р=0,046). Відсоток надповільних хвиль відображає залучення гуморальної/гормональної регуляції серцевого ритму, що відбувається коли автономного (парасимпатична НС) та центрального (симпатична НС) контурів регуляції виявляється недостатньо для підтримки нормальної роботи організму, тобто коли утягуються невідновні фізіологічні резерви і настає виснаження.

Отже, нездорове харчування це таке порушення здорового способу життя, яке швидко змінює баланс регуляційних систем організму та може привести до захворювань.

Піддавши факторизації особистісні особливості разом з показниками ОПЗП (47 змінних), було виявлено вісім типів особистості, які відображають різноманітну поведінку в сфері здоров’я.

Більшість виявлених типів особистості є у сенсі здорової поведінки змішаними (чотири типа), тобто схильними до одних видів порушень поведінки і не схильними до інших.

Це – «Стрес-нестійкий тип особистості», «Стенічний фізіологічний тип особистості», «Оптимістично-розслаблений тип особистості», «Домінантно-іпохондричний тип особистості».

Виявилося два здоров’язберігаючі типи особистості, це – «Інтелектуальний тип особистості, що самозберігається» та «Гуманістичний тип особистості», та два здоров’яруйнуючі типи це – «Примативно-безвольний тип особистості» та «Економічнонеблагополучний тип особистості».

Отримана типологія доповнює існуючі в теорії психології здоров’я відомості про типи особистості, вразливі до захворюваності та нездорового способу життя, наприклад, відомі тип «А» (активність, агресія, амбіції або «коронарний тип») та тип «Д» (негативний афект та придушення самовираження, депресія).

Можна знайти аналогії в літературі виявленого нами «Стрес-нестійкого типу особистості», де він називається «нейротизм» і вважається фактором ризику для загальної захворюваності та передчасної смерті від різних причин. «Домінантно-іпохондричний тип особистості» частково збігається з «тривогою про здоров'я», «іпохондрією», і згідно з літературними даними, він має амбівалентне значення для здоров'я – позитивне, яке проявляється в підвищеній турботі про власне здоров'я, і негативне, яке характеризується підвищеним рівнем стресу.

«Економічнонеблагополучний тип особистості» більше відомий як причина обмеженого доступу до медичних послуг, а не як причина схильності порушувати здоровий спосіб життя.

**2.3. Сучасний підхід до формування здоров'я студентської молоді: від знань до компетентностей**

При проектуванні й організації навчально-виховного процесу ЗВО первинними є задана характером майбутньої спеціальності діяльність і дії, що складають цю діяльність, а кінцевою метою навчання – формування способу дій, які забезпечать здійснення майбутньої професійної діяльності, але не тільки формальне запам'ятовування і відтворення знань.

У цьому контексті знання в галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я, які опановує студент, є не лише описовою моделлю раціональної організації життя на теоретичному рівні, але й обов'язковим складником компетентностей, що мають професійну значущість.

Тому зміст навчання студентів має становити задана характером майбутньої професійної діяльності система дій і тільки ті знання, що забезпечать виконання цих дій.

На нашу думку, навчати майбутнього фахівця – це означає за допомогою знань допомагати йому здійснювати професійну діяльність, а не лише вимагати запам'ятати ці знання.

Підтвердимо цей умовивід характеристикою сучасного підходу до формування здоров'я студентської молоді: від знань до компетентностей. Відомо, що знання є результатом пізнання дійсності.

Вони перевіряються практикою і відбиваються у мисленні людини у вигляді уявлень, понять, суджень, теорій [17].

Знання як складник світогляду людини значною мірою визначають її ставлення до дійсності, моральні погляди і переконання, вольові риси особистості, характер. Вони є одним із джерел нахилів та інтересів людини, необхідною умовою розвитку здібностей [6].

Знання є однією з найважливіших передумов культурного та екологічно стійкого розвитку людини, співтовариств націй [25].

Знання у перебігу суспільноісторичної практики весь час розвиваються, уточнюються, поглиблюються, іноді істотно змінюються, перебудовуються. Закріплені у мові (усній чи писемній формі) вони передаються від покоління до покоління й засвоюються людьми.

Цей процес здійснюється двома шляхами: стихійно під час міжлюдського спілкування й за допомогою організованого навчання [19].

Здійснюючи системний аналіз формування підходів до формування здоров'я людини, ми з'ясували, що людство за багатотисячолітню історію свого розвитку накопичило величезну інформацію про закономірності збереження і зміцнення здоров'я, засоби практичного розв'язання цих питань тощо.

Сукупність накопичених людством елементів наукових і емпіричних знань із проблеми формування здорового способу життя є потенційно доступною для вивчення індивідами.

Ураховуючи те, що будь-яка людина (індивід, суб'єкт активності) у процесі свого життя набуває того чи іншого обсягу інформованості з досліджуваного питання, ми передбачили наявність таких знань у студентів.

Ці знання ми умовно назвали знаннями загального характеру. Узагальнюючи напрацювання вчених [19; 26], ми визначили, що для досліджуваного контингенту основними видами засвоєння знань загального характеру з проблем формування здоров'я є спілкування (за М. Ярмаченком – «стихійно, в процесі міжлюдського спілкування»), наслідування і самостійне засвоєння.

Знання, що передаються шляхом організованого навчання, мають бути суто науковими і характеризуватися систематичністю, усвідомленістю, осмисленістю [6; 19].

Знання в галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я, які студент вищого навчального закладу засвоює цілеспрямовано під час прямого або опосередкованого керівництва викладача, ми назвали спеціалізованими професійними знаннями.

Звернемо увагу на загальновідому обставину, що у процесі спілкування відбувається взаємодія двох або декількох осіб, яка зводиться до обміну між ними тією чи тією інформацією.

Так, під час бесід зі студентами виявлено, що, зазвичай, основними темами їх спілкування є обговорення таких складників їх способу життя, як форми (активні та пасивні) і види дозвілля, режим дня (час, що витрачається на навчання й сон тощо), ставлення до шкідливих звичок (тютюнокуріння, вживання алкоголю і наркотиків), статеві стосунки тощо.

Наслідування ми розглядаємо як вид засвоєння знань суб'єктом, що відбувається несвідомо, мимовільно. Переважно джерелом цього виду засвоєння знань є уявлення, судження, що формуються у мікросоціальному оточенні, зокрема сім'ї, наприклад, щодо норм харчування (кратність прийомів їжі, підбір і компонування страв, поняття про культуру харчування тощо), доцільності дотримання тих чи інших правил особистої гігієни, режиму дня тощо.

Слід враховувати, що в студентському віці судження однолітків чи реклама певного змісту, ЗМІ можуть бути також джерелом несвідомого засвоєння знань, зокрема щодо принадності вживання так званих легких алкогольних напоїв (пива тощо), наркотичних речовин, тютюнокуріння тощо.

У процесі самостійного засвоєння знань (читання наукової, науково-популярної, популярної літератури, перегляду телепрограм визначеного змісту тощо) індивід отримує різнопланову інформацію, яка може бути як науково виваженою, так і мати позанауковий характер.

Ці види засвоєння знань – спілкування, наслідування, самостійне засвоєння – не є власне навчанням, проте у процесі професійної підготовки майбутнього фахівця освітньої сфери їх наявність необхідно враховувати, оскільки іноді вони містять інформацію побутового рівня, часто спотворену.

Ми поділяємо думку М. Ярмаченка про те, що на практиці врахування наявності в суб'єкта навчання життєвих знань, які набуваються стихійно і часто не збігаються з науковими уявленнями і поняттями відповідних наук, потребує значної роботи щодо переосмислення таких знань, боротьби з формалізмом, підміною конкретних, змістовних знань суто словесними формулюваннями й означеннями, що не мають розгорнутого предметного змісту, а лише заучуються і відтворюються у пам'яті.

З огляду на це, у процесі дослідження знань позанаукового характеру, що стихійно набувалися студентами як їх життєвий досвід, виявлялися під час діалогу (полілогу) на семінарських та практичних заняттях, лекціях (бесіди, інтерв'ювання тощо), спростовувалися на основі науково виважених фактів і аргументів із залученням студентів до дискусії.

В цьому контексті зазначимо, що теоретично значущими для нас були праці, у яких розкривається роль наукового (фундаментального, об'єктивованого) знання, і знання, яке є надбанням індивіда (суб'єктивного) у створенні системного результату усвідомленого й осмисленого засвоєння студентами спеціально відібраної, науково виваженої інформації, яка є необхідною для організації повсякденної здорової життєдіяльності й успішної майбутньої професійної педагогічної діяльності.

Спробу пояснити сутність особистісного знання як невіддільного від суб'єкта (індивіда) здійснив В. Героїменко. Він зазначає, що на особистісному рівні знання занурене в «ціннісносмислову структуру суб'єктивної реальності свідомості» індивіда і характеризується не лише приналежністю своєму носієві, але й низкою специфічних рис. На основі того, що «відносно автономним суб'єктам відповідають характерні типи знань», В. Героїменко виокремлює декілька рівнів структурної організації наукового знання:

1) особистісний (носій – індивід, суб'єкт);

2) парадигмальний (носій – наукове співтовариство);

3) об'єктивований (носій – суспільство);

4) транссуб'єктивний (носій – людство).

Значущими для нашого монографічного дослідження є умовиводи вченого про те, що особистісне і надособистісне знання перебувають у певному співвідношенні, яке існує як об'єктивна відносно окремої особистості система поглядів, ідей, теорій.

Такої ж думки дотримується В. Гриньова, яка зауважує, що знання, об'єктивоване в знакових системах і предметах людської культури, справді є відчуженим від суб'єкта, що пізнає, – особистості. Надособистісне ж знання може бути і необ'єктивованим (міжособистісним) і складати ядро змісту особистісного знання.

Необхідно зазначити, що більш детально види знань аналізуються у працях В. Краєвського, М. Махмутова, І. Лернера та інших учених.

Зокрема, М. Махмутов виокремлює декілька видів знань, беручи за основу рівень їх узагальненості й конкретності, взаємопов'язаності і практичності: узагальнені знання (поняття, закони, правила); знання про прийоми і способи розпізнання сутності предметів і явищ дійсності, про взаємозв'язки між поняттями, законами, правилами, про способи розумової діяльності у процесі набуття знань, способи розв'язання проблем; факти, терміни, дати, назви, кількісні дані, імена, події тощо.

В. Краєвський та І. Лернер, деталізуючи види знань, вказують на їх якісний зміст (теоретичний, світоглядний, методологічний, історичний, практичний тощо):

1) важливі факти, поняття, закони, теорії науки;

2) світоглядні ідеї, естетичні та етичні норми, ідеали;

3) знання про методи дослідження та наукового мислення;

4) знання з історії науки, відомості про її видатних діячів;

5) знання про вміння і навички застосування знання;

6) знання про способи пізнавальної діяльності, логічні операції, мисленнєві прийоми;

7) показники розвитку здібностей, почуттів, необхідних для участі в широкому діапазоні діяльності.

Основними видами професійних знань, на думку Л. Сущенко, є філософське, методологічне, історичне, теоретичне, технологічне, валеологічне й управлінське [25].

Оволодіння професійними знаннями здійснюється під час вивчення комплексу конкретних навчальних дисциплін.

З огляду на те, що оволодіння студентами знаннями з питань збереження і зміцнення здоров'я, профілактики захворювань під час реалізації навчальних планів здійснюється дискретно (за окремими навчальними дисциплінами), воно врешті-решт має реалізуватися у формуванні інтелектуального потенціалу студента вищого навчального закладу з усією сукупністю суспільно і професійно значущих якостей.

Суттєвим для нашого дослідження є виявлення специфічності навчальної діяльності: важливий не лише результат (певний рівень знань, умінь, навичок, оцінений у балах), який отримують ті, кого навчають, під час розв'язання того чи іншого навчального завдання, а сам процес розв'язання цього завдання.

У навчальній діяльності продуктом є не перетворення зовнішніх об'єктів, а зміни в самому суб'єкті діяльності: той, хто навчається, перетворює, змінює самого себе.

З огляду на це, за своєю метою суб'єкт-суб'єктна діяльність колективу викладачів і студентів вищого навчального закладу має бути зорієнтована на забезпечення розвитку особистості студента і формування тих соціально очікуваних рис випускника, що стануть підґрунтям його самореалізації у вибраній сфері професійної праці.

Повсякденна діяльність викладача тієї чи іншої навчальної дисципліни має бути спрямована не лише на проведення чергового заняття, метою якого є досягнення локальних навчальних результатів, але й на досягнення визначеної мети.

Адже, незважаючи на численні зміни у психіці й інтелектуальних можливостях студента на кожному занятті, результуючі (підсумкові) якості особистості не є простою сумою цих змін.

Більш за те, сукупний результат не перевищує суму окремих результатів, але є якісно інший: результуючі зміни у психіці і можливостях індивіда глибші й ґрунтовніші від парціальних результатів.

Цю думку в тому чи іншому контексті висловлювали й інші дослідники проблем психології і педагогіки вищої школи.

Ключовим моментом нашого дослідження була настанова на те, що навчання – це не просто процес передачі знань від однієї особи до іншої, а й форма реалізації активності студента, яка спрямовується і контролюється викладачем.

При цьому студент учитель оволодіває не лише знаннями, але й прийомами і способами самостійного мислення, здобування знань.

Таким чином, ми розглядаємо процес формування інтелектуального потенціалу студента з питань формування здоров'я як цілеспрямоване і організоване (а значить кероване) набуття суб'єктом (студентом) природничо-наукових знань в означеній галузі, що мають філософський, методологічний, історичний, теоретичний і прикладний зміст.

Ці знання системні, науково обґрунтовані, мають риси універсалізму і визнаються суспільством як певний освітньо-кваліфікаційний рівень (бакалавр, магістр) професійної підготовки.

Філософське, методологічне, історичне, теоретичне і технологічне знання у процесі їх усвідомлення, осмислення і засвоєння майбутніми вчителями трансформуються у компетентності, що сприяє особистісному і професійному розвитку студентів, формуванню їх готовності до використання набутих знань у життєвій і педагогічній практиці.

Слід зазначити, що сучасна система університетської освіти не повною мірою враховує те, що основним показником ефективності засвоєння знань є їх застосовність на практиці.

Відомо, що знання, які студент набув на теоретичному рівні, але не навчився застосовувати, є формальними.

Тому важливим було те, щоб знання з питань формування здоров'я були використані студентами як при організації повсякденної життєдіяльності, так і у майбутній професійній діяльності.

Які ж знання отримує студент у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я під час навчання в університеті? На нашу думку це:

- знання теорії формування здоров'я (природничо-наукові концепції виживання і розвитку людини; наукові відомості про природу здоров'я людини і здоровий спосіб життя як чинника його формування, збереження і зміцнення; підходи до формування здоров'я в суспільно-історичній практиці);

- знання прикладних аспектів формування здоров'я (сучасні методики оздоровлення організму людини і раціональної організації життєдіяльності; методи і засоби збереження і відновлення здоров'я людини під час та внаслідок дії екстремальних факторів; підходи до створення здорового середовища проживання тощо);

- знання наукових і практичних підходів до формування здоров'я в умовах навчальної (професійної) діяльності (методи та засоби збереження і відновлення розумової працездатності, профілактики перевтоми, професійних захворювань; організація навчальновиховного процесу на основі здоров'язбережувальних технологій).

Усе вищесказане дає змогу описати результат навчання, складником якого є знання студентів у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я з позицій компетентнісного підходу.

Передусім зазначимо, що в рамках Болонського процесу європейські університети застосовують компетентнісний підхід, який розглядається як своєрідний «інструмент посилення соціального діалогу вищої школи зі світом праці, засобом поглиблення їх співпраці та відновлення у нових умовах взаємної довіри» [32].

У форматі нашого дослідження проаналізуємо сутнісний зміст понять «компетенція» і «компетентність».

У тлумаченні поняття «компетенція» наша дослідницька позиція суголосна з його характеристикою як результату навчання, вимоги до освітньої підготовки, соціально закріпленого результату. Так, у відповідній статті «Енциклопедії освіти» наголошено, що в комплексі компетенцій закладено додаткову можливість подати освітні результати системно, що створює передумови для побудови чітких вимірників навчальних досягнень того, хто набуває знання.

На думку В. Байденко, мова компетенцій є найбільш адекватною для опису мети й результатів навчання. На його думку, компетенції можна поділити на дві групи: ті, які відносяться до загальних (універсальних, ключових, надпрофесійних) і ті, які можна назвати предметно-спеціалізованими (професійними).

Обидві групи співвідносяться з вимогами до академічної підготовленості і вимогами до професійної підготовленості.

Семантичне походження поняття «компетентність» (від лат. – competens) дає змогу визначити його сутнісну характеристику – належний, відповідний.

Узагальнюючи наукові підходи вчених до тлумачення поняття «компетентність» С. Сисоєва та І. Соколова зауважують, що дослідники визначають це поняття як систему взаємопов’язаних сфер діяльності: мотиваційно-теоретичної, практико-прикладної та дослідницько-рефлексивної (В. Блінов, К. Махмурян, Є. Соловйова); достатній рівень професійних знань, умінь та навичок фахівця (Н. Коломінський, С. Смірнов, Є. Шорт), досвід та теоретикоприкладну підготовленість до застосування знань (В. Шепель); вміння актуалізувати накопичені знання в процесі реалізації професійних функцій (Є. Зеєр) та конструктивно діяти в соціальних умовах, що змінюються (В. Дьомін); досвід соціальної діяльності (Я. Цехмістер) або життєвий досвід, необхідний для розв’язання життєвих завдань і побудови продуктивного життя як індивідуального проекту (І. Єрмаков); готовність фахівця приймати оптимальні рішення завдяки наявності певних знань, вмінь та навичок (В. Міжериков); базовий компонент поняття «культура», що сприяє формуванню спеціаліста високої культури (О. Бондаревська); якісний і результативний показник сформованості професійних знань та вмінь щодо реалізації їх в діяльності (В. Гершунський); специфічну здатність, необхідну людині для ефективного виконання конкретної дії в предметній галузі, що охоплює вузькоспеціалізовані знання, специфічні предметні навички, способи мислення, а також розуміння відповідальності за свої дії (Р. Джон); здатність особи реалізовувати знання і навички в новій ситуації (Н. Мілованова, В. Прудаєва); кваліфікаційну характеристику особи, щ властива їй у момент включення у діяльність (О. Проворотов, О. Смолянінова) або індивідуальну характеристику міри відповідності потребам професії (А. Маркова).

Аналіз документів Болонського процесу свідчить про наявність тенденції визначати результати навчання мовою компетенцій.

Сформулюємо загальні компетенції, які набуваються студентами у процесі набуття системи знань у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я.

На нашу думку, це такі:

- здатність програмувати оздоровчу діяльність;

- здатність до організації і самооцінки життєдіяльності відповідно до вимог здорового способу життя, зокрема відповідності організації повсякденної життєдіяльності раціональному режиму дня; відповідності повсякденного харчування принципам раціонального харчування; рівня фізичної активності (ФА) тощо;

- здатність здійснювати заходи профілактики розумової перевтоми шляхом дотримання гігієни праці;

- здатність застосовувати засоби психологічної саморегуляції; - здатність оцінювати рівень культури відпочинку;

- здатність забезпечувати умови для оптимальної розумової працездатності; - здатність до профілактики (корекції) шкідливих звичок;

- здатність добирати оптимальні для своєї фізіологічної конституції засоби загартовування у повсякденній життєдіяльності;

- здатність підтримувати належний рівень особистої гігієни;

- здатність моделювати професійну діяльність на основі здоров'язбережувальних технологій (проводити комплекс діагностичних досліджень стану здоров'я свого та інших; планувати роботу з урахуванням динаміки денної і тижневої розумової працездатності; оцінювати повітряний, температурний і світловий режим приміщення, у якому здійснюється професійна діяльність з подальшою його корекцією відповідно до гігієнічних норм);

- здатність моделювати професійну діяльність з розроблення і застосування практичних прийомів з охорони здоров'я (офтальмотренаж; фізкультпаузи; фізкультхвилинки; надання першої долікарської допомоги в разі нещасного випадку; профілактика інфекційних і застудних захворювань);

- здатність організовувати індивідуальні форми життєдіяльності як компонента системи професійної підготовки.

У визначенні загальних компетенцій, які набувають студенти у процесі набуття системи знань у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я, ми враховували, що навчання як провідний вид діяльності студентів вищого навчального закладу визначає такий процес змін особистості, який можна назвати її розвитком.

Основними напрямами розвитку особистості майбутнього фахівця на етапі його навчання у ЗВО є:

1) формування компетенцій у визначеній сфері суспільного розподілу праці (загальних і спеціальних професійні знання, уміння і навички);

2) розвиток психологічних механізмів застосування засвоєних способів діяльності;

3) формування особистісних професійних якостей і здібностей.

Характеризуючи діяльність студентів у процесі їх професійної підготовки, необхідно зазначити, що:

- у процесі навчання відбувається перетворення зовнішньої діяльності на внутрішню, що визначає високий ступінь впливу суб'єктивного фактора навчання;

- ця діяльність здійснюється на більш високому (порівняно з навчанням у загальноосвітній школі) рівні розвитку особистості і її загальнотеоретичної підготовленості;

- навчальна діяльність студентів є своєрідною проекцією їх майбутньої професійної діяльності, що потребує зорієнтованості на раціоналізацію способів життєдіяльності і формування здоров'я;

- великий обсяг навчальної інформації та індивідуальний спосіб оволодіння новими видами діяльності зумовлюють те, що навчальна діяльність студентів значною мірою визначається їх власною активністю, спирається на осмислене оволодіння новими способами діяльності.

Таким чином, у результаті спільної суб'єкт-суб'єктної діяльності викладачів і студентів має виникати «утворення», яке не зводиться лише до сукупності результатів, що одержуються на тому чи іншому занятті.

У цій якісній невідповідності і полягає емерджентність університетської освіти: виникнення в системі нових характеристик, раніше їй не притаманних.

Тобто підсумок є більшим, ніж сума окремих результатів: появи у випускника університету сукупності нових якостей, які відрізняються від окремих, набутих поетапно у процесі професійної освіти.

Засвоєння студентами знань у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я ми розглядаємо як вид діяльності, цілеспрямовану передачу практичного і соціального досвіду, що є засобом розвитку особистості студента й органічно вплітається в контекст його життєдіяльності і професійного становлення. Залучення студента до особливого виду діяльності, яким є засвоєння цих знань, має мету – освоєння об'єктивованого досвіду людства і осмислення суб'єктивного досвіду, що має виявитися у компетенціях, відбиватися в тих чи інших діях, формах поведінки тощо.

Студіювання розвитку ідеї університетської освіти в контексті становлення сучасних моделей університету дало змогу виявити виключну місію університетської освіти у процесі формування здоров'я молоді, набуття студентами знань і компетенцій у галузі збереження і зміцнення здоров'я.

Зважаючи на ідею університету, що склалася історично, застосування світового ретроспективного досвіду формування здоров'я молоді у період навчання і майбутній професійній діяльності є актуальним і своєчасним.

У розглянутій стратегії формування здоров'я молоді через континууми мети, засобів і досвіду студентів відправним моментом дослідження було з'ясування тих аспектів інтелектуальної праці, що відбиваються (позитивно чи негативно) на здоров'ї досліджуваної вікової групи.

Це створило підґрунтя для виокремлення чинників, які у процесі навчальної діяльності студентів справляють негативний вплив на їх здоров'я, обґрунтувати стратегічні орієнтири у визначенні мети і відбору засобів формування здоров'я сучасної студентської молоді.

Так, засвоєння студентами знань у галузі формування, збереження і зміцнення здоров'я ми розглядаємо як вид діяльності, мета якої – освоєння об'єктивованого досвіду людства з культивування здоров'я і осмислення суб'єктивного досвіду, що органічно вплітається в контекст їх життєдіяльності і професійного становлення, є засобом розвитку особистості у період здобуття університетської освіти.

Обґрунтування умов проектування здоров'язбережувальних технологій у вищій школі уможливило визначення найбільш ефективних, спрямованих на:

1) мотиваційне забезпечення здоров’язбережувальної діяльності студента;

2) використання у процесі реалізації навчально-виховних цілей університетської освіти предметного поля дисциплін циклу природничо-наукової, професійної і практичної підготовки, зміст яких становить методологічне, теоретичне і прикладне підґрунтя формування, збереження і зміцнення здоров'я студентів, формування їх професійної компетенції;

3) реалізацію настанови у доборі здоров'язбережувальних технологій у вищій школі на суб'єктну позицію студента як носія індивідуального досвіду і способу життя;

4) орієнтацію у навчально-виховному процесі на пріоритетність гуманістичних цінностей, демократизму, індивідуалізації, самопізнання та саморозвитку;

5) цілісність, безперервність процесу формування здоров'я студентів в умовах університетської освіти;

6) залучення студентів у процесі навчання у вищій школі до діяльності, яка моделює їх майбутню професійну працю.

Результати теоретичних узагальнень і практичного досвіду формування здоров'я студентської молоді в умовах сучасної університетської освіти свідчать, що запорукою успіху є реалізація компетентнісного підходу у навчально-виховному процесі багатопрофільного вищого закладу освіти.

В основі цього підходу – ефективне застосування науково обґрунтованих знань і практичного досвіду, засобів і методів збереження і зміцнення здоров'я в режимі навчання у ЗВО для максимально повного задоволення інтересів, потреб, запитів та здібностей студентів у сфері їх професійного становлення, соціального і культурного буття.