

Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія»
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

Шкурапет Наталія Іванівна

УДК [37.06: 613.96]:316.47

ДИСЕРТАЦІЯ

Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків

22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата соціологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Н.І.Шкурапет

Науковий керівник:

Михайльова Катерина Геннадіївна, доктор соціологічних наук, професор

Харків – 2020

АНОТАЦІЯ

Шкурапет Н.І. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата соціологічних наук за спеціальністю 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології. – Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія»; Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, Харків, 2020.

У першому розділі «Теоретичні основи аналізу здоров'я та здорового способу життя» розглянуто основні теоретичні підходи до вивчення феноменів здоров'я та здорового способу життя як підґрунтя дослідження здорового способу життя підлітків; продемонстровано особливості сучасного суспільства як середовища мережевого впливу на спосіб життя особистості, розкрито функціональний потенціал соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків.

Спираючись на мультипарадигмальний підхід у дослідженні здоров'я та здорового способу життя та використовуючи метод ретроспективного аналізу, досліджено генезис парадигм здоров'я (класична, некласична й постнекласична), що дозволило виокремити загальні сутнісні риси даного феномена. Аналіз переваг та недоліків різних підходів до розгляду феномена здоров'я (холістичний, дискурсивний, еволюціоністський, соціокультурний, нормоцентричний, аксіологічний, феноменологічний, антропоцентричний, акмеологічний, адаптаційний тощо) дозволив дійти висновку про доцільність використання у дисертаційному дослідженні інтегративного підходу, який розглядає здоров'я як сукупність фізичних, соціальних, психологічних та духовних компонентів, диференційований стан яких характеризує здатність людини адаптуватися до навколишнього середовища та виконувати соціальні

ролі та функції в ньому. Звернення до різних моделей здоров'я, його структурних елементів та базових характеристик дало можливість обґрунтувати доцільність використання при дослідженні здорового способу життя підлітків чотирьохсферної моделі.

Показано, що використання категорії «здоровий спосіб життя» передбачає акцентування уваги на типізованих практиках крізь їхню відповідність нормативній конструкції певного суспільства. Аналіз структури здорового способу життя та факторів впливу на нього дозволив угрупувати його елементи у фактологічну, оцінну та інструментальну групи.

Проведено аналіз теоретичних та практичних аспектів функціонування сучасних суспільств, які визначають специфіку впливу факторів різного рівня на здоровий спосіб життя особистості. Показано, що ключовим ресурсом сучасного суспільства є інформація. Це дозволяє констатувати, що інформаційні аспекти відіграють значну роль у виборі та відтворенні стратегій здорового способу життя. Сучасне суспільство активно використовує новий формат соціальних, економічних, політичних відносин, повсякденного життя, що реалізується завдяки інформаційним мережам. Теоретичний аналіз таких феноменів, як мережа та її типи, соціальна мережа, її рівні і функції, мережеутворюючі структури продемонстрував багатосаровість впливу соціуму на процес формування та реалізації здорового способу життя.

У сучасному суспільстві актуалізуються питання співвідношення «соціально організованих» та «індивідуалізованих» маркерів способів життя відносно власного здоров'я, що дозволяє говорити про різноманітність здоров'язбережувальних/ризикованих стилів життя. Вони детермінуються типом мережеутворюючих суб'єктів та особливостями сконструйованої мережевої взаємодії. Доведено, що для формування здорового способу життя найприйнятнішим є варіант матричної структури, яка відображена в трьох базових моделях – «концентрована мережа», «розподільна мережа», «модель ланцюга».

Показано, що соціальні інститути задають певні рамки життєдіяльності підлітків та конструюють мережі, до яких вони можуть залучатися. Аналіз

функцій, які виконують соціальні інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я, показав, що найбільший потенціал впливу на здоровий спосіб життя підлітків має сім'я. В сучасному суспільстві соціальний інститут сім'ї може розглядатися як мережева структура, яка формує здоров'язбережувальний або здоров'яризикований простір. Освіта як соціальний інститут через виконання власних функцій сприяє формуванню певного ціннісно-культурно-знанневого простору в суспільстві. Розвиток безперервної освіти та неформальних її форм створює різні мережеві вузли впливу на формування способу життя підлітків. Для реалізації функцій інституту охорони здоров'я використовується розгалужена мережа, але побудова стратегії здорового способу життя підлітків лише інститутом охорони здоров'я має обмежені можливості.

Другий розділ «Здоровий спосіб життя сучасних українських підлітків в умовах інституційного впливу в мережевому суспільстві» присвячено аналізу практик та результативності впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків у сучасному суспільстві. Узагальнено особливості підлітків як соціально-демографічної групи, а також їхнього способу життя з урахуванням приналежності до покоління «Z». Позначено, що спосіб життя підлітків визначається особливостями соціальної взаємодії з різними соціальними суб'єктами, які складають соціальне оточення підлітків. Саме вони максимально впливають на процеси їхнього рольового самовизначення та самоствердження, які обумовлюють спосіб її життя, в тому числі й щодо власного здоров'я. Показано, що для аналізу сучасних підлітків та їхнього способу життя використовуються різні теоретичні конструкти, які акцентують увагу на їхніх стрижневих характеристиках, що надає можливість концентрувати увагу на важливих маркерах способу життя підлітків, зокрема значного ступеня залучення до Інтернет-мереж та онлайн комунікації. Мережевий характер сучасного суспільства надає можливість поєднання у життєвому світі підлітків різних за спрямованістю та змістом мереж. Тож спосіб життя сучасних підлітків різниться своєю варіативністю, надаючи можливість досліджувати стилі життя підлітків. На основі виокремлення

характерних рис підлітків, які обумовлюють домінування певних поведінкових практик (здоров'язбережувальних/ здоров'яруйнівних) запропоновано авторську типологію здоров'язбережувальних стилів життя сучасних підлітків, в основі якої – ціннісне ставлення підлітка до здоров'я, рівень поінформованості щодо здоров'язбережувальних практик та поведінкова активність підлітка щодо збереження власного здоров'я: здоров'язбережувальний активний; здоров'язбережувальний ситуативний; ризиково-пасивний; ризиково-активний.

Аналіз практик соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я для формування здорового способу життя підлітків продемонстрував, що в сім'ї співіснують здоров'язбережувальні і здоров'яруйнівні практики, що сприяє формуванню ситуативного, нестійкого характеру здорового способу життя підлітків. Аналіз шкільних практик з формування здорового способу життя підлітків продемонстрував, що вони здійснюються у різних напрямках: структурно-організаційний; змістовний; освітньо-технологічний; інформаційно-просвітницький. Розгляд практик інституту охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків показав, що можна виокремити п'ять основних соціальних суб'єктів, які залучені до цих процесів: підліткові кабінети, сімейні лікарі, шкільна медична служба, інститути охорони здоров'я дітей та підлітків, «Клініки, дружні до молоді?». Аналіз їхньої діяльності дозволив дійти висновку, що їхня діяльність створює певну мережу, спрямовану на сприяння здоровому способу життя підлітків. Звернення до практик мережевої взаємодії інституту охорони здоров'я та шкіл задля підвищення ефективності практик формування здорового способу життя підлітків дозволило угрупувати ризики цієї діяльності: ризики залучення кадрового медичного складу, ризики професійної медичної діяльності, ризики управління.

Звернення до об'єктивних показників стану здоров'я сучасних українських підлітків свідчить про несприятливі тенденції. Самооцінки ж підлітками власного здоров'я характеризуються переважно позитивними судженнями. Співставлення об'єктивних характеристик та суб'єктивних оцінок здоров'я підлітків дозволило виокремити коло протиріч: між реальним станом

здоров'я та його самооцінкою; між самооцінкою здоров'я та рівнем задоволеності ним; між сприйняттям першорядності здорового способу життя у порівнянні із зовнішніми чинниками впливу на стан здоров'я та відсутністю мотивації позитивного відношення до індивідуального здоров'я; між рівнем поінформованості про способи збереження здоров'я та реальними діями щодо власного здоров'я.

Емпіричний вимір здорового способу життя підлітків здійснено у відповідності до чотирьохсферної моделі за допомогою шести груп показників, які були визначені у ході експертного опитування: характеристики харчування, наявність та характер шкідливих звичок; фізична активність та відпочинок; нормативна/ненормативна соціальна поведінка; ціннісний вимір здорового способу життя; задоволення способом життя та його компонентами. За даними соціологічних досліджень, найбільш суперечливими складовими є такі, як харчування, фізична активність, уникнення шкідливих звичок та залежностей. Сучасне покоління обирає переважно пасивні форми дозвілля, що не відповідає здоров'язбережувальним трендам способу життя. Переважна більшість підлітків розуміє важливість ведення здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я, проте це не завжди відбивається на їхній власній поведінковій стратегії. Узагальнення наведених даних дозволяє стверджувати, що в сукупності трохи більше третини підлітків стабільно залучені до позитивних практик у рамках здорового способу життя.

У третьому розділі «Особливості мережевих впливів соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків у сучасній Україні» здійснено аналіз зон впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків в сучасних умовах та запропоновано мережеву модель їхньої взаємодії. Для цього в роботі використано три типи даних: оцінка практик соціальних інститутів щодо формування здорового способу життя підлітків; процедура однофакторного дисперсійного аналізу, яка дозволила визначити наявність впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на компоненти здорового способу

життя; угруповання показників здорового способу життя на «здоров'язбережувальні практики» та «здоров'яруйнівні практики».

Емпіричні дослідження дозволили зробити висновок, що в сучасних умовах родина має вплив на обмежену кількість складових здорового способу життя підлітків, і цей вплив майже рівномірно розподілений між «здоров'язбережувальними» та «здоров'яруйнівними» практиками. Школа, як і сім'я, має вибірковий вплив на різні компоненти здорового способу життя підлітків. Угруповання напрямків такого впливу демонструє перевагу проблемних для здорового способу життя підлітків компонентів. Інститут охорони здоров'я має мінімальну кількість зон впливу на здоровий спосіб життя сучасних підлітків. Доведено наявність потенціалу деструктивного впливу на підлітків кампанії, в якій вони перебувають.

Узагальнення результатів однофакторного дисперсійного аналізу демонструє відсутність системності впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків. Жодна із складових здорового способу життя не випробовує вплив усіх трьох інститутів. Під впливом більш ніж одного інституту знаходяться такі складові здорового способу життя підлітків, як: тютюнопаління, споживання м'яса (інститути освіти та охорони здоров'я); вживання наркотиків, споживання соків, копченої риби, сиру, час першої спроби алкоголю, перших інтимних стосунків (сім'я та освіта). Без впливу інститутів, що досліджуються, залишається: споживання цукерок, здобних виробів, риби, йогуртів, морозива, свіжих овочів. Жоден із соціальних інститутів не має вирішального впливу на оцінку безпечності поведінки підлітків та ієрархію життєвих цінностей. Зроблено висновок, що жодна із інституцій не в змозі самостійно сформувати мотивацію у підлітків з ціннісно-позитивного ставлення до здоров'я, обрання ними здорового способу життя.

Запропонована модель мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків. Модель побудована на основі багатосторонньої та багаторівневої взаємодії

мережевих вузлів. Обґрунтовано, що найбільш відповідним варіантом структурування моделі є матрична структура. Схарактеризовано організаційно-процесуальні компоненти діяльності суб'єктів мережевої взаємодії у вирішенні спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків, а також підвищення батьківської компетентності в контексті здоров'язбереження.

Здійснено аналіз результативності запропонованої моделі мережевої взаємодії. Виявлено, що у результаті впровадження моделі зросла кількість підлітків, які усвідомлюють цінність здоров'я (+12,4%), цікавляться відповідною інформацією (+20,6%), займаються спортом (+24,9%), проходять медичні огляди (+16,4%) тощо. Також спостерігається позитивна динаміка поведінкових змін щодо здорового способу життя підлітків за параметрами: споживання корисної їжі, відмова від шкідливих звичок. З 2016 по 2018 рр. суттєво змінилась тематика спілкування батьків з підлітками – значно більше уваги стало приділятися питанням здоров'язбережувальної спрямованості; +19,5% батьків стали відвідувати спортивні зали, +6,9% виїжджають на велопрогулянки разом з дітьми, +9,9% змінили практики харчування, +15,5% пройшли комплексне медичне обстеження.

Порівняння результативності впливу на здоровий спосіб життя мережевої та лінійної моделей продемонструвало, що в умовах лінійної моделі освітнє середовище впливає на 21% від досліджених складових здорового способу життя підлітків. У той час вплив освітнього середовища, в якому реалізується мережева модель взаємодії інституту сім'ї, освіти та охорони здоров'я, спостерігається на 66,7% складників.

Комплексна оцінка якості реалізації програм, що наявні в мережі, здійснена за допомогою методу аналізу ієрархій, продемонструвала, що показник ефективності моделі складає 0,766, і це дає змогу зробити висновок, що запропонована модель мережевої взаємодії є результативною.

Ключові слова: підлітки, спосіб життя, здоровий спосіб життя, здоровий стиль життя, мережева взаємодія.

ABSTRACT

Nataliya I. Shkurapet. Networking of social institutions of family, education and health care as a factor in shaping a healthy lifestyle of modern adolescents. – Qualification research paper, manuscript.

Thesis of a Candidate Degree in Sociology: Specialty 22.00.04 – Special and Branch sociologies. – Kharkiv University of Humanities “People's Ukrainian Academy”; V. N. Karazin Kharkiv National University, the Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, 2020.

The first section «Theoretical foundations of the analysis of health and healthy lifestyle» discusses the main theoretical approaches to the study of the phenomena of health and healthy lifestyle as a basis for the study of healthy lifestyles in adolescents; the features of modern society as an environment of network influence on the lifestyle of the individual are demonstrated, the functional potential of social institutions of the family, education and health care in the formation of a healthy lifestyle of adolescents is revealed.

Basing on a multiparadigmatic approach in the study of health and healthy lifestyle and using the method of retrospective analysis, the genesis of health paradigms (classical, non-classical and post-non-classical) was studied, which allowed to distinguish the general essential features of this phenomenon. Analysis of the advantages and disadvantages of different approaches to the phenomenon of health (holistic, discursive, evolutionary, sociocultural, normocentric, axiological, phenomenological, anthropocentric, acmeological, adaptive, etc.) allowed us to conclude that it is rational to use integrative research in the dissertation that considers health as a set of physical, social, psychological and spiritual components, the differentiated state of which characterizes a person's ability to adapt to the environment and perform social roles and functions in it. Addressing the various models of health, its structural elements and basic characteristics made it possible to justify the use of the four-sphere model in the study of a healthy lifestyle of adolescents.

It is shown that the use of the category «healthy lifestyle» involves focusing on standardized practices through their compliance with the normative structure of a particular society. Analysis of the structure of a healthy lifestyle and the factors influencing it allowed to group its elements into factual, evaluative and instrumental groups.

Theoretical and practical aspects of the functioning of modern societies are analyzed, which determine the specifics of the impact of factors of different levels on a healthy lifestyle. It is shown that the key resource of modern society is information. This allows us to state that informational aspects play a significant role in choosing and reproducing healthy lifestyle strategies. Modern society actively uses a new format of social, economic, political relations, everyday life, which is realized through information networks. Theoretical analysis of such phenomena as the network and its types, social network, its levels and functions, network-forming structures has demonstrated the multilayered influence of society on the formation and implementation of a healthy lifestyle.

In modern society, the question of the relationship between «socially organized» and «individualized» markers of lifestyle in relation to their own health, which allows us to talk about the diversity of healthy / risky lifestyles. They are determined by the type of network-forming entities and the characteristics of the constructed network interaction. It is proved that for the formation of a healthy lifestyle the most acceptable is the variant of the matrix structure, which is reflected in three basic models – «concentrated network», «distribution network», «chain model».

It is shown that social institutions set certain frameworks for the life of adolescents and construct networks in which they can be involved. An analysis of the functions performed by the social institutions of the family, education and health care has shown that the family has the greatest potential for influencing the healthy lifestyle of adolescents. In modern society, the social institution of the family can be seen as a network structure that forms a health-preserving or health-risk space. Education as a social institution through the performance of its own functions

contributes to the formation of a certain value-cultural-knowledge space in society. The development of continuing education and its non-formal forms creates various network nodes of influence on the formation of adolescents' lifestyles. An extensive network is used to implement the functions of the health care institution, but only the health care institution has limited opportunities to build a strategy for a healthy lifestyle of adolescents.

The second section «Healthy lifestyle of modern Ukrainian adolescents in the context of institutional influence in the network society» is devoted to the analysis of practices and effectiveness of the impact of social institutions of family, education and health on healthy lifestyles in modern society. The peculiarities of adolescents as a socio-demographic group, as well as their way of life, taking into account the affiliation to generation «Z» are summarized. It is noted that the lifestyle of adolescents is determined by the characteristics of social interaction with various social actors that make up the social environment of adolescents. It is they who have the greatest influence on the processes of their role self-determination and self-affirmation, which determine her way of life, including their own health. It is shown that various theoretical constructs are used to analyze modern adolescents and their lifestyles, which focus on their core characteristics, which allows to focus on important markers of adolescent lifestyle, including a significant degree of involvement in Internet networks and online communication. The network nature of modern society provides an opportunity to combine in the life world of adolescents networks of different orientation and content. Therefore, the lifestyle of modern adolescents differs in its variability, providing an opportunity to explore the lifestyles of adolescents. Based on the identification of adolescent characteristics that determine the dominance of certain behavioral practices (health-preserving / health-destroying), the author's typology of health-preserving lifestyles of modern adolescents is proposed, based on the adolescent's value attitude to health, health awareness conservation practices and behavioral activity of the adolescent to maintain their own health: active health; health situational; risk-passive; risk-active.

An analysis of the practices of social institutions of the family, education and health care for the formation of a healthy lifestyle of adolescents has shown that the family coexists with health-preserving and health-destroying practices, which contributes to the formation of situational, unstable nature of healthy adolescent lifestyles. The analysis of school practices for the formation of a healthy lifestyle of adolescents has shown that they are carried out in different directions: structural and organizational; informative; educational and technological; informational and educational. Consideration of the practices of the Institute of Public Health in the formation of a healthy lifestyle of adolescents showed that there are five main social actors involved in these processes: adolescent offices, family doctors, school health service, children's health institutes and adolescents, «Youth-friendly clinics?». An analysis of their activities led to the conclusion that their activities create a network aimed at promoting a healthy lifestyle of adolescents. Addressing the practices of networking of the Institute of Health and schools to increase the effectiveness of practices for healthy lifestyles of adolescents allowed to group the risks of this activity: the risks of attracting medical staff, the risks of professional medical activities, management risks.

Turning to the objective indicators of the state of health of modern Ukrainian adolescents indicates unfavorable trends. Adolescents' self-esteem is characterized by mostly positive judgments. The comparison of objective characteristics and subjective assessments of the health of adolescents allowed us to distinguish a range of contradictions: between the real state of health and its self-esteem; between health self-esteem and satisfaction level; between the perception of the priority of a healthy lifestyle in comparison with external factors influencing the state of health and the lack of motivation for a positive attitude to individual health; between awareness of how to stay healthy and actual actions about your own health.

An empirical measurement of a healthy adolescent lifestyle has been made in accordance with the four-sphere model with the help of six groups of indicators that were identified during the expert survey: nutrition characteristics, presence and nature of bad habits; physical activity and rest; normative/non-normative social

behavior; value dimension of a healthy lifestyle; satisfaction with the way of life and its components. According to sociological research, the most controversial components are such as nutrition, physical activity, avoidance of bad habits and addictions. The current generation chooses mostly passive forms of leisure that do not correspond to the healthy lifestyle trends. The vast majority of adolescents understand the importance of living a healthy lifestyle to maintain and promote good health, but this does not always affect their own behavioral strategies. The generalization of the given data allows to state that together a little more than a third of teenagers are stably involved in positive practices within the limits of a healthy way of life.

In the third section «Peculiarities of network influences of social institutions of family, education and health care on healthy lifestyle of adolescents in modern Ukraine» the analysis of zones of influence of social institutions of family, education and health care on healthy lifestyle of teenagers in modern conditions and a network model of their interaction is proposed. To do this, the paper uses three types of data: assessment of the practices of social institutions for the formation of a healthy lifestyle of adolescents; one-factor analysis of variance, which allowed to determine the impact of social institutions of the family, education and health on the components of a healthy lifestyle; grouping healthy lifestyle indicators into «health-preserving practices» and «health-destroying practices».

Empirical studies have concluded that in today's environment, the family has an impact on a limited number of components of a healthy adolescent lifestyle, and this impact is almost evenly distributed between «health-preserving» and «health-destroying» practices. School, like family, has a selective effect on various components of a healthy adolescent lifestyle. The grouping of areas of such influence demonstrates the advantage of components that are problematic for a healthy lifestyle of adolescents. The Institute of Public Health has a minimum number of areas of influence on the healthy lifestyle of modern adolescents. The potential for destructive influence on adolescents of a company in which they happen to be.

The generalization of the results of one-factor analysis of variance shows the lack of systematic influence of social institutions of the family, education and health care on the healthy lifestyle of adolescents. None of the components of a healthy lifestyle is affected by all three institutions. Under the influence of more than one institution there are such components of a healthy lifestyle of adolescents as: smoking, meat consumption (educational and health institutions); drug use, consumption of juices, smoked fish, cheese, the time of the first attempt at alcohol, the first intimate relationship (family and education). Consumption of sweets, pastries, fish, yogurt, ice cream, and fresh vegetables remains without the influence of the institutions under study. None of the social institutions has a decisive influence on the assessment of the safety of adolescent behavior and the hierarchy of life values. It is concluded that none of the institutions is able to independently form motivation in adolescents with a value-positive attitude to health, their choice of a healthy lifestyle.

A model of networking of social institutions of the family, education and health care in the formation of a healthy lifestyle of adolescents is proposed. The model is based on multilateral and multilevel interaction of network nodes. It is substantiated that the most appropriate variant of model structuring is the matrix structure. The organizational and procedural components of the activity of the subjects of network interaction in solving the common tasks of forming a healthy lifestyle of adolescents, as well as increasing parental competence in the context of health care are characterized.

The analysis of efficiency of the offered model of network interaction is carried out. It was found that as a result of the implementation of the model the number of adolescents who are aware of the value of health (+ 12.4%), are interested in relevant information (+ 20.6%), play sports (+ 24.9%), undergo medical examinations (+ 16.4%) and so on. There is also a positive dynamics of behavioral changes in the healthy lifestyle of adolescents in terms of: consumption of healthy food, abandonment of bad habits. From 2016 to 2018, the topic of communication between parents and adolescents has changed significantly – much more attention has been

paid to health issues; + 19.5% of parents began to visit gyms, + 6.9% went for bicycle rides with their children, + 9.9% changed their eating practices, + 15.5% underwent a comprehensive medical examination.

Comparison of the effectiveness of the impact on the healthy lifestyle of network and linear models showed that in the linear model, the educational environment affects 21% of the studied components of a healthy lifestyle of adolescents. At the same time, the influence of the educational environment, in which the network model of interaction of the institute of family, education and health care is implemented, is observed on 66,7% of the components.

A comprehensive assessment of the quality of implementation of programs available on the network, carried out using the method of hierarchy analysis, showed that the efficiency of the model is 0,766, and this allows us to conclude that the proposed model of network interaction is effective.

Key words: adolescents, lifestyle, healthy way of life, healthy lifestyle, networking.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

Розділи у монографіях:

1. Шкурапет Н. И. Здоровье как особый компонент человеческого капитала XXI века. *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі України: організаційний аспект:* [монографія] / под. ред. Е. Г. Михайлевой. Харьков : Изд-во НУА, 2016. С. 55-64.

2. Шкурапет Н. И. Роль общеобразовательной школы в системе формирования здорового образа жизни подростков как компонента человеческого капитала украинского общества XXI века. . *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі України: організаційний аспект:* [монографія] / под. ред. Е. Г. Михайлевой. Харьков : Изд-во НУА, 2016. С. 300-313.

Статті у наукових фахових виданнях України та включених до міжнародних наукометричних баз:

3. Шкурапет Н. И. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як складова нової стратегії профілактичної роботи з формування здорового способу життя. *Вчені зап. Харків. гуманітар. ун-ту «Нар. укр. акад.»*. Харків, 2015. Т. 21. С. 236–244.

4. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. И. Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя школярів. *Науково-теоретичний альманах «Грані»*. 2019. Т. 22, № 12. С.67-76 (індексується в міжнародних базах *Index Copernicus; Google Scholar; DOAJ; Universal Impact Factor; Vsenauki.ru; BASE - Bielefeld Academic Search Engine; General Impact Factor; SIS Scientific Group; ERIH PLUS*) (здобувачем Шкурапет Н. И. обтунтовано соціальне партнерство у якості методологічної основи мережевої взаємодії, доцільність запровадження трьох базових типів матричної структури моделі мережевої взаємодії

(«концентрована мережа», «розподільна мережа», модель «ланцюжок») для реалізації міждисциплінарного компоненту освітніх програм, мережесих науково-дослідницьких та соціальних проєктів здоров'язберезувальної спрямованості).

5. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Дозвілєві практики сучасних підлітків в контексті здоров'язбереження: соціологічний аналіз. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2019. Вип. 84. С.110-122 (індексується в міжнародній базі *Index Copernicus*) (здобувачем Шкурапет Н. І. розкрито взаємозв'язок між дозвілєвими практиками сучасних підлітків та їх орієнтацією на здоровий спосіб життя).

6. Михайльова К., Шкурапет Н. Потенціал використання понять «спосіб життя» та «стиль життя» для соціологічного аналізу практик щодо індивідуального здоров'я. *Соціологічні студії. Науково-практичний журнал*. 2020. № 1 (16). С. (здобувачем Шкурапет Н. І. здійснено ретроспективний аналіз підходів до трактування понять «спосіб життя», «стиль життя» та здійснено їх порівняння для використання при дослідженні феномену індивідуального здоров'я).

Статті у наукових зарубіжних виданнях, що включено до наукометричних баз:

7. Shkurapet N. I. The role of school medicine in the formation of health-preserving educational environment as the main factor affecting the health of modern schoolchildren. *International Journal of Advance Researches*. United States of America. 4 (5) September, 2019. С. 24-30 (індексується в міжнародних базах *Index Copernicus; Google Scholar; Cite Factor; CrossRef., Science Library Index, scientific World Index, Root Indexing, ResearchGate, Mendeley*)

8. Shkurapet N. I. Transformation of a way of life of teenagers under conditions of modern challenges: the sociological analysis. *European Humanitarian Studies*. 2020. №2. С. 22-34 (здобувачем Шкурапет Н. І. розкрито наслідки впливу сучасного суспільства на спосіб життя підлітків)

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

9. Шкурапет Н. І., Даниленко Г. М., Циганок Н. І. Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підґрунтя впровадження здоров'яформуючих технологій в загальноосвітньому навчальному закладі. *Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу*: матеріали Всеукр. наук.-прак. конф, Суми, 17-19 квітня 2006р. / СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. С. 56-61 (здобувачем Шкурапет Н. І. запропоновано систему індикаторів для оцінки здоров'я школярів при запровадженні механізмів формування здорового способу життя у школі).

10. Шкурапет Н. І., Левіна Л. Р. Моніторингові дослідження з питання охорони здоров'я учнів – ефективний інструмент управління здоров'язберігаючої діяльності гімназії. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*: матеріали V Міжнарод. наук.-практ. конф.. Харків, 2007. С. (здобувачем Шкурапет Н. І. показано можливості моніторингу стану здоров'я школярів для планування ефективних заходів шкільної політики щодо формування здорового способу життя підлітків).

11. Шкурапет Н. І. Вплив сім'ї на формування стереотипів здоров'яформуючої поведінки дітей шкільного віку. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*: матеріали X Міжнарод. наук.-практ. конф., Харків, 2012. С

12. Шкурапет Н. І. Роль соціальних інституцій у формуванні здорового способу життя українських підлітків. *Соціально-економічний розвиток регіонів: програма і матеріали*: матеріали LI Міжнар. наук.-практ. конф., Черновці, 29-30 грудня 2016 р. Т.2. Київ: Науково-видавничий центр «Лабораторія думки», 2016. С43-46.

13. Шкурапет Н. И. Влияние образовательных рисков на здоровье украинских подростков: социологический анализ. *Образовательные риски: суть и подходы к решению*: программа и материалы XVI междунар. науч.-практ. конф., Харьков, 15 февр. 2018 г. / Нар. укр. акад. Харьков, 2018. С. 308-311.

14. Шкурапет Н. И. Возможности STEAM-образования в формировании здорового образа жизни современных школьников. *Smart-образование в smart-обществе: возможные пути адаптации* : материалы XVII ежегод. Междунар. науч.-практ. конф., Харьков, 14 февр. 2019 г. / Харьк. гуманитар. ун-т «Нар. укр. акад.». Харьков : Изд-во НУА, 2019.С. 252 – 254.

15. Шкурапет Н. И. Формы партнерства социальных институтов в сохранении капитала здоровья «цифрового поколения». *Проблемы и перспективы социального партнерства мира университета: взгляд молодых преподавателей*: программа и материалы XXVI науч.-теорет. конф. молодых ученых, 13 апр. 2019 г. / Нар. укр. акад. [и др.]. Харьков, 2019. С. 26–31.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

16. Шкурапет Н. І. Мережеві форми соціальної взаємодії сім'ї та школи в контексті формування батьківської компетенції як умови обрання українськими школярами здорового способу життя *Virtus: Scientific Journal*. June № 23, 2018. P. 177–180 (індексується в міжнародних базах *Scientific Indexing Services (SIS) (USA)*, *Citefactor (USA)*, *International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)*)

ЗМІСТ

| | |
|---|-----|
| ВСТУП | 4 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ | 18 |
| 1.1 Історико-соціологічний дискурс дослідження феномена здоров'я та здорового способу життя | 18 |
| 1.2 Сучасне суспільство як середовище мережевого впливу на здоровий спосіб життя особистості | 42 |
| 1.3. Соціальні інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я як детермінанти здорового способу життя підлітків у мережевому суспільстві | 60 |
| Висновки до розділу 1 | 76 |
| РОЗДІЛ 2. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ІНСТИТУЦІЙНОГО ВПЛИВУ У МЕРЕЖЕВОМУ СУСПІЛЬСТВІ | 81 |
| 2.1. Особливості способу життя підлітків у сучасному суспільстві | 81 |
| 2.2. Практичні аспекти діяльності соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як мережевих структур щодо формування здорового способу життя підлітків | 101 |
| 2.3 Стан здоров'я та здоровий спосіб життя сучасних українських підлітків у емпіричному вимірі | 124 |
| Висновки до розділу 2 | 156 |

| | |
|--|------------|
| РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ МЕРЕЖЕВИХ ВПЛИВІВ СОЦІАЛЬНИХ ІНСТИТУТІВ СІМ'Ї, ОСВІТИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ | 159 |
| 3.1 Трансформація впливів соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків | 159 |
| 3.2 Модель мережевої взаємодії сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як засіб подолання інституційних обмежень у формуванні здорового способу життя підлітків | 169 |
| Висновки до розділу 3 | 203 |
| ВИСНОВКИ | 207 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 215 |
| ДОДАТКИ | |
| Додаток А. Допоміжні інформаційні матеріали | |
| Додаток Б. Список праць, опублікованих за темою дисертації | |
| Додаток В. Відомості про апробацію результатів дисертації | |
| Додаток Г. Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження | |

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Актуальною проблемою сучасного українського суспільства в умовах його трансформації виступає збереження та розвиток людського капіталу. Саме він стає перевагою країн у технологічному прогресі, економічному зростанні, ідеологічному лідерстві тощо. У системному сприйнятті цієї проблеми виокремлюються ті його складові, що народжують специфічні протиріччя та стимулюють багатовекторний науковий пошук. Серед таких векторів дослідження у сучасному суспільстві – здоров'я, як компонент людського капіталу, а також ті соціальні суб'єкти, які утворюють людський капітал суспільства. Особливої значущості в цьому аспекті набуває питання здоров'я такої вікової категорії як підлітки.

Сучасні статистичні дані констатують погіршення стану здоров'я підростаючого покоління, демонструють, що структура захворюваності підлітків наближається до структури захворюваності дорослого населення [259; 260; 261; 262]. Така ситуація обумовлена як об'єктивними детермінантами здоров'я – зростанням соціально-економічних, екологічних та епідеміологічних ризиків сьогодення, так і індивідуалізованими чинниками, які пов'язані з особистими цінностями, атитюдами, баченням власних життєвих цілей та засобів їх досягнення сучасного покоління підлітків.

На думку А. Девід, «найважчі хвороби в розвинених країнах у нас час пов'язані з індивідуальними звичками, особливо стійкими, які в сукупності називають способом життя» [277, с. 9]. Вибір поведінкових конструктів відносно здоров'я і визначає вид способу життя – здоровий або ризикований. У сучасних умовах значущість різнорівневих моделей організації життєдіяльності особистості дедалі збільшується: від 50-55% на кінець ХХ ст. до 70% на початок ХХІ ст. [221].

Поряд з цим, «особистість людини – це певна унікальність, яка сформувалася під впливом суспільних відносин, а тому несе в собі соціально значущі риси (цінності) своєї життєдіяльності в суспільстві, переживаючи і виражаючи їх специфічно індивідуальним для нього способом» [252, с. 17]. Тому життєдіяльність

особистості варто розглядати в контексті соціального, історичного та культурного розвитку суспільства. Особливо важливим це є для підлітків, оскільки в силу фізіологічних та психологічних особливостей вони більш, ніж інші схильні до впливу оточуючого середовища.

Сучасне суспільство – це суспільство, яке маркерується як інформаційне, мережеве, глобальне тощо. Але воно не лише набуває особливих рис, а й стає детермінантою життєдіяльності соціальних суб'єктів та утворює нові вимоги до їхньої соціальної взаємодії. За таких умов стає важливим розуміння того, як усталені соціальні інститути реагують на виклики інформаційності та мережовості суспільства, а також на зміну поколінь, які здійснюють свою життєдіяльність в ньому.

Зважаючи на те, що основними видами життєдіяльності підлітків є навчальна та позанавчальна (вільний час та дозвілля), провідними агентами впливу на формування їх способу життя у такому суспільстві є соціальні інститути сім'ї та освіти. Акцент на їхніх практиках щодо власного здоров'я актуалізує роль інституту охорони здоров'я в цих процесах. Ці соціальні інститути мають усталений набір практик, пов'язаних з виконанням ними власних функцій, які спрямовані в тому числі і на формування ціннісного ставлення до власного здоров'я та формування здорового способу життя підлітків.

Але зміни, що мають місце у сьогоденні, визначають нові вимоги до цих практик, які обумовлені провідними рисами сучасних поколінь в мережевому суспільстві. Останнє, в свою чергу, надає нові технологічні, інформаційні та інші можливості, які розширюють можливості соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я.

Разом з тим, у сучасному українському суспільстві роль даних інститутів у формуванні здорового способу життя підлітків не завжди відповідає тим викликам, які постають. Враховуючи стан здоров'я підлітків, можна стверджувати, що вони не мають визначального впливу на процес формування вибору підлітками здорового способу життя. Тож стають все більш очевидними певні протиріччя: між потребою суспільства в здоровому підростаючому поколінні та його хворобливим

станом у зв'язку з домінуванням у них здоров'ярунівних поведінкових практик; між функціонально визначеною роллю інститутів сім'ї, освіти, охорони здоров'я в формуванні здорового способу життя та реалізацією ними застарілих, неефективних форм діяльності в цьому напрямі.

У зв'язку з цим виняткової уваги заслуговує питання формування здорового способу життя підлітків «як складного системного процесу, що охоплює безліч компонентів способу життя та включає основні сфери й напрямки життєдіяльності» [244, с. 65]. І це, в свою чергу, вимагає набуття функціонуванням соціальних інститутів мережевого характеру, використання сучасних технологій, які базуються на міждисциплінарності, поєднують зусилля для підвищення ефективності виконання власних функцій.

Таким чином, актуальність теми визначається: по-перше, необхідністю подальшого розвитку теоретико-методологічної та емпіричної бази наукового вивчення здорового способу життя сучасних підлітків, по-друге, необхідністю аналізу факторів впливу на здоровий спосіб життя в умовах сучасного мережевого суспільства, по-третє, суспільним запитом на наукове обґрунтування нових форм соціального партнерства між освітніми установами, закладами охорони здоров'я та інститутом сім'ї в питаннях здорового способу життя підростаючого покоління.

Традиція дослідження феномену здоров'я та здорового способу життя є міждисциплінарною. Так, філософських, педагогічних, медичних аспектів здоров'я торкались Ш. Амонашвілі, І. Брехман, В. Бехтерев, Д. Венедиктов, О. Донченко, Д. Изуткін, В. Казначеев, В. Колбанов, Ю. Лисицин, С. Олійник, С. Павленко, В. Петленко, Н. Семашко, Ю. Саєнко та ін. Соціологічні основи аналізу здоров'я та здорового способу життя закладено в наукових працях класиків соціології, таких як Е. Дюркгейм, Т. Парсонс, Е. Гоффман, Е. Фромм.

У сучасності ці питання в різних конотаціях активно розробляються вітчизняними (О. Вакуленко, О. Ващенко, О. Пахолок, Р. Слухненська, Г. Чепурко, А. Шаповал та ін.) та зарубіжними (Ф. Брайант, Є. Вайнер, М. Віленський, А. Габіані, Д. Гочман, І. Журавльова, У. Кокерхем, В. Кукса, Ю. Лисицин, Л. Матрос, А. Рутген, С. Хаас та ін.) вченими.

Окрему групу становлять дослідження різноманітних аспектів життєдіяльності підлітків в українському суспільстві. В цьому напрямі важливими є напрацювання таких українських науковців, як В. Арбеніна, І. Булах, Л. Дикань, І. Жмайло, Л. Кучерявенко, Н. Макаренко, Л. Сокурянська, І. Сушицька, Н. Токарева, А. Шамне, І. Шеремет. Привертають увагу загальні підходи до розгляду стратегій формування здорового способу життя учнів старшого шкільного віку таких вітчизняних дослідників, як О. Балакірева, Т. Бондар, Р. Левін, І. Солоненко та ін.

Важливим контекстом дослідження є питання сутності та характерних рис сучасного суспільства як детермінант формування способу життя сучасних підлітків. Значущий внесок у дослідження сучасного суспільства внесли теоретики постіндустріального суспільства (Д. Белл, К. Кумар), суспільства знань (Ф. Уебстер) та інтелекту (К. Михайльова), автори концепції пізньої «модерніті» (Е. Гідденс, У. Бек, А. Мартинеллі), а також футурологи (Е. Тоффлер, Дж. Нейсбіт) тощо. Його мережевий характер було обґрунтовано такими дослідниками, як Ян ван Дейк, М. Кастельс, Б. Веллмен тощо. Серед сучасних вчених, які досліджують різні аспекти мережевого суспільства можна виділити таких дослідників як І. Вершинська (дослідження підходів до аналізу мережевого суспільства), С. Цветков (вивчення змін в аксіосфері суспільства, викликаних становленням і розвитком нового, базового для мережевого суспільства способу виробництва), К. Шпара (аналіз мережевої структури сучасного суспільства); В. Щербина (вивчення проблем становлення єдиного кіберкомунікаційного середовища через аналіз мережевих спільнот), Г. Градосельська (дослідження соціальних мереж, аналіз мережевого підходу), О. Назарчук (теоретичне осмислення концепту «мережеве суспільство»), Д. Іванов (дослідження процесу віртуалізації сучасного суспільства), К. Коган (дослідження соціальних мереж), В. Чепак (організаційні взаємодії у вимірі мережевого підходу) та інші.

Важливим контекстом дослідження здорового способу життя підлітків є питання впливу на нього соціальних інститутів, зокрема, освіти, сім'ї, охорони здоров'я. Цим питанням присвячені роботи В. Астахової, К. Астахової, І. Ващенко, Г. Даніленко, Т. Зверко, І. Мачуліної, О. Назарко, К. Михайльової,

Л. Сокур'янської, В. Чепак, І. Шеремет, С. Щудло, Т. Яблонської та інших, в яких розкривається потенціал цих соціальних інститутів в умовах трансформаційних змін суспільства, відображено їх вплив на соціальні суб'єкти освітнього простору.

Таким чином, дослідження питань здоров'я сучасних підлітків, їхнього способу життя в сучасному суспільстві має значне теоретичне підґрунтя. Поряд з цим, такий аспект, як здоров'яформуючі стратегії життєдіяльності підлітків, який визначається можливостями мережевої взаємодії соціальних інститутів в умовах соціальної невизначеності, глобальних економічних, політичних, культурних та інформаційних впливів, залишається не повністю дослідженим. Відповідно, наукове завдання полягає в окресленні сучасних засад соціологічного дослідження здорового способу життя підлітків у мережевому суспільстві за умов суперечного впливу інституційного потенціалу сім'ї, освіти та установ охорони здоров'я.

Наукове завдання полягає в окресленні методологічних засад соціологічного дослідження здорового способу життя підлітків в сучасному суспільстві за умов мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я, у створенні та методологічному обґрунтуванні моделі мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я щодо формування здорового способу життя підлітків.

Мета і завдання дослідження. Мета дисертаційної роботи – визначити потенціал мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти, охорони здоров'я для формування здорового способу життя сучасних підлітків.

Досягнення цієї мети зумовило постановку наступних завдань:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феноменів здоров'я та здорового способу життя.
2. Розкрити особливості прояву мережевого характеру сучасного суспільства як детермінанти способу життя сучасної особистості.
3. Описати функціональні можливості соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків.
4. Охарактеризувати спосіб життя підлітків як представників покоління «Z»

у сучасному українському суспільстві.

5. Розкрити практичні аспекти діяльності соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я щодо формування здорового способу життя підлітків.

6. Виявити основні характеристики здорового способу життя сучасних українських підлітків.

7. Виявити дійові вектори впливу інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків.

8. Розробити загальну модель мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я щодо формування здорового способу життя сучасних українських підлітків.

Об'єкт дослідження – здоровий спосіб життя сучасних українських підлітків.

Предмет – мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних українських підлітків.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення завдань у дисертаційному дослідженні використано сукупність загальнонаукових і соціологічних методів: *ретроспективний аналіз* (при дослідженні теоретичних підвалин аналізу феномена здоров'я і здорового способу життя), *системний аналіз* (для визначення складових здоров'я, здорового способу життя, особливостей сучасних підлітків та їх життєдіяльності), *функціональний аналіз* (при дослідженні функцій соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я), *компаративний аналіз* (для окреслення сутнісних відмінностей понять «стиль життя», «спосіб життя», «здоровий стиль життя», «здоровий спосіб життя»; при порівнянні впливу лінійної та мережевої моделей організації профілактично-просвітницької діяльності освітнього закладу на формування здорового способу життя підлітків; при виявленні особливостей поведінкових практик підлітків в умовах реалізації різних моделей профілактичної роботи з формування здорового способу життя), *аналізу та синтезу* (для теоретичного осмислення феноменів здоров'я, здорового способу життя та чинників, які впливають на них; при визначенні показників та індикаторів

оцінки результативності реалізації мережевої моделі взаємодії соціальних інституцій); *моделювання* (конструювання моделі мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я).

У дисертаційній роботі використано такі методи збору соціологічної інформації, як *анкетування та інтерв'ю*. Серед методів обробки та аналізу емпіричних даних було застосовано *однофакторний дисперсійний аналіз, кореляційний аналіз та метод аналізу ієрархій*.

Теоретико-методологічна основа. Методологічною основою дослідження виступають інституціональний, системний та структурно-функціональний підходи. В якості теоретичної основи використано доробки У. Кокерхема щодо феномену здорового способу життя; концепцію соціальної поведінки та способу життя М. Вебера; концепцію мережевого суспільства М. Кастельса. У роботі знайшли відображення елементи теорії поколінь У. Штрауса, Х. Хоува, теоретичного осмислення феномена соціальних практик П. Бурдьє, Е. Гідденса, які дозволили розглянути здоровий спосіб життя сучасних підлітків крізь призму їх особистого проектування власних поведінкових практик. Розгляд соціальних інститутів сім'ї, освіти, охорони здоров'я, їх функцій, зокрема для формування здорового способу життя підлітків, базується на ідеях функціоналізму (Е. Дюркгейм, Т. Парсонс, Р. Мертон).

Емпіричну базу дисертації складають результати:

– *авторських досліджень*: опитування підлітків Немишлянського району м. Харків щодо їхніх дозвілєвих практик й відповідності їх здоров'язбережувальній спрямованості способу життя (n=362, 2014 р.); фокусовані групові інтерв'ю з експертами (спеціалісти Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харківської академії неперервної освіти) (n=20, 2016 р.); опитування підлітків, їхніх батьків, педагогів Немишлянського району м. Харкова щодо реалізації підлітками поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (n=265, 2016 р.); соціологічне дослідження чинників впливу на здоров'я підлітків Харківської гімназії № 14 та закладів загальної

середньої освіти Немишлянського району м. Харкова (n=151, 2018 р.); опитування підлітків, їхніх батьків, педагогів Немишлянського району м. Харкова щодо реалізації підлітками поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (n=308, 2018р.); опитування учасників проекту «Відповідальне батьківство» щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (n=144, 2018 р.); фокусовані групові інтерв'ю з експертами (спеціалісти Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харківської академії неперервної освіти) (n=24, 2018 р.);

– досліджень, проведених Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю автора: «Соціально-гігієнічні чинники впливу на здоров'я школярів старшого віку закладів загальної середньої освіти Немишлянського району м. Харкова» (n=408, 2014 р.); «Соціально-гігієнічні чинники оточуючого середовища, що впливають на поширеність тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин, здоров'яформуючу та здоров'язберігаючу поведінку підлітків 14-15-ти років м. Харкова» (n=149, 2016 р.).

У роботі також використано результати соціологічних досліджень, проведених іншими дослідницькими структурами. Зокрема: соціологічного дослідження, здійсненого Українським інститутом соціальних досліджень у межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2014 р., опитано 11390 учнів та студентів України); міжнародного соціологічного дослідження «Молодь на пограниччях Центральної та Східної Європи», проведеного за кураторством в Україні проф. Л. Сокурянської та проф. С. Щудло (2015 р., опитано 1220 учнів України прикордонних областей); соціологічного дослідження, здійсненого Українським інститутом соціальних досліджень у межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2018 р., опитано 13337 учнів та студентів України).

У дисертаційному дослідженні використано статистичні дані про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2014-2017 роки.

Наукова новизна дослідження полягає у вирішенні наукового завдання в галузі соціології освіти – виявленні потенціалу мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя сучасних українських підлітків та обґрунтуванні її оптимальної моделі, а саме:

вперше:

- запропоновано авторську типологію здоров'язбережувальних стилів життя сучасних підлітків, в основі якої – ціннісне ставлення підлітка до здоров'я, рівень інформованості щодо здоров'язбережувальних практик та поведінкова активність підлітка щодо збереження власного здоров'я: *здоров'язбережувальний активний* (позитивне ціннісне ставлення до здоров'я, високий рівень інформованості щодо здоров'язбережувальних практик, активні поведінкові стратегії, орієнтовані на збереження усіх складових здоров'я); *здоров'язбережувальний ситуативний* (позитивний характер цінності здоров'я, високий або середній рівень інформованості щодо впливу різних чинників на стан здоров'я, усвідомлення необхідності здорового способу життя, але ситуативний характер здоров'язбережувальної поведінки); *ризиково-пасивний* (низька цінність здоров'я та здорового способу життя, середній або низький рівень інформованості відносно здоров'язбережувальних практик, схильність до ризику щодо власного здоров'я); *ризиково-активний* (здоров'я не є ціннісно значущим, різний рівень інформованості щодо здоров'язбережувальних практик, здоров'яруйнівний характер поведінки);

- концептуально обґрунтовано модель мережевої взаємодії сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків як модель концентрованої взаємодії мережевих вузлів різного рівня (батьки, школярі, вчителі, фахівці сфери підліткового здоров'я, психологи, студенти медичних закладів освіти, адміністрація школи тощо), інтеракція яких базується на принципах мережевої взаємодії з використанням технологічних засобів мережевої комунікації, що відповідають тематичній спрямованості та цільовій аудиторії;

– емпірично доведено, що мережева модель формування здорового способу життя підлітків більшою мірою, порівняно з лінійною ієрархічною моделлю, впливає на різні аспекти здорового способу життя підлітків завдяки наявності

багаторівневих зв'язків між усіма компонентами, відкритості, динамізму, гнучкості та ситуативності реагування на виклики середовища;

удосконалено:

– характеристику ризиків взаємодії інституту освіти та інституту охорони здоров'я у питаннях формування здорового способу життя підлітків: визначені до цього часу в науковому просторі ризики зазначеної взаємодії угруповано наступним чином: ризики залучення кадрового медичного складу (низька оплата праці, непрестижність праці у школі), ризики професійної медичної діяльності (низький рівень кваліфікації, відсутність професійного консультування, відсутність системи підвищення кваліфікації), ризики управління (відсутність системи управління, низький рівень контролю за діяльністю), що дало можливість при конструюванні авторської моделі запровадити заходи, спрямовані на мінімізацію виокремлених груп ризиків;

– характеристику рівня впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на компоненти здорового способу життя підлітків: для цього використано однофакторний дисперсійний аналіз, у результаті чого виявлено, що максимальне охоплення напрямків впливу в сучасних умовах має освітнє середовище, далі йде інститут сім'ї, а мінімальне охоплення характерне для інституту охорони здоров'я;

дістало подальший розвиток:

– знання про способи життя підлітків у сфері власного здоров'я: зокрема, з урахуванням сучасних умов життєдіяльності підлітків визначено ступінь поширення здоров'язбережувального способу життя (приблизно 3/5), до якого зараховано здоров'язбережувальний активний та ситуативний стилі, та здоров'яруйнівного (приблизно 2/5), до якого віднесено ризиково-пасивний та ризиково-активний стилі; доведено загальне домінування ситуативних стратегій у реалізації здорового способу життя підлітків;

– характеристика протиріч в оцінках та практиках сучасних підлітків щодо власного здоров'я, зокрема на основі емпіричних досліджень виявлено протиріччя між станом здоров'я підлітків та його самооцінкою; рівнем здоров'я та рівнем задоволення його станом; між декларативним характером оцінок підлітків своєї

поведінки відносно здоров'я та їхніми реальними поведінковими практиками;

– уявлення про результативність функціонування соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків у сучасному суспільстві: на додаток до існуючих даних емпірично доведено наявність «розривів» між цілями соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків та результатами їхньої діяльності, констатовано низький рівень мережевих зв'язків між цими соціальними інститутами;

– використання методу аналізу ієрархій, який задіяно для оцінки ефективності моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я завдяки виокремленню двох груп показників, які описують *якість програм, спрямованих на формування здорового способу життя* (відповідність програм віковим особливостям цільових груп та їхнім потребам; наявність чітко сформульованих цілей і завдань; наявність механізмів забезпечення зворотного зв'язку; відповідність програмних методів мережевої взаємодії особливостям цільових груп тощо) та *функціональні показники результативності програм* (динаміка зростання частки підлітків, для яких характерно: визнання цінності здоров'я, високий рівень інформованості щодо здоров'язбережувальної поведінки, підвищення рівня відповідальності за стан індивідуального здоров'я, цілеспрямованість та активність щодо складових здорового способу життя; динаміка зростання частки батьків, які підвищили власний рівень батьківської компетентності).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаною науковою працею. Її основні висновки та положення наукової новизни отримані автором особисто. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, в узагальненому вигляді використано лише ті фрагменти, які безпосередньо належать авторві дисертації. Зокрема, в роботі «Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя школярів» (співавтор Михайльова К. Г.)

здобувачем Шкурапет Н. І. обґрунтовано соціальне партнерство як методологічну основу мережевої взаємодії, доцільність запровадження трьох базових типів матричної структури моделі мережевої взаємодії («концентрована мережа», «розподільна мережа», модель «ланцюжок») для реалізації міждисциплінарного компоненту освітніх програм, мережевих науково-дослідницьких та соціальних проєктів здоров'язбережувальної спрямованості. У роботі «Дозвіллеві практики сучасних підлітків у контексті здоров'язбереження: соціологічний аналіз» (співавтор Михайлова К. Г.) здобувачем Шкурапет Н. І. розкрито взаємозв'язок між дозвіллевими практиками сучасних підлітків та їх орієнтацією на здоровий спосіб життя; у роботі «Потенціал використання понять «спосіб життя» та «стиль життя» для соціологічного аналізу практик щодо індивідуального здоров'я» (співавтор Михайлова К.Г.) здобувачем Шкурапет Н.І. здійснено ретроспективний аналіз підходів до трактування понять «спосіб життя», «стиль життя» та розглянуто можливості використання зазначених категорій для аналізу феномена індивідуального здоров'я. У роботі «Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підґрунтя впровадження здоров'яформуючих технологій у загальноосвітньому навчальному закладі» (співавтори Циганок Н. І., Даніленко Г. М.) здобувачем Шкурапет Н. І. запропоновано систему індикаторів для оцінки здоров'я школярів при запровадженні механізмів формування здорового способу життя у школі. У роботі «Моніторингові дослідження з питання охорони здоров'я учнів – ефективний інструмент управління здоров'язберігаючої діяльності гімназії» (співавтор Левіна Л. Р.) здобувачем Шкурапет Н. І. показано можливості моніторингу стану здоров'я школярів для планування ефективних заходів шкільної політики щодо формування здорового способу життя підлітків.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації апробовані на *міжнародних конференціях*: «Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку» (Харків, 2007, 2012), «Соціально-економічний розвиток регіонів» (Чернівці, 2016 р.), «Освітні ризики: сутність та підходи до вирішення» (Харків, 2018), «Smart-освіта в smart-суспільстві: можливі шляхи адаптації» (Харків, 2019); *всеукраїнських конференціях*: «Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального

закладу» (Суми, 2006), «Проблеми і перспективи соціального партнерства світу університету: погляд молодих викладачів» (Харків, 2019); *методологічних семінарах*: кафедри соціології ХГУ «НУА» (2017) та соціологічного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна (2020).

Отримані практичні результати пройшли апробацію й упроваджені в діяльність: методичного кабінету при секторі освіти Богодухівської районної державної адміністрації Харківської області; Управління освіти адміністрації Немишлянського району Харківської міської ради; ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»; кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Харківської гімназії № 14 Харківської міської ради Харківської області; Харківської гімназії № 83 Харківської міської ради Харківської області; Харківської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 145 Харківської міської ради Харківської області.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та чотирьох додатків. Обсяг загального тексту дисертації складає 290 сторінок (12,8 д.а.), з них основного тексту 214 сторінок (9 д.а.). Робота ілюстрована 9 таблицями та 35 рисунками, які займають 26 сторінок (1,0 д.а.). Список використаних джерел містить 303 найменування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертаційне дослідження виконано в рамках комплексної наукової теми Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» «Формування інтелектуального потенціалу суспільства в умовах сучасних соціальних трансформацій» (ДР № 0111U000011, 2011-2015 рр.), «Інтелектуальний потенціал суспільства в умовах перманентних соціальних змін: шляхи збереження та розвитку» (ДР № 0117U005126, 2017-2021 рр.), «Становлення та розвиток соціального партнерства як інноваційної функції сучасної освіти» (ДР № 0117U001471, 2017-2021 рр.) та теми кафедри соціології «Простір соціальних можливостей у когнітивній ситуації суспільства знань: проблеми формування та розвитку» (ДР № 0114U006314, 2014-2018 рр.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 16 робіт: 2 розділи в монографії, 7 статей (4 з яких опубліковані в фахових спеціалізованих виданнях України з соціологічних наук, 2 статті – у наукових зарубіжних виданнях, що включено до наукометричних баз, 1 стаття, яка додатково відображає наукові результати дисертації), 7 тез доповідей на наукових конференціях.

Практичне значення отриманих результатів. Розробки й висновки, що запропоновані в дисертаційному дослідженні, доповнюють знання про практики реалізації здорового способу життя сучасних українських підлітків, а також про ефективні моделі та засоби їх формування.

Результати дослідження дають можливість освітнім установам та установам охорони здоров'я більш ефективно використовувати власний потенціал і потенціал сім'ї у формуванні та підтримці здорового способу життя сучасних підлітків, застосовуючи розроблену модель та принципи мережевої взаємодії. Отримані результати можна використовувати при формуванні державної та регіональної програм роботи з підлітками.

Окремі положення та висновки дисертації можуть бути використані при викладенні навчальних дисциплін «Соціологія особистості», «Соціологія освіти», «Соціологія здоров'я», «Соціологія сім'ї».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

1.1 Історико-соціологічний дискурс дослідження феномена здоров'я та здорового способу життя

Здоров'я є одним із найважливіших універсальних феноменів буття, що визначає можливості та якість життя людини. Воно зумовлює особливості життєдіяльності не лише індивідууму, а й суспільства, тож являє собою універсальну, фундаментальну природно-життєву та соціальну цінність.

На різних етапах розвитку суспільства відбувалось формування історично відмінних типів дискурсу здоров'я, пов'язаних з тими соціокультурними умовами, в яких складалися конкретні типи світогляду.

В епоху первісного ладу наявність здоров'я визначало включеність індивіда у «соціальний розпорядок життя», характерний для родового колективу. Людина того часу вимушена була протистояти природним та надприродним силам, таємничим істотам, що робило важливим її перебування в стані «здоров'я - нездоров'я». Нездорова людина становила небезпеку для суспільства, що викликало відповідне ставлення до неї, її стигматизацію. На цьому етапі зароджуються зачатки ціннісного ставлення до здоров'я, засновані на розумінні необхідності захисту від хвороб. Маючи примітивні матеріалістичні уявлення, спираючись на анімістичне світосприйняття, архаїчна людина вбачала відповідальними за свій стан здоров'я зовнішні, незалежні від неї, чинники [244].

В епоху стародавнього світу кардинально змінюються чинники стану здоров'я, вони стають більш конкретними і залежними від сприйняття людиною світу. Саме в цей час формується антична парадигма здоров'я, що полягає у пропорційності та гармонії тілесних й душевних складових людської природи й, в свою чергу, передбачає рівновагу сутнісних протидіючих сил. Так, Гіппократ розглядав здоров'я «як вираз гармонійного балансу різних компонентів людської природи, довкілля та способу життя» [59]. З точки зору римського філософа

Цицерона, здоров'я забезпечується правильним співвідношення різних внутрішніх станів. Він стверджував, що тільки за умов повного фізичного і розумового здоров'я досягається найвище благо [172]. Дефініції здоров'я Цицерона і Гіппократа в античній парадигмі доповнюються інтерпретацією Платона, який вважав, що для здорового існування людини при внутрішній гармонії душі і тіла, як досяжного ідеалу, необхідні відповідні природні умови [136].

Аналіз підходів того часу до розуміння здоров'я показує, що воно не сприймалось як природна даність, саме тому пропагувались принципи здорового способу життя. Філософи того часу зазначали важливу роль соціальних умов у підтримці здоров'я – умови та спосіб життя, гігієна, здорове харчування тощо.

На думку П. Джуринського міркування античних вчених про взаємозв'язок фізичного тіла «зі світом розуму, бажань, почуттів містять дивовижне передбачення подальших наукових поглядів на взаємозумовленість фізичної, психічної і духовної складових способу життя людини у досягненні досконалого здоров'я, утверджують вплив на його стан соціального оточення» [78, с.135].

Поряд із європейською концепцією того часу існувала східна модель здоров'я, яка разом із першою відображала сутнісні конструкти здоров'я двох цивілізацій – західної та східної. Спорідненість поглядів Сходу та Заходу античних часів щодо сутності здоров'я полягала у його визначенні в якості стану цілісного та гармонійного, врівноваженості першоелементів, балансу тілесного та духовного, стану, який не хворий й нехворобливий, а також немає дисфункцій в організмі [285].

В епоху Середньовіччя відбулися кардинальні зміни в концепції здоров'я, її прототип (антична концепція) трансформується, оновлюється як структурно, так і змістовно, що пов'язано із настанням ери світових релігій. Дана історична епоха характеризується верховенством релігії, що зумовлює домінантність релігійних цінностей та віднесення здоров'я до сфери духовного [78, с. 135].

У цей період людина сприймається в першу чергу як образ й подоба Бога. Тож домінанти здоров'я – віра в Бога та дотримання в духовному й мирському житті Божих заповідей. Як зазначає Кукса В. О., «християнський радикалізм стосовно виняткового духовного уявлення про здоров'я іноді призводив до забуття

тілесних потреб людського організму: лікуватися повинна душа, оскільки від неї всі хвороби тіла, тобто від гріха.....фізичне здоров'я тут не тільки не необхідне, а й згубне, бо відводить помисли від ідеї спасіння» [128]. Християнське учення, як і іудаїзм та іслам, розводить по різні боки духовне та фізичне здоров'я.

Таким чином, для Середньовіччя характерна теоцентрична парадигма здоров'я, що базується на патерналістській концепції здоров'я. Проте, як зазначають дослідники, період Середньовіччя – не тільки ідеалізм і звернення до релігій, а й прагнення до свободи думки, матеріалістичного світогляду, звернення до знань античності. У цей час з'являються роботи представника східного аристотелізму Абу Алі Ібн Сина (Авіценни), який визначив чинники здорового способу життя в роботі «Канон медичної науки» [2]. Окреслюючи деякі детермінанти здоров'я, філософ писав: «Здоров'я залежить від врівноваженості людської натури та від пропорційності в її складі... Збереження здоров'я забезпечується урівноваженістю одних речей та уникненням інших» [2]. На його думку, турбота про збереження здоров'я та продовження життя покладається на саму людину, а дослідження «режиму дня здорових людей» філософ розглядав як одну із складових процесу пізнання її природи [200].

Значущим для формування уявлення про середньовічну концепцію здоров'я є також Салернський кодекс здоров'я (XIV ст., Італія), в якому викладені основні гігієнічні критерії збереження та зміцнення здоров'я, в тому числі стосовно раціонального харчування [43].

Узагальнюючи середньовічні уявлення про здоров'я зазначимо, що в парадигмі здоров'я того часу домінував духовний компонент. Вважалось, що здоров'я тіла й душі людини залежить від волі Бога, тому здорова людина – істинно віруюча, яка дисциплінує власне тіло.

З точки зору сприйняття людини та її здоров'я інтерес представляє також епоха Відродження, що є поєднувальною ланкою між Середньовіччям та Новим часом, переломною епохою, філософія якої пояснює народження нового для того часу суспільства. Саме в цей час на перший план постає людина і природа, релігії відводиться другорядна роль. Основними рисами мислення стають гуманізм,

антропоцентризм, гуманістичний індивідуалізм. Людина проголошена найвищою цінністю. Філософ того часу Парацельс розглядає людину як мікрокосм, тим самим підкреслюючи її індивідуальність. М. Кузанський у роздумах про людину писав: «Лишаючись по-людськи конкретною, єдність людяності явно згортає в собі, своєрідно природі своєї певності, усе у світі... Таким чином, сфера людяності охоплює своєю людською потенцією Бога і весь світ», тим самим поєднавши «ідею звеличування людини як індивідуальності з ідеєю людини як мікрокосму» [127, с. 259].

Як наслідок таких концептуальних наголосів – значна увага до тілесності людини, яка у науковому аналізі перетинається з питаннями здоров'я людини. Про антропоцентричне сприйняття людини та її тілесності в епоху Відродження писав М.М. Бахтін, філософ ХХ ст.: «Тим центром, навколо якого відбувається перегрупування всіх речей, явищ і цінностей, було саме людське тіло, що об'єднало в собі все розмаїття Всесвіту» [13, с. 404]. Отже здоров'я людини сприймалось як здоров'я тіла, і не в розумінні «організму», а в своїй цілісності.

Таким чином концепція здоров'я людини у епоху Відродження зазнає подальших змін, що зумовлені специфікою сприйняття людини через її індивідуальність, активність, у тому числі і у питаннях відповідальності за власне здоров'я, яке розглядається як поєднання фізичних та духовних елементів.

Такі положення знайшли свій подальший розвиток у поглядах науковців епохи Нового часу, що характеризується швидким розвитком наук, глибокими змінами в усіх сферах життя. Наукові відкриття того часу значно змінили «розуміння людиною свого місця в природі, історії». Даний час характеризується подальшим розвитком людської індивідуальності (витоки чого спостерігалися в часи Відродження). Зазнають змін уявлення про тілесність. Якщо «в епоху Відродження формуються уявлення про індивідуальну соціальність як похідну від тілесності, то в XVII столітті суспільну соціальність так само виводять із тілесності» [142]. Отже, в пізній період епохи Нового часу людину розглядають як тілесно-соціальну особистість, що стає визначальним вектором досліджень здоров'я.

У процесі пізнання людини та формування поглядів на її здоров'я у цей час відіграє велику роль наука, мета якої, за переконанням Ф. Бекона, слугувати здоров'ю та благополуччю людей. Бекон вважав здоров'я одним із головних людських благ, якими володіє людське тіло [33, с. 32]. Він заявляв, що для збереження здоров'я необхідно людині пізнати власний організм, бо «власні спостереження людини за тим, що їй добре, а що шкідливо, є найкращою медициною для збереження здоров'я» [33; 34]. Ця позиція стала важливою у контексті не тільки сприйняття здоров'я як багатокомпонентного феномену, а й складових його оцінки: об'єктивних та суб'єктивних (самооцінка).

Р. Декарт розділяв думку Ф. Бекона щодо пізнання особливостей власного організму. Він пропагував ідею дуалізму. На його думку, в людині поєднуються й співіснують «незалежні одна від одної субстанції – матеріальна й духовна», тобто тіло й душа. Душа наділена мисленням, тіло представлено як механізм, створений Богом. Вони зливаються в «ціле», людину, за рахунок психофізичної взаємодії, тобто через емоції [74, с. 570]. Виходячи з даних поглядів, здоров'я виступає триєдиним феноменом: тілесним, духовним та психічним.

Інший філософ даної епохи, Л. Фейєрбах, розглядає людину з позиції антропологізму як психофізіологічну істоту, що означає єдність біологічного та психологічного. Такий підхід подовжує наукову лінію визначення здоров'я через багатокомпонентність. «Єдність людського духу й тіла є основа та умова фізичного, морального й практичного здоров'я», - вважає Фейєрбах [цит. по 8].

Спіноза стверджував, що «здоров'я полягає у вільній активності розуму, радісному світовідчутті, прагненні до самовдосконалення» [218, с. 460], що свідчить про включення до аналізу феномену здоров'я інтелектуального компонента.

В епоху Нового часу домінантною в питанні збереження здоров'я стає вивчення закономірностей функціонування організму людини. Вона отримує більше можливостей для активної участі у власному здоров'ї, що зумовлює природу його чинників. Вони стають конкретними, підвладними науковому сприйняттю.

Таким чином, епоха Нового часу надає кілька важливих акцентів в осмисленні дискурсу здоров'я особистості. Перший – це важливість суб'єктивних оцінок, спостережень особистості щодо власного здоров'я. Другий – її активність у цьому напрямі. Третій – збагачення концепції здоров'я психологічним та інтелектуальним компонентами.

Оскільки людина не розглядається у Новий час лише як біологічна істота, бо вона розвивається в соціальному середовищі, це зумовлює необхідність вивчення впливу соціальних факторів на неї та її здоров'я.

У цьому аспекті являє інтерес діалектичний аналіз здоров'я, здійснений Гегелем, в рамках якого здоров'я визнавалось як співмірність впливу на організм зовнішніх факторів та здатності організму протистояти їх діям [237]. На його думку, сутність здоров'я людини полягає у збереженні її цілісності, що можливе тільки в діяльності.

Суспільний характер впливу на здоров'я людини підкреслює і німецький вчений С. Нойман, який відзначає, що «...більшість захворювань, що отруюють існування або що зводять його передчасно до могили, пояснюється не станом мертвої природи, а пануючими суспільними стосунками» [286]. Акцентність такої позиції обумовлено в цей час також тим, що суспільні стосунки значною мірою виникали у процесі трудової діяльності, відповідно здоров'я розглядалося як ресурс працездатності людини.

Варто зазначити, що трансформація концепції здоров'я в епоху Нового часу відбулася також під впливом розвитку наукових уявлень про психіку людини. Саме тому певний час провідним поняттям у дослідженні здоров'я у цей час було визначено «поведінку» як сукупність реакцій у відповідь на дію зовнішніх подразників. А в кінці XIX ст. на першій план постає поняття «самосвідомість», що являє собою «систему уявлень індивіда про себе, що регулює його стосунки з іншими людьми, ставлення до себе, образ власного «Я» з притаманними йому когнітивними, емоційними та оцінно-вольовими компонентами» [111]. Тож у XIX ст. почали розглядати психологічне здоров'я людини та фактори впливу на нього.

Отже, в найбільш пізній етап епохи Нового часу, що співвідноситься з

початком XIX століття, людина сприймається як біосоціальний феномен, а її здоров'я розглядається у континуумі «об'єктивне – суб'єктивне» як багатокomпонентний феномен.

Зі становленням соціології як окремої науки (з середини XIX ст.) здоров'я, фактори впливу на нього розглядаються як соціологічні категорії і вивчаються крізь призму наукових концепцій та методологічних принципів позитивізму О.Конта, соціального дарвінізму, органічної теорії суспільства Г. Спенсера, концепції соціальної стратифікації М. Вебера та К. Маркса, теорії наслідування Г. Тарда, психоаналізу З. Фрейда, соціологічних понять – «соціальні фактори», «норма і патологія в суспільстві», «аномія» Е. Дюркгейма, «соціальні дії» М. Вебера тощо. У рамках соціологічного підходу здійснюється вивчення здоров'я суспільства (суспільне) та людини як суспільної одиниці (індивідуальне здоров'я). Проте кожне із них розглядається як соціальне здоров'я, що полягає, на думку Е. Дюркгейма, у нормальному розвитку життєвих сил індивіда, колективу, суспільства, їх здатності адаптуватися до умов природного та соціального середовища, використовувати його для свого розвитку. Е. Дюркгейм писав: «Здоров'я полягає в усередненій діяльності. Воно передбачає гармонічний розвиток всіх функцій, а функції можуть розвиватися гармонійно лише за умови взаємної стримуючої дії, тобто взаємного стримування у відомих межах, за якими починається хвороба і припиняється задоволення» [82, с. 298].

Отже дослідницький інтерес до вивчення здоров'я та його видів найактивніше проявлення мав в епоху Нового часу, і саме в пізній Новий час. У центрі уваги дослідників перебував процес взаємодії індивіда з навколишнім середовищем, поняття «здоров'я» визначається з одного боку як здатність підтримувати сталий стан організму, з іншого – можливість людині адаптуватися до навколишнього середовища. З огляду на це, оздоровлення, здоровий спосіб життя розуміється як успішна адаптація і всебічна гармонізація відносин суб'єкта з навколишнім світом. Саме тому даний період пов'язують зі становленням адаптаційної моделі здоров'я. Передумовами появи такої моделі стало, з одного боку, еволюційне вчення Ч. Дарвіна, провідною ідеєю якого було визнання

боротьби за виживання як рушійної сили еволюції, з іншого – теорія Е.Дюркгейма. На підґрунті зазначених базових теорій формуються підходи до визначення здоров'я в рамках адаптаційної моделі: еволюціоністичний, нормоцентричний, соціально-орієнтований, крос-культурний.

В епоху Нового часу поряд з соціоцентризмом, спостерігається подальше утвердження антропоцентризму. Разом із тим, як нами було зазначено вище, антропоцентризм не можна розглядати без урахування характерних тому часу соціокультурних чинників та осмислення сутності людини, «її місця і ролі в системі суспільних відносин» [45]. І якщо в адаптаційній моделі індивід розглядається в єдності з біологічними та соціальними системами, а його індивідуальність – у співвідношенні до соціального, то в антропоцентричній моделі індивідуальність представлена як рівнозначна космосу, природі соціуму, тож спостерігається відокремлення індивіда від первісних зв'язків з Природою та суспільством [52]. При цьому здоров'я розглядається як характерна ознака індивідуального буття у світі. Виходячи з цього, особистість формує індивідуальні уявлення про здоров'я, що іноді не співпадають із суспільними. Як зазначав В.Розін, «соціальна норма здоров'я та індивідуальний ідеал здоров'я починають не співпадати... Ідеал здоров'я – це стан людини, до якого вона прагне і який, у чому вона впевнена, дозволяє їй почувати себе людиною, бути в ладу з собою» [191]. Крім того, як вважають дослідники, ще одним значущим концептом Нового часу є ціннісний аспект здоров'я (як індивідуального, так і суспільного) [240]. Вочевидь, саме у цей період акцентується увага не тільки на багатофакторному впливі на здоров'я соціальних та індивідуальних чинників, а й на розбіжностях між соціальними та індивідуальними уявленнями про здоров'я, що визначає дві площини дослідницьких інтересів та їх можливі порівняння.

Епоха Новітнього часу – це епоха глибинних соціальних змін, локальних та світових війн, кризи гуманістичних цінностей, руйнування природного середовища, небувалого раніше науково-технічного поступу. Цей час пов'язують із індустріальним типом суспільства, що зумовило прискорення процесів урбанізації та соціального розшаровування суспільства. Ця сукупність макросоціальних умов

стала об'єктом дослідження впливу на здоров'я людини.

У ХХ столітті відбувається становлення некласичної та постнекласичної науки, створюється інтегративна антропологічна концепція, що повинна об'єднати всі уявлення про людину, в тому числі і про її здоров'я. У цей час формується посткласична парадигма антропоцентризму, «в картину світу привносяться людиномірні елементи в розумінні відповідальної відкритості людини природі, забезпечення власних інтересів з урахуванням балансу взаємовідношень у природному середовищі» [113]. Людина сприймається як «особистість, яка об'єднана єдністю «самосвідомості, як сукупності найбільш стійких спогадів, прагнень і почуттів (особистість психічна), присвячених відомому тілу (особистість тілесна) і маючих певне відношення до інших особистостей (особистість соціальна)» [160, с. 45]. Така багатовимірність особистості визначає аналогічну багатоаспектність дослідження її здоров'я та здорового способу життя.

Дані концептуальні засади розгляду особистості дозволили у другій половині ХХ ст. створити відповідні гуманістичні моделі здорової особистості. Для цього періоду характерний поліпарадигмальний погляд на здоров'я, що зумовлює одночасне існування декількох «прийнятих моделей, вивіреніх практикою взірців» [128, с.42]. Так, формується сучасна біопсихосоціальна парадигма людини, що стає підґрунтям для утвердження постнеокласичної наукової парадигми здоров'я, головною ознакою якої є плюралізм [140].

Ще один підхід представлений у роботах О. Бикової, яка виокремлює природничо-наукову та духовну парадигми здоров'я [32]. Водночас авторка акцентує увагу на наукових спробах здійснення синтезу даних парадигм у цілісну філософсько-антропологічну, інтегративну парадигму людського здоров'я, де здоров'я являє собою гармонію душі й тіла, фізичних і духовних потенцій людини. Особистість розглядається як тілесно-духовний об'єкт наукового дослідження, зокрема в питаннях вивчення її здоров'я, але з урахуванням соціальних, культурних та етнічних контекстів. З погляду на це, змінюється сприйняття тілесності людини, що являє собою «інтегральну характеристику екзистенціального досвіду людини, сплав природних, соціальних, культурних якостей людського тіла, інтеграцію

взаємодії внутрішнього й зовнішнього життєвого простору людини» [191]. На думку французького соціолога М. Мосса, «три виміри людської тілесності – фізіологічний, соціальний, психологічний – не тільки співіснують, але й утворюють унікальну взаємодію фізичного, соціального й психологічного в людському тілі як посередника їх існування [284, с 48].

Тож починаючи від античних часів, наукова парадигма здоров'я еволюціонувала у її класичній, некласичній й постнекласичній інтерпретаціях. Можна стверджувати, що зміни парадигм здоров'я зумовлені базовими соціокультурними рисами конкретної доби та безпосередньо пов'язані з трансформацією уявлень про людину на різних етапах розвитку суспільства. В еволюції парадигми здоров'я можна виокремити кілька основних ліній, які є важливими для сучасного дослідження цього феномену. Перша – від суто біологічного до соціально-біологічного сприйняття людини та її здоров'я. Друга – від визначення здоров'я через зовнішні детермінанти до їх інтеграції з внутрішніми детермінантами та ролі активності суб'єкта у підтримці здоров'я (власне – реалізації здорового способу життя). Третя – від загального, холістичного розуміння здоров'я до його сприйняття через сукупність компонентів.

Перехід до інформаційного суспільства наприкінці ХХ і початку ХХІ ст. характеризується подальшою трансформацією як суспільства, так і людини. Сучасна людина поступово перетворюється на біотехносоціальну істоту, і не можна заперечувати можливість подальшого переходу її в технобіосоціальну. Це визначає і специфіку сучасних наукових підходів до здоров'я, які спрямовані на певну універсалізацію розуміння цього феномену. Так, в енциклопедії соціології «здоров'я» (англ. health; нім. Gesundheit) визначається як «стан людського організму, живої системи, що характеризується повною її врівноваженістю із зовнішнім середовищем і відсутністю будь-яких виражених змін, пов'язаних з хворобою» [215].

Співзвучні даній дефініції інтерпретації поняття «здоров'я», що сформульовані сучасними науковцями. Так Р. Баєвський, А. Барсенєва, С. Гуров вважають, що «здоров'я - це можливість організму людини адаптуватися до змін

навколишнього середовища, взаємодіючи з нею вільно, на основі біологічної, психологічної та соціальної сутності людини» [12, с. 34]. В. Колбанов у даному питанні робить акцент на здатність організму до самозбереження та досконалої саморегуляції [118]. І. Брехман доводить, що «здоров'я людини – це здатність зберігати відповідно віку стійкість в умовах різких змін кількісних і якісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації [25, с.27]. В. Торалло, аналізує поняття «здоров'я» в системній парадигмі та визначає його як «варіант стану організації цілеспрямовано функціонуючого об'єкту, що відображає єдність його морфологічних, функціональних і генетичних аспектів, а також здатність вирішувати проблеми, що виникають перед ним» [цит. по 10].

У цілому огляд наукових праць сучасних вітчизняних і зарубіжних авторів свідчить про перманентну дискусію відносно визначення поняття «здоров'я». Як зазначає Л. Матрос, «у сучасних дослідженнях представлено майже 300 дефініцій даного поняття, що відображають авторські концепції» [142, с.65].

Узагальнення різноманітних за напрямом, структурою та змістом тлумачень даного поняття дає можливість науковцям виокремити найбільш типові із них:

- «нормальна функція організму на всіх рівнях його організації (від генетичних структур до структур організмів), нормальний перебіг фізіологічних та біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню та відтворенню;
- динамічна рівновага організму і його функцій із навколишнім середовищем;
- здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь в соціальній діяльності та суспільно корисній праці;
- здатність організму пристосовуватись до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюються, здатність підтримувати сталість внутрішнього середовища організму, забезпечуючи нормальну й різнопланову життєдіяльність, збереження живого начала в організмі;
- відсутність хвороби, хворобливих станів та змін;
- цілковитий фізичний, духовний, розумовий та соціальний добробут, гармонічний розвиток фізичних і духовних сил» [63, с. 26].

На сучасному етапі в науковій літературі розглядається змістовне наповнення терміну «здоров'я» і як економічної категорії, тобто як соціально-ринкового ресурсу суспільства, свого роду капіталу [249, с. 58]. Зокрема, американський економіст М. Гросман розглядає здоров'я як «певний запас або, інакше кажучи, товар тривалого користування (health stock), який необхідний для виробництва людського капіталу» [279].

Отже, ретроспективний аналіз уявлень про здоров'я свідчить, що за всієї багатоаспектності, немає однозначно сформульованого поняття «здоров'я» [250].

Вважаємо за доцільне у своєму дослідженні спиратися на інтегративний підхід до здоров'я, який розглядає його як сукупність фізичних, соціальних, психологічних та духовних компонентів, диференційований стан яких характеризує здатність людини адаптуватися до навколишнього середовища та виконувати соціальні ролі та функції в ньому. У такому ракурсі важливим постає інструментальний аспект здоров'я, коли воно розглядається як фактор успішної адаптації людини до середовища і, відповідно, досягнення успіху в ньому. Такий підхід до здоров'я дозволяє враховувати об'єктивні, суб'єктивні аспекти, різноманітні компоненти, а також аналізувати вплив різнорівневих факторів (від мікро- до мега-) на здоров'я особистості.

Для подальшого аналізу феномену здоров'я та соціальних практик його підтримки вважаємо необхідним розглянути його структуру та базові характеристики.

Загалом феномен здоров'я можна представити у вигляді однієї із моделей: п'ятивимірної, чотирьохсферної та трьохкомпонентної пірамідальної.

Так, п'ятивимірна модель («зірка здоров'я») враховує фізичне благополуччя, емоціональний стан, інтелектуальний розвиток, рівень соціалізації та духовності (див.рис. 1.1).



Рис.1.1. П'ятивимірна модель здоров'я [240]

Чотирьохсферна модель включає фізичну, психічну, духовну та соціальні складові, інтегрований вплив яких визначає стан здоров'я людини як цілісний складний феномен (див.рис.1.2)



Рис.1.2. Чотирьохсферна модель здоров'я [240]

Трьохкомпонентна пірамідальна модель включає фізичне (соматичне), психічне, соціальне (моральне) здоров'я (див.рис. 1.3).



Рис.1.3. Пірамідальна модель здоров'я [54]

Використання цих моделей визначає емпіричні зони і показники вимірювання здоров'я. На нашу думку, п'ятифакторна модель є найповнішою, але для реалізації мети нашого дослідження ми будемо використовувати чотирьохсферну модель, не здійснюючи вимір інтелектуальної складової, яка потребує досліджень за межами соціологічних обр'їв.

Розкриваючи сутність кожного із компонентів, зазначимо, що всі вони тісно пов'язані, тож невід'ємні одна від одної, в сукупності визначають стан здоров'я людини. Фізичне здоров'я визначається індивідуальними особливостями анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадковості, рівня фізичного розвитку органів і систем організму. Фізичне здоров'я – це повне фізичне благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Психічне здоров'я (ментальне здоров'я), згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, це «стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, долати звичайні

життєві стреси, продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад в життя своєї спільноти» [54]. Соціальне здоров'я розглядається як сукупність реальних та можливих дій людини без погіршення фізичного і духовного стану, без дезадаптації до життєвого середовища [224]. Духовне здоров'я – це «прагнення людини до оволодіння загальнолюдськими цінностями: правдою, істиною, добром; здатність відчувати себе часткою навколишнього світу, бажання поліпшувати його та активно сприяти цьому, в зв'язку з цим вміти співчувати, співпереживати, надавати допомогу іншим, будувати свої відносини з людьми, відповідально ставитись до себе самого та свого життя» [158, с. 33].

Підкреслимо, що часто інтерпретації поняття «здоров'я» містять такі характеристики даного феномену як оптимальність, динамічність, норма. Розглянемо більш детально кожен із цих характеристик.

Спираючись на енциклопедичне трактування оптимуму (от лат. *optimum* – найкраще), оптимальне здоров'я – це найкращий рівень здоров'я, якого може досягти людина в залежності від внутрішніх параметрів та зовнішнього середовища. Разом із тим внутрішні параметри задають характеристики здоров'я, що зумовлені генетично. Щоб досягти оптимуму, система повинна саморозвиватися, удосконалювати надані природою характеристики та пристосовуватись до зовнішнього середовища (адаптуватись). Виходячи із цього, оптимальним здоров'ям можна вважати «здатність до оптимальних змін, необхідних для перманентної підтримки сприятливого існування у мінливому довкіллі» [52].

З огляду на те, що здоров'я формується в результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (вікових, гендерних, спадкових) чинників, воно може розглядатись як динамічна система. Відповідно зміна параметрів здоров'я дає можливість здійснювати моніторинг його складових та надавати оцінки його детермінантам.

У науковій літературі часто визначають здоров'я і як норму, а відхилення від неї як хворобливий стан. Проте категорія «норма» - поняття відносне та дискусійне. Норма розглядається як багатозначне поняття:

- як стандарт, типовий варіант, ідеал;
- середньостатистичний показник;
- «як інтервал, в межах якого кількісні коливання психофізіологічних процесів здатні утримувати живу систему на рівні функціонального оптимуму» [23];
- як відповідність організму середовищу, доцільність реакції на той чи інший фактор.

У соціологічній інтерпретації норма - це регулятор соціальної поведінки людей [145, с. 84].

Використання цього поняття для аналізу феномена здоров'я дозволяє розглядати його у діапазоні від абсолютного здоров'я до межових із хворобою станів. Слід зазначити, що при визначенні самого поняття «нормальний стан здоров'я» необхідно враховувати особливості індивіда та середовища, бо, як було продемонстровано вище, нормативні критерії варіюються залежно від часу.

Аналіз існуючих дефініцій «здоров'я» свідчить, що даний феномен можна розглянути також у континуумах «здоров'я – здатність», «здоров'я – потреба», «здоров'я – можливість», «здоров'я – цінність», «здоров'я - капітал», «здоров'я – ресурс», що є важливим для дослідження практик здорового способу життя у сучасному суспільстві.

У такому ракурсі, якщо використовувати ієрархію основних людських потреб А. Маслоу, то всі її п'ять рівнів пов'язані з тією чи іншою складовою інтегративного поняття «здоров'я». Бо здоров'я визначає здатність до життєдіяльності, зокрема до трудової діяльності, забезпечує гармонійний розвиток людини.

Разом із тим у сучасному суспільстві, яке характеризують як суспільство «споживання», здоров'я розглядається перш за все як «соціальний імператив, що продиктований боротьбою за статус». Цю точку зору відстоює Ж. Бодрийяр, який стверджував, що здоров'я стає функціональною вимогою статусу [19]. Але на догоду досягненню більш високого статусу, отриманню значного прибутку сучасна людина готова жертвувати власним здоров'ям. Саме тому економісти, зокрема М.

Гроссман, здоров'я розглядають як актив, що дозволяє якомога довше використовувати за призначенням людський капітал [279]. Згідно його переконанням, здоров'я є благом, з одного боку «інвестиційним», що в свою чергу визначає продуктивність і тривалість трудової діяльності індивідуума, а, отже, й отримання прибутку, з іншого боку як «споживче» благо, що дозволяє людині краще себе почувати [9, с. 205].

Ціннісний аспект здоров'я пов'язаний з його значенням для особистості. На думку багатьох науковців, здоров'я являє собою природну, абсолютну та неперехідну, життєву цінність [100; 132; 244]. Її суть полягає в уявленні про здоров'я як «стану індивіду або соціуму, що забезпечує реалізацію конкретного набору фізичних, духовних і соціальних можливостей людини, в цілому людського потенціалу» [244]. В той же час, здоров'я є цінністю й засобом, бо «існує не само по собі» (Платон), а є умовою існування ще значимішої цінності – життя. Схожу точку зору висловлював У. Бек, який указував на високу культурну цінність здоров'я, на те, що воно є передумовою життя та виживання [14]. Крім того, здоров'я може «диктувати» цілі, наміри і дії як окремих людей, так і соціальних груп, та соціуму взагалі.

Для визначення цінності здоров'я А. Іванюшкін пропонує три рівні: біологічний, соціальний та особистісний. З точки зору біологічного рівня здоров'я розглядається як досконалість саморегуляції організму. Здоров'я як соціальна цінність є мірою соціальної активності, як особистісна цінність - виступає як «стратегія життя людини» [100, с. 49]. Проте в соціології «носіями здоров'я», окрім окремих особистостей, виділяють також соціальні групи, суспільство. З огляду на це цінність здоров'я суспільства полягає в значимості ступеня реалізації потенційних можливостей його членів [230, с. 41].

Отже, ціннісне сприйняття здоров'я індивідом або соціальною групою визначає систему соціальних установок, поведінкових практик, які є важливим при дослідженні сучасних соціальних суб'єктів.

Розгляд здоров'я як потреби, можливості, цінності та капіталу дає можливість стверджувати, що оскільки вони мають інструментальний характер, це

у сукупності спонукає людину до певних здоров'язбережувачих дій, які мають місце у системі її життєдіяльності. Як свідчать дані ВООЗ, на 50% здоров'я детермінується соціально-економічними умовами, на 20% - екологічними, в такій же мірі спадкоємністю та на 10% - організацією охорони здоров'я та якістю медичних послуг [54]. Аналіз впливу зазначених факторів на індивідуальному рівні крізь призму чинників, які є залежними/незалежними від особистості дозволяють дослідникам протягом останніх десятиліть стверджувати, що індивідуальне здоров'я людини значною мірою залежить від способу життя [91; 92; 172; 219; 266].

Тобто, враховуючи здійснений вище аналіз, можна стверджувати, що тип суспільства, формуючи нормативні уявлення про здоров'я, визначає також превалюючий спосіб життя особистості по відношенню до нього. Для подальшого використання цього поняття здійснимо його теоретичний аналіз.

Поняття «спосіб життя» введено у науковий обіг К. Марксом та Ф.Енгельсом. Так, у їхніх наукових працях спосіб життя трактується як спосіб спільного створення людьми умов власного життя, який здійснюється в конкретно-історичній системі суспільних відносин [139].

Значна кількість досліджень способу життя була проведена радянськими соціологами у 60-80 роки ХХ ст. в межах структурно-функціональної концепції способу життя. Спроби розкрити конкретні механізми взаємодії людей між собою і умовами, що оточують їх, організації людьми своєї повсякденної життєдіяльності, її вписування в ширші соціокультурні контексти були здійснені в ситуативній концепції «способу життя», що розроблена у середині 80-х років минулого століття.

У сучасній науковій літературі існує різноманіття підходів до визначення поняття «спосіб життя», при аналізі яких можна спостерігати їхню певну наступність, що є важливим для історико-соціологічного аналізу цього феномену. Одні автори вважають, що це біосоціальна категорія, «яка інтегрує уявлення про певний тип життя людини і характеризується її трудовою діяльністю, побутом, формою задоволення матеріальних і духовних потреб, правилами індивідуальної і соціальної поведінки» [36]. Як в цьому контексті зазначає О. Федько, «спосіб життя

– це «обличчя» індивіда, і в той же час відображення рівня суспільного прогресу» [235, с. 372].

У такій конотації очевидною є аналогія між біосоціальною людиною, розумінням способу життя і контекстом її здоров'я.

Інший підхід полягає у розгляді способу життя як інтегрального способу буття індивіда у зовнішньому та внутрішньому світі, як систему взаємин людини із самим собою і факторами зовнішнього середовища [137].

Заслужують уваги напрацювання В. Ядова, який встановив взаємозв'язок між соціологічним та соціально-психологічним підходами до вивчення способу життя, що дає уявлення про співвідношення об'єктивних умов та суб'єктивних факторів життєдіяльності [265], а також дає можливість при аналізі практик щодо власного здоров'я аналізувати сукупність факторів впливу.

Важливим для концептуалізації поняття «спосіб життя» є визначення Н. Паніної, яка даний конструкт розглядає як інтегральну структуру видів та способів діяльності з огляду на психологічний стан (психологічне здоров'я, самопочуття) [171].

Таким чином стає очевидним той факт, що розробка теоретичного супроводу феномену «спосіб життя» протягом другої половини ХХ-початку ХХІ століття мігрувала від макросоціальних аспектів до міксування макро- та мікросоціальних контекстів життєдіяльності людини. Але важливим є питання відносно стабільності такої тенденції у сьогоденні.

Спираючись на позначені традиції, зауважимо, що соціологічний словник визначає спосіб життя (анг. way of living) як спосіб, форми і умови індивідуальної і колективної життєдіяльності людини (трудова, побутова, соціально-політична і культурна), типові для конкретно-історичних соціально-економічних відносин [23]. Тож спосіб життя людини формується відповідно до тих норм, цінностей, що генералізовані у конкретному суспільстві [47, с. 57]. Іншими словами, спосіб життя відбиває повсякденне життя соціальних груп і індивідів в її інтегративності з точки зору соціально типового.

Як визначає О. Мурадян, «спосіб життя» - це «сукупність сталих суспільних

практик соціального суб'єкта (індивіда, групи, суспільства), у яких здійснюється його взаємозв'язок із соціальною системою (або системами соціальної дії за Т. Парсонсом) та іншими суб'єктами в межах певної культури та проміжку часу, а також реалізуються суб'єктивно визначені життєві потреби» [155].

Саме такі визначення доводять наступність у розгляді детермінації здоров'я способом життя людини.

Узагальнення різноманітних визначень поняття «спосіб життя», наданих сучасними науковцями, дозволяє у трактуванні способу життя визначити такі ключові маркери, як набір видів життєдіяльності, способів їх здійснення, які детермінуються колом факторів макро-, мезо- та мікрорівня та відбиваються не лише на соціальних, а й психологічних параметрах життєдіяльності особистості. Таким чином, використання категорії «спосіб життя» при соціологічному аналізі, у тому числі і індивідуального здоров'я, передбачає акцентування уваги на індивідуалізованих практиках лише крізь їхню приналежність до соціальної нормативної конструкції [149] – певного суспільства.

Таким чином спосіб життя постає одним із важливіших факторів, який визначає стан здоров'я людини. Це надає нам можливість вести мову про здоровий спосіб життя.

У наукових джерелах наводяться різні тлумачення поняття «здоровий спосіб життя» [20, с.157]. Зокрема в сфері соціальної політики здоровий спосіб життя визначається як «активна діяльність людей, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я як умови і передумови здійснення інших аспектів способу життя, на подолання чинників ризику виникнення і розвитку захворювань, оптимального використання і в інтересах охорони і поліпшення здоров'я, соціальних і природних умов та чинників способу життя» [61]; як «спосіб життєдіяльності людини, який вона усвідомлено обирає і відповідально відтворює в повсякденному бутті з метою збереження та зміцнення здоров'я, як продукт духовних і фізичних зусиль людини, цілісна система життєвих проявів особистості, що сприяє гармонізації її індивідуальності в умовах соціального середовища» [85, с. 51]; як спосіб життєдіяльності людини, спрямований на формування, збереження і зміцнення

здоров'я [53, с.174]. Е. Вайнер визначає в якості здорового способу життя такий спосіб життєдіяльності, який обумовлений особливостям індивідууму, умовам його життя та спрямований на формування, збереження і зміцнення здоров'я задля повноцінного виконання людиною соціально-біологічних функцій [36; 37].

Представники медичної наукової спільноти трактують «здоровий спосіб життя» як спосіб життєдіяльності, відповідний генетично обумовленим типологічним особливостям даної людини, конкретних умов життя, і спрямований на формування, збереження і зміцнення здоров'я та на виконання людиною її соціально-біологічних функцій [8], як максимальну кількість біологічно і соціально доцільних форм і способів життєдіяльності, адекватних потребам і можливостям людини, усвідомлено реалізованих їм, що забезпечують формування, збереження і зміцнення здоров'я, здатність до продовження роду і досягненню активного довголіття [118].

У педагогічному колі актуальним є визначення здорового способу життя як сукупності таких умов навчання і виховання, в яких формуються та проявляються звички, соціальні практики, які сприяють збереженню, зміцненню, відновленню здоров'я.

Психолого-педагогічне тлумачення категорії «здоровий спосіб життя» полягає у сприйнятті його як «якоїсь еталонної моделі, системи загальних умов, приписів, заходів, сукупності подібного, але не тотожного, продукту колективної творчості» [44, с. 4].

З точки зору психології, здоровий спосіб життя – це «комплекс раціональних поведінкових правил, що гарантують індивіду максимальний захист від чинників ризику навколишнього середовища, які мають негативний вплив на нього» [51, с.117].

У рамках соціологічного знання «здоровий спосіб життя» розглядається як прояв реалізації потенціалу суспільства (у індивідуальних або групових проявах) в забезпеченні здоров'я; «цілеспрямоване формування свідомості і поведінки, відповідних вимогам здоров'я» [16, с. 99]. Також він відбиває міру соціального благополуччя, що розуміється як єдність рівня і якості життя [213].

В основі таких сучасних узагальнень лежить певна теоретична база. Так, у роботах М. Вебера, в контексті концепції цілераціональності калькуляції інтересів, здоровий спосіб життя розглядається як ознака цілераціональної поведінки, що обумовлюється «раціоналізацією суспільних відношень». М. Вебер особливо підкреслював соціальну значущість здорового способу життя, як вільного вибору особистості, що обумовлений її соціальними характеристиками [39, с. 602.]

Суспільство, яке в рамках теорії соціального реалізму Е. Дюркгейма розглядається як «відношення індивідуальності та колективності», формує систему колективних уявлень, яка обумовлює будь-які форми індивідуальної свідомості та поведінки. Тож здоровий спосіб життя у конотації теоретичних положень Е.Дюркгейма носить солідарницьку спрямованість, а здорова людина – особистість, що визнає суспільну солідарність. Суспільне регулювання при цьому здійснюється через систему виховних впливів. Взагалі, ціль виховання полягає в «методичній соціалізації молодого покоління» в процесі передачі соціального досвіду попередніх поколінь, наслідуванні традицій, навичок [221]. Тож в контексті здорового способу життя в ході соціалізації молоде покоління «наслідує» сприйняття здоров'я як складову соціального капіталу.

Взагалі, здоровий спосіб життя розглядається у міждисциплінарному ракурсі, і ми розуміємо його як певну стратегію, обумовлену сукупністю знань, настанов та типізованих практик, спрямованих на збереження та підтримку здоров'я, що має суспільну цінність та значущість для виконання соціальних ролей.

Важливим елементом дослідження здорового способу життя є аналіз його структури та факторів впливу на нього [226]. У цьому аспекті також існує варіативність інтерпретацій. Наприклад, у роботах Віленського М. Я., Авчинникової С. О. окреслено такі основні компоненти здорового способу життя: організаційний, гігієнічний, комунікативно-діяльнісний, емоційно-вольовий, адаптаційно-рольовий, культурно-естетичний, ціннісно-мотиваційний, індивідуально-особистісний [44, с. 5-6]. На думку Боженової А.С., Трошкіна Е.І структура здорового способу життя являє собою «цілісну єдність природного, матеріально-побутового, соціокультурного і духовного компонентів, що

реалізуються через структурний, енергетичний та інформаційний канали» [20, с.157]. Дьомкіна О.П. виокремлює чотири групи компонентів здорового способу життя:

- фізіологічні – компоненти здорового способу життя, що сприяють збереженню та зміцненню фізичного здоров'я (раціональне харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, гігієна, безпечна сексуальна поведінка, раціональний режим праці та відпочинку тощо);

- психологічні – компоненти, що сприяють збереженню й зміцненню психологічного здоров'я (забезпечення психологічного комфорту, уміння протистояти стресам, вироблення оптимістичної позиції тощо);

- соціальні – компоненти, що сприяють збереженню й зміцненню соціального здоров'я (конструктивне спілкування, налагодження соціальних зв'язків, організація дозвілля, самореалізація тощо);

- екологічні – що сприяють збереженню й зміцненню екологічного здоров'я (формування екокультури, самозбереження від екологічних ризиків тощо) [75].

Футорний С. М. при розгляді здорового способу життя враховує його наступні компоненти: потребо-мотиваційний (що відображає потреби, мотиви, інтереси і бажання, спрямовані на здоровий спосіб життя); змістовний (оволодіння необхідною системою знань); практично-діяльнісний; творчий (характеризується вмінням моделювати здоровий спосіб життя); рефлексивний (що обумовлює свідому діяльність [238].

Вочевидь, у різноманітних підходах структурні компоненти здорового способу життя мають загальні та особливі компоненти. Їх узагальнення на основі чотирьохсферної (чотирьохкомпонентної) моделі здоров'я, обраної нами для аналізу, дає підставу вважати за доцільне угрупувати структурні елементи здорового способу життя у фактологічну, оцінну та інструментальну групи. До першої віднесемо ті компоненти, які характеризують спосіб життя людини відносно свого здоров'я та знання щодо нього (наприклад, особливості харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, раціональний режим тощо).

До другої групи можна віднести ті компоненти, які пов'язані з оцінками

різних аспектів здоров'я людини (наприклад, оцінки стану здоров'я, психологічного комфорту, установки та мотиви щодо власного здоров'я тощо).

Третя група – інструментальна – відбиває макро-, мезо-, та мікрровпливи на людину відносно її поведінки щодо здоров'я (наприклад, екологічні впливи, вплив соціального оточення тощо).

Саме ці три групи ми пропонуємо використовувати при емпіричному вимірі особливостей поведінки підлітків щодо власного здоров'я.

Поряд з цим, ми вважаємо за потрібне і врахування факторів, що впливають на здоровий спосіб життя людини. При цьому слід враховувати сукупність факторів впливу на здоров'я та на здоровий спосіб життя.

Узагальнюючи різні наукові підходи можна виділити об'єктивні та суб'єктивні фактори. До об'єктивних умов і факторів віднесено природні, соціальні та культурні, зокрема, структура соціокультурних норм і цінностей. До суб'єктивних – потреби, запити, спонукання, мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації. Тому «одна сторона способу життя – ті аспекти, які обрав індивід самостійно, інша – нагадує про те, що навіть самостійний вибір робиться під впливом економічних, політичних і соціальних умов країни» [272, с. 554]. Саме тому іноді говорять про вплив соціальних та індивідуальних факторів, які також відображають багаторівневість факторних впливів на спосіб життя та здоров'я людини.

В іншій інтерпретації мова йде про мікросоціальні та макросоціальні фактори. До перших відносять демографічні характеристики, виховання та сімейні устої, рівень освіти та інтелектуальний рівень, професійний стаж, місце роботи чи навчання, рівень матеріального забезпечення, умови побуту, особисті мотивації та ін. До макросоціальних факторів належить стан соціально-економічного розвитку країни, пріоритети державної політики, особливості розвитку освітньої галузі, екологічний стан, соціальна політика та ін. Як зазначають науковці, «до патогенних макросоціальних факторів належать перенаселеність, забрудненість навколишнього середовища, високий рівень насильства і зменшення соціальної підтримки, безробіття, бездомність, міграція» [216].

Таким чином, при аналізі здорового способу життя важливим є аналіз його структури та факторів впливу, які мають бути взяті до уваги не лише на теоретичному, а й емпіричному рівнях дослідження.

Окреме місце серед соціальних макрофакторів посідають глобальні цивілізаційні впливи, які були позначені ще Д.Белом, О.Тофлером, П.Друкером та іншими науковцями, що у контексті сучасності має особливе значення та потребує додаткового аналізу.

1.2. Сучасне суспільство як середовище мережевого впливу на здоровий спосіб життя особистості

Як було продемонстровано у підрозділі 1.1, макрофактори соціального характеру, які атрибутивно присутні в тому чи іншому типі суспільства, безпосередньо впливають на уявлення про здоров'я людини та відповідно ті поведінкові стратегії, які утотожуються зі здоровим способом життя. Сучасне суспільство – не виключення. Саме тому для розуміння характеру його впливу на зазначені феномени розглянемо його основні риси.

Перш за все, розмістимо сучасне суспільство у площині теоретичних континуумів наукових концепцій, що дозволить більш чітко ідентифікувати його. Так, відповідно до хвильової концепції Е. Тофлера, в історичному контексті суспільства можна представити як «три хвилі»: аграрну, індустріальну і постіндустріальну [229, с. 295], для яких є характерним певний спосіб життя. З точки зору Д. Бела, у доіндустріальному суспільстві спосіб життя полягає у «взаємодії з природою, ... коли використовується м'язова сила. В індустріальну епоху, в якій домінує машина, життя людини стає своєрідною взаємодією з перетвореною природою. В постіндустріальному суспільстві діяльність заснована на послугах ... і є взаємодією між людьми. Головну роль при цьому відіграє інформація» [269, с. 126].

Зазначені теоретичні конструкції ідентифікують сучасне суспільство як постіндустріальне. Слід зауважити, що термін «постіндустріальне суспільство» було введено у науковий обіг американським соціологом Рісменом Д. у 1958 році

[294]. До початку 70-х років ХХ ст. у західній соціології відбувалось осмислення превалювання технологічних факторів над політичними та соціальними, завершилося становлення теорії постіндустріального суспільства. Зокрема Д. Беллом, який очолив американську футурологічну комісію та вважається одним із основоположників теорії постіндустріального суспільства, викладена концепція постіндустріалізму в кінці 60 років минулого століття [270, с. 5–6], яка, у свою чергу, отримала подальший розвиток у зв'язку із виходом у 1973 році його роботи «Прийдешнє постіндустріальне суспільство» [269].

На межі 1980-1990 років розпочинається новий етап в розвитку ідей постіндустріалізму, що пов'язують зі стрімкою еволюцією соціально-інформаційних процесів. Тож не випадково, що сучасне суспільство іменується «програмованим» (А. Турен), «інформаційним» (Д. Белл), «суспільством знань» (П. Дракер), «мережевим» (М. Кастельс, Ян ван Дейк, Д. Белл), «технотронним» (З. Бжезинський), «суспільством ризику» (У. Бек, Е. Гідденс, К. Лау, Н. Луман та ін.), «суспільством інтелекту» (К. Михайльова), «наносуспільством» (А. Давидов, В. Лук'янець та ін.) тощо. Багатоваріативність термінів, які характеризують сучасне суспільство, свідчить не лише про різноманітність наукової думки в контексті визначеної тематики, а й пов'язана зі складністю феномена сучасного суспільства.

Відповідно і впливи, які здійснює таке суспільство на спосіб життя людини є варіативними, такими які мають плюралістичні прояви, що визначає також і багатоваріантність конструювання стратегій здорового способу життя.

Важливим при розгляді такого впливу, на наш погляд, є розуміння ресурсної бази, завдяки якій такий вплив стає можливим. І певна відповідь щодо ключових ресурсів вже міститься у маркерах сучасного суспільства. Найзвучніший з них – інформаційність.

Термін «інформаційне суспільство» виник з усвідомленням домінування активного використання інформаційних продуктів і послуг, що відноситься до початку 1960-х років. Саме в цей час поняття «інформаційне суспільство» введено в науковий обіг майже одночасно Ф. Махлупом (США), Т. Умесао (Японія).

У соціологічних концепціях інформаційне суспільство розуміється як таке, в якому переважає діяльність, пов'язана з виробництвом, збереженням, споживанням й передачею інформації. Теоретична основа даного якісно нового етапу суспільного розвитку, як зазначалося, частково закладена такими вченими як Д.Белл, Т.Стауньєр, А.Турен, У. Дайзард, А.Тоффлер та інші. Зазначена концепція базується на передумовах того, що саме інформаційна технологія виступає засобом зміни соціальної структури суспільства, продуктивних сил й утворення цілісної індустрії інформації [220].

Д. Белл писав: «По мірі того, як ми наближаємось до кінця двадцятого сторіччя, стає все більш очевидним, що ми вступаємо в інформаційну еру... Нова інформаційна ера базується не на механічній техніці, а на «інтелектуальній технології», що дозволяє нам говорити про новий принцип суспільної організації і соціальних змін. Це також ставить у центр уваги теоретичне знання як джерело оновлення і зміни природи технічного прогресу. Так само це робить значущою й ідею глобалізації...» [269]. Тож, на його думку, знання та інформація є «агентом трансформації» та «стратегічним ресурсом» постіндустріального суспільства. Історія людства розглядається Д. Беллом в контексті глобального інформаційного потоку. Відповідно можемо стверджувати, що обсяг та характер інформації є визначними і для реалізації здорового способу життя у сучасному суспільстві

Інформація і знання, з точки зору А. Тоффлера, є визначальними досягненнями ХХ ст. Він писав: «Розміщення комп'ютерів по домах стало наступним кроком у створенні простору інтелектуального середовища» [229, с. 284].

Отже основними рисами інформаційного суспільства є збільшення ролі інформації, знань і інформаційних технологій в житті суспільства; зростання числа людей, зайнятих інформаційними технологіями, комунікаціями і виробництвом інформаційних продуктів і послуг, визначення інформаційного середовища (поряд із соціальним) новим середовищем перебування людини тощо.

Звернемо увагу на той факт, що інформація, яка позначалася як провідний ресурс постіндустріального суспільства в колі концепцій стала

системоутворюючою для нього. З точки зору нашої роботи, це дозволяє констатувати, що інформаційні аспекти відіграють значну роль у виборі та відтворенні стратегій здорового способу життя.

Поряд з цим, погодимося із В. Горовим, який стверджує, що інформаційне суспільство вбирає в себе всю складність взаємозв'язків між соціальною інформацією, необхідною для задоволення запитів соціальної практики на індивідуальних рівнях та рівнях суспільства [64, с. 58], а також «усі рівні якісних показників визначення інформаційних продуктів, що циркулюють у системі інформаційного обігу, від негативних впливів у процесі передачі в інформаційних мережах до змістовних показників – рівня наукоємності цих продуктів» [65, с. 14].

Разом з тим позначимо, що М. Кастельс вводить в обіг таке поняття як «інформаціональне суспільство», вважаючи термін «інформаційне» некоректним у зв'язку з використанням інформації протягом багатьох століть. З його точки зору саме «інформаціональне суспільство» вказує на становлення знання та інформації в якості основного джерела продуктивності [108]. Але у роботі ми будемо використовувати їх як синоніми.

Слід зазначити, що у ХХІ ст. суттєво змінилися як кількісні, так і якісні параметри інформаційного обміну, інтенсифікація процесів глобалізації та комп'ютеризації спровокувала радикальні зміни в соціумі, про що свідчить про новий характер та не існуючі раніше форми комунікації. Тож ми маємо зовсім інший формат соціальних, економічних, політичних відносин, сфери освіти, взагалі повсякденного життя, що реалізуються завдяки інформаційним мережам. Тому поряд з поняттям «інформаційне суспільство», все частіше використовується поняття «мережеве суспільство», що відображає новий характер організаційної структури сучасного суспільства. Мережевому суспільству як формі соціальної організації властиві такі риси як динамічність, гнучкість, адаптивність, децентралізованість функціонування та відсутність константних структур, а діяльність координується відповідно спільним цілям учасників спільноти.

Поява концепту «мережеве суспільство», на наш погляд, відображає подальшу логіку суспільного життя: це – концепція-відповідь на питання: «Як

циркулює інформація у суспільстві та стає ключовою детермінантою його життєдіяльності?»).

Вважається, що вперше термін «мережеве суспільство» (network society) був запропонований у 1981 р. С.Бретеном у книзі «Моделі людини та суспільства». Проте ще у 1973 році канадський соціолог Б. Веллман розкрив специфіку мережевої соціальної структури в роботі «Мережеве місто». У 1991 році поняття «мережеве суспільство отримало свій подальший розвиток у роботах Яна ван Дейка [278], а у 1996 році - М. Кастельса [274].

М. Кастельс під мережевим суспільством уявляв специфічну форму соціальної структури, яка емпірично встановлена дослідниками в якості характеристики інформаційної епохи [274]. За М. Кастельсом, «мережеве суспільство – тип інформаціонального суспільства, відмінною рисою якого є мережева логіка його базової структури» [109, с. 498]

Ми поділяємо точку зору Князевої О. стосовно того, що вживаючи термін «мережеве суспільство» М. Кастельс багатопланово демонструє визначальну роль комп'ютерних соціальних мереж у розвитку сучасного суспільства; а також показує, що розвиток інформаційних технологій, зміна засобів виробництва, виробничих відносин нового типу змінюють та перетворюють суспільні відносини [116].

Мережеве суспільство у розумінні Яна ван Дейка - це суспільство, у якому комбінація соціальних мереж і медіа мереж формує їхній основний спосіб організації і найважливіших структур від особистісного до кожного з рівнів соціальної структури суспільства, таким чином підкреслюючи значення розвитку системи соціальних комунікацій постіндустріального суспільства [65].

Слід зауважити, що в соціології немає загально визнаного поняття «мережеве суспільство», так як і немає чіткого визначення його властивостей й меж, незважаючи на достатньо великий інтерес серед наукової спільноти до вивчення цієї проблематики. Але, без сумніву, основними атрибутами мережевого суспільства є «соціальна мережа» та «мережева комунікація», які мають

безпосереднє значення для розуміння мережевого впливу сучасного суспільства на здоровий спосіб життя людини.

Поняття «мережа» має свою специфіку в різних сферах людської діяльності. В загальному значенні – це «сукупність будь-яких шляхів, каналів, ліній зв'язку, розташованих у різних напрямках у будь-якому просторі, які за формою нагадують безліч схрещених переплетених ліній, ниток» [122, с. 106]; сукупність знаків або ліній, розташованих у певній системі [41, с. 659]; сукупність інституцій, що виконують певну функцію (Реморенко І.М), «певна сукупність, розташована на будь-якому просторі у будь-якому напрямку» [123, с.183]. Резюмуючи зазначене можна сказати, що у загальному значенні мережа являє собою сукупність об'єктів, що складаються із різноманітних елементів, поєднаних між собою.

У соціології мережу розуміють як «зразки соціальних відносин, що спостерігаються, між індивідуальними одиницями» [1]. У цьому випадку оперують поняттям «соціальна мережа», яке існує понад півстоліття і визначається як «соціальна структура, утворена індивідами або організаціями. Вона відображає багаточисельні зв'язки між ними через різноманітні соціальні взаємовідносини» [278, с. 22].

Тож ключовим моментом у розумінні сутності мережі є «усвідомлення того, що вважати елементарною одиницею мережі, її вузлом, і як трактувати відносини між вузлами» [156, с. 40]. Наприклад, М. Кастельс вважав базовими «осередками» суспільства самі мережі, в той час як Ян ван Дейк визначає основними одиницями суспільства індивідів, не зважаючи на те, що вони все більше комунікують та об'єднуються у товариства [278].

Переломлюючи цей аспект на питання здорового способу життя, зазначимо, що мова йде про макро- або мікро- мережеутворюючі структури, які організують функціонування мереж та сприяють/чи ні здоровому способу життя. Відповідно такими мережеутворюючими структурами можуть виступати як макрокомпоненти суспільства (наприклад, соціальні інститути), так і мікро- (наприклад, особистість). Враховуючи ці особливості створення мереж, важливим є розуміння їх багатозарового впливу на здоровий спосіб життя особистості, який може бути

протирічливим.

Зважаючи на те, що мережа визначається особистість основою «складної організації порядку у природному та соціальному середовищі», Ян ван Дейк запропонував типологію мереж:

- фізичні мережі (такі, як екосистема, система річок тощо);
 - органічні мережі (нервова система, ДНК та ін.);
 - нейтронні мережі (наприклад, ментальні карти);
 - технічні мережі (комп'ютерні, телекомунікаційні тощо);
 - соціальні мережі (системи конкретних зв'язків у всій різноманітності відносин між індивідами);
 - медіа мережі (ті, що поєднують відправника та утримувача інформації)
- [278, с. 25].

Важливо відзначити, що мережа не є новим явищем, бо за мережевим принципом будувались спільноти з давніх часів. Дослідники також відзначають, що соціальні мережі «характерні для усіх спільнот – як для самих примітивних, так і самих розвинутих» [192, с. 23]; «мережеві структури та їх ефекти притаманні суспільству з часів становлення перших цивілізацій» [302, с. 141]. Але раніше вони «являли собою сегмент в цілому немережевому світі» [157, с. 69]. Крім того мережі стосувались виключно сфери особистого життя. У сучасних умовах вони розширили зони втручання у всі сфери суспільної діяльності, оскільки мережеві зв'язки посилені інформаційно-комунікаційними технологіями та підтримуються комп'ютерними пристроями.

Враховуючи мету нашого дисертаційного дослідження, зацентруємо основну увагу на соціальних мережах, оскільки, як зазначалося нами у підрозділі 1.1, здоровий спосіб життя ми розглядаємо через стратегію, сукупність знань, настанов та типізованих практик, спрямованих на збереження та підтримку здоров'я, що має суспільну значущість для виконання соціальних ролей.

Як зазначає Добринська Д., ще в 40-і роки ХХ ст. А. Редклифф-Браун для опису комплексного характеру соціальної структури використовував метафору

«соціальна мережа», а у 1954 р. Дж. Барнс вперше вжив дане поняття у своїй роботі «Класи і збори у в норвежському островному приході».

Досліджуючи особливості соціальних мереж, Ян ван Дейк представив їх на різних рівнях:

- індивідуальних відносин (індивід-члени сім'ї, колеги, друзі...);
- відносини всередині групи, організації;
- рівень суспільних відносин;
- рівень глобальних відносин у світовій системі суспільств і міжнародних організацій [278, с. 25-27].

У контексті нашого дослідження дана типологізація соціальних мереж дозволяє стверджувати про можливість їхнього утворення на різних рівнях і, відповідно, із різноманітною кількістю соціальних суб'єктів. Це означає, що суспільство, представлене через мережі, виглядає більш розгалуженим, різноманітним, багатоваріативним завдяки тому, що кількість мереж, до яких залучено індивіда може варіюватися. Такий стан утруднює універсальний вплив суспільства на соціальні практики індивідів, у тому числі і щодо здорового способу життя. Це, в свою чергу, зміщує концептуальні акценти аналізу здорового способу життя особистості у бік динамічної концепції цього феномену. Основні її принципи сформульовані А. Возьмителем:

У контексті нашого дослідження дана типологізація соціальних мереж дозволяє стверджувати про можливість їхнього утворення на різних рівнях і, відповідно, із різноманітною кількістю соціальних суб'єктів. Це означає, що суспільство, представлене через мережі, виглядає більш розгалуженим, різноманітним, багатоваріативним завдяки тому, що кількість мереж, до яких залучено індивіда може варіюватися. Такий стан утруднює універсальний вплив суспільства на соціальні практики індивідів, у тому числі і щодо здорового способу життя. Це, в свою чергу, зміщує концептуальні акценти аналізу здорового способу життя особистості у бік динамічної концепції цього феномену. Основні її принципи сформульовані А. Возьмителем:

- «саме відмінності в життєдіяльності людей, а не належність їх до тієї чи іншої, багато в чому формальної соціостатусної групи, - суть головного критерію диференціації та типологізації способу життя, а також виокремлення його суб'єктів;

- у центрі суб'єктно-діяльнісного підходу - особистість, яка діє в різних масштабах свого життя, та яка саме в результаті певної діяльності набуває статусу її суб'єкта і відноситься нами до того чи іншого соціального чи соціально-психологічного типу, продукуючому цілком певний спосіб або стиль життя;

- спосіб життя не є щось статичне. Це процес, як свідомий, так і стихійний. Свідомий в тому, що люди самі вибирають моделі життєдіяльності, а то і творять в них. Стихійний в тому плані, що результат конкуренції цих моделей далеко не

завжди передбачуваний. Взаємодіючи між собою, утворюючи стійкі поєднання конкретних типів життєдіяльності, вони формують цілком певні домінуючі, емпірично фіксовані риси особистості, сім'ї, мотивації, праці, зразки самоідентифікації, сприйняття і ставлення до світу, з яких викристалізовується реальний спосіб життя суспільства в цілому» [47, с. 55; 48, с. 59].

Отже в такій конотації категорія «спосіб життя» розглядається як «результат взаємодії (а іноді й боротьби) домінуючих способів і стилів життя, що продукують особистості певних соціальних типів» [46, с. 31]. І вже на цьому етапі актуалізуються питання співвідношення «соціально організованих» та «індивідуалізованих» маркерів способів життя, які, на нашу думку, можуть бути використані при дослідженні соціальних практик відносно власного здоров'я людини.

У підсумку можемо стверджувати, що у мережевому суспільстві формуються різноманітні способи життя, які безпосередньо інтегрують у собі практики щодо власного здоров'я, які формуються не тільки на універсальних соціальних детермінантах, а й на індивідуалізованих чинниках, які пов'язані з особистими цінностями, настановами, баченням власних життєвих цілей та засобів їх досягнення. Це актуалізує питання впливу стилю життя на практики власного здоров'я у мережевому суспільстві.

Поглянемо на цей конструкт ретельніше для визначення його ролі у стратегіях підтримки індивідуального здоров'я сучасної особистості.

Як наукову категорію поняття «стиль життя» найчастіше соціологи пов'язують із ім'ям М. Вебера, який розглядав його в якості критерія соціальної стратифікації. Вчений писав, що «стратифікація суспільства визначається не тільки економічними і політичними, але і соціальними показниками (звички, цінності, уподобання тощо), що в кінці кінців інтегрує певну соціальну групу й перешкоджає переходу особи до інших груп» [40, с.149].

Інші погляди на поняття «стиль життя» представлено в роботах Г.Зіммеля, Т. Веблена, П. Бурдьє, О. Тоффлера тощо. Зокрема Т. Веблен і У.Уорнер пов'язували стиль життя людей з їх класовою приналежністю, О.Тоффлер – з наявністю різних

субкультур (типів культур), Г.Зіммель – «соціальних типів». П. Бурдьє визначав «стиль життя» через категорії «соціальний простір» та «габітус». З його точки зору, «стиль життя відображає єдину інтенцію різних соціальних практик, інтеріоризованих габітусом агентів, що відносяться до одного і того ж класу» [30, с. 46]. Іншими словами під стилем життя він розумів «позиції індивіда у соціальному просторі, що визначаються через його практики та пов'язані із класом, до якого належить» [30, с. 48].

Враховуючи факт мультивпливів стилю життя, які стосуються не тільки соціальних, а й інших, зокрема психологічних ефектів, значущості набувають соціально-психологічні аспекти розгляду стилю життя. Так, зарубіжні психологи, зокрема Г. Олпорт, А. Адлер роблять акцент на особистих детермінантах й описують стиль через особистісні диспозиції у їх зв'язку з особливостями поведінки, реагування, пізнавальних процесів [4; 164]. Г. Олпорт ввів поняття мотиваційних і стильових рис особистості, акцентувавши увагу на індивідуалізації вибору способів та видів життєдіяльності [267].

В енциклопедії соціології життєвий стиль (англ. Life style; нім. Lebensstil) розглядається як «сукупність зразків поведінки індивіда або групи (стійко відтворювані риси, манери, звички, смаки, схильності), що орієнтовані переважно на повсякденне життя» [268].

Щодо сучасних соціологічних поглядів на цей феномен, то заслуговує на увагу декілька наукових традицій. Так, когорта науковців (наприклад, Рощина Я., Сафарян А., Пилаєва Т., Масленцева Н.) розглядає стиль життя в контексті соціальної спрямованості індивіду, що обумовлює його поведінкові патерни [141; 186; 193; 199].

Інші науковці, зокрема Н. Паніна, М. Шульга, О. Мурадян основою стилю життя вважають ціннісно-нормативні чинники, зокрема цілі, цінності, потреби, інтереси, уподобання, що мають прояв при контакті з оточенням [155; 171; 223]. На думку Н. Паніної, стиль життя формується та коригується через безпосередній вплив нормативної моделі поведінки, що, з одного боку визначається суспільною свідомістю, а з іншого – індивідуальними уподобаннями, які конкретизуються в

життєвих планах та цілях особистості – особистісній життєвій перспективі [171, с.26]. Зважаючи на це, «стиль життя» особистості розглядається як відображення індивідуального в соціальному [171, с.28].

З наукової точки зору представляє інтерес і третій напрямок досліджень цього феномену, який обумовлений особливостями сучасного суспільства. В його рамках стилю життя крізь призму стрімких та глобальних змін у суспільстві, і взагалі у світі, присвячені роботи Е. Гідденса, І. Інглхарта, Е. Тоффлера. Спираючись на їхні теоретичні висновки, можна стверджувати, що ті зміни, що відбуваються в українському суспільстві призводять до суттєвих змін в ціннісних орієнтаціях, мотивах, переконаннях, що обумовлює зміну поведінки, і, як наслідок, життєвого стилю.

Детальний аналіз соціологічних поглядів на стиль життя зроблено українською дослідницею Пахолок О. Нею було виділено основні акценти в інтерпретації цього поняття: стиль життя як відображення позиції індивіда в соціальній структурі та його становище в соціальному просторі; життя як продукт процесу соціалізації та відображення культури; стиль життя як реалізація внутрішнього особистісного локус контролю індивіда [175, с. 69].

Наш аналіз демонструє, що існують інтегруючі визначення стилю життя. Наприклад, Малина О. визначає його як «структуру, що забезпечує варіативність життєдіяльності людей у суспільстві; виступає як форма самопрояву, самоствердження і самовдосконалення особистості і визначається як особливий індивідуальний спосіб здійснення особистістю обраного нею життєвого шляху, індивідуально своєрідна цілісна система стійких засобів та форм опосередкування особистістю об'єктивних умов життєдіяльності, яка формується на основі потреб та здібностей і проявляється в процесі реалізації життєвої мети та планів особистості» [138].

Подібні до наведених визначень, на наш погляд, дозволяють стверджувати, що використання категорії «стиль життя» можливо на різних рівнях соціальної динаміки: від макро- до мікро-, що у контексті мережевого суспільства детермінується типом мережоутворюючих суб'єктів.

Взагалі, варто підкреслити, що у соціологічних інтерпретаціях «стилю життя» важливим постає певна «вбудованість» індивідуальних особливостей людини в соціальній простір (через норми, статус, цінності). Але зазначимо, що сприйняття цього феномену не однозначне і воно часто розглядається у співвідношенні з категорією «спосіб життя». Так, у наукових джерелах існує три підходи до співвіднесення понять «стиль життя» та «спосіб життя». Представники першого використовують поняття «спосіб життя» синонімічно терміну «стиль життя» [199]. Більшість авторів розглядають категорію «стиль життя» в більш вузькому розумінні ніж «спосіб життя». Проте в роботах науковців простежується ще й третій підхід щодо визначення концепту «стиль життя» - його розмежують з поняттям «спосіб життя», бо обидва поняття в рівному ступені відображують моделі організації життя особистості, але на різних рівнях.

У результаті дослідницькі лінії відносно потенціалу понять «спосіб життя» та «стиль життя» протягом останнього часу досить наблизилися одна до одної, але на злилися в один потік. Можна стверджувати, що поняття «стиль життя» відбиває вибір особистістю тих чи інших варіантів здійснення соціальних практик, а іноді і власне конструювання цих варіантів. Можливості такого вибору є більш широкими у порівнянні зі способом життя, який має більш жорсткі соціальні рамки.

Поглянемо на позначений вище потенціал «способу життя» та «стилю життя» для отримання відповіді на питання, яке з них і в якому контексті є доречним для дослідження феномену індивідуального здоров'я.

Порівняльний аналіз понять «спосіб життя» та «стиль життя» дозволяє нам зробити наступні висновки:

- суб'єктом стилю життя є окрема особистість з характерними для неї уподобаннями, ціннісними орієнтаціями, життєвими потребами, звичками, манерами, схильностями, мотивами тощо, яка різними засобами «реалізує ззовні свою цілісну індивідуальність», обирає власну стратегію поведінки. Цей конструкт більшою мірою є характерним для окремих мереж. В свою чергу, суб'єктом способу життя є суспільство або великі соціальні групи; які генерують соціально-типові форми життєдіяльності; носіями рис яких виступає індивід, тож спосіб

життя «нав'язує індивідам певну соціокультурну ідентичність». Відповідно при дослідженні соціальних груп більш прийнятним буде поняття «спосіб життя», а при дослідженні особистості чи невеликих угруповань – «стиль життя», бо такі дослідження передбачають занурення дослідника у повсякденність об'єкта;

- стиль життя передбачає варіативність вибору в межах соціально можливих варіантів («життєвих шансів»), проте спосіб життя – обмеження, які суспільство накладає на індивіда, або іншими словами обрання індивідом чітко регламентованих (необхідних та типових) практик (еталонну модель);

- стиль життя - типовий вибір в межах можливого», а спосіб життя – необхідність, вийти за межі якої можна лише, покинувши межі поля, яке породило відповідні форми життєдіяльності;

- стиль життя є однією із динамічних категорій способу життя, завдяки якій спосіб життя реально втілюється в дійсність через індивідуальність особистості;

- стиль життя є однією з найбільш динамічних складових способу життя, який здатен змінюватись під впливом як об'єктивних умов, так і внутрішніх спонукальних сил.

Використовуючи зазначені лінії порівняння для досягнення нашої мети, зазначимо, що здоровий спосіб життя можна розглядати крізь призму стилю поведінки, який забезпечує бажану тривалість і якість життя [92]. З такої позиції здоровий стиль життя трактується як «індивідуалізований варіант відповідного способу життя, що включає в себе світоглядний, поведінковий і діяльнісний аспекти» [44, с. 7].

У зарубіжних наукових джерелах розглядається також категорія «стиль життя по відношенню до здоров'я». Так У. Кокерхейм визначив стилі життя по відношенню до здоров'я як «колективні моделі поведінки по відношенню до здоров'я, що є результатом індивідуального вибору можливостей, які вони мають у своєму розпорядженні у відповідності до їх позиції у соціальній структурі» [275, с. 54].

Представляє науковий інтерес розгляд концепту стилю життя в контексті осмислення феномену «здорового способу життя», що здійснено Пахолок О. Вона підкреслює, що, з погляду на те, що здоровий стиль життя передбачає систему

індивідуальних потреб (зокрема в самоактуалізації), які сприяють розвитку особистості, гармонізації її індивідуальності, та способи реалізації цих потреб можна зробити висновок, що «здоровий стиль життя» є характеристикою індивідуальною. Проте, як зазначає дослідниця, його прояви мають відображення на різних рівнях взаємодії - на рівні мікро-, мезо- та екосистем [174, с.188].

Таким чином, стає очевидним той факт, використання категорії «стиль життя» можливо на різних рівнях соціальної динаміки: від макро- до мікро-, що у контексті мережевого суспільства детермінується типом мережоутворюючих суб'єктів.

Отже розмежування категорій «здоровий спосіб життя» – «здоровий стиль життя» можна здійснювати в площині протистоянь «норма» – «варіативність», «заданість» – «індивідуальність». Вони різняться як по обсягу, так і по характеру, соціальним функціям, суб'єкту явищ та процесів, які вони віддзеркалюють. З погляду на це категорію «здоровий стиль життя» визначимо як субкатегорію «здорового способу життя» і позначимо превалювання останньої при дослідженні індивідуального здоров'я. При цьому, «здоровий спосіб життя» – це певна соціально-детермінована модель, система загальних соціально-політичних, культурних, соціально-економічних умов, які визначають колективні зразки поведінки, орієнтованої на збереження та зміцнення здоров'я на основі соціальних виборів, доступних для соціальних суб'єктів певного суспільства. Вони мають значення для суспільства в цілому, застосовуючи єдині критерії індивідуального здоров'я до всіх членів суспільства.

Для мережевого суспільства ці розбіжності виступають тими, що ускладнюють взаємодію з членами суспільства через необхідність врахування різноманітності утворених мереж і залученості до них соціальних суб'єктів. Дана ситуація обумовлена функціями, які покладено на соціальні мережі.

До переліку основних функцій соціальних мереж, належать: створення індивідуальних профілів, взаємодія користувачів, можливість досягнення спільної мети шляхом кооперації, обмін ресурсами, можливість задоволення потреб за рахунок накопичення ресурсів. Основними особливостями соціальних мереж є:

гнучкість, різноманітність сервісів, як потрібних, так і непотрібних; відсутність конфіденційності; змістовність, велика кількість цікавих людей і матеріалів; різноманітна тематика; широкі можливості для спілкування, знайомств, зустрічі старих друзів і знайомих; суспільна значущість.

Вочевидь, незалежно від типу соціальних мереж, для формування певного способу життя, в тому числі і здорового, ключове значення має мережева взаємодія. Усвідомлення поняття «мережева взаємодія» не можливе без розгляду поняття «взаємодія», яке в загальному значенні трактується як «універсальна, загальна форма руху та розвитку, при якому відбувається вплив об'єктів один на одного [66, с. 160]. В енциклопедичній літературі взаємодія розглядається як філософська категорія, що відображає процеси впливу об'єктів один на одного, їхню взаємну обумовленість і породження одним об'єктом іншого, що визначає існування і структурну організацію будь-якої матеріальної системи.

Як одна із базисних філософських категорій, поняття «взаємодія» є важливою і в соціологічній теорії. Зокрема Г. Зіммель писав, що взаємодія завжди складається внаслідок певних потягів або заради певних цілей» [99].

На думку іншого соціолога П. Сорокіна, «поза взаємодії немає й бути не може ніякого агрегату, асоціації або суспільства і взагалі соціального явища, так як там не було ніяких відносин» [210, с.32].

Має сенс і використання поняття соціальної взаємодії в контексті веберівської концепції соціальної дії. Соціальна дія, за М. Вебером, є системою свідомої, осмисленої взаємодії людей, в якій кожна людина враховує вплив своїх дій на інших людей і їх реакцію на це [39].

Спираючись на наведені визначення, зробимо висновок, що мережа конструюється на основі взаємодії. Тож «мережі є не що інше, як по-новому позначена взаємодія: вони утворюються із взаємодії індивідуальних акторів і є виразом цих взаємодій (їх «матрицею»)). Відтак категоріальна сутність поняття «мережева взаємодія» полягає у визначенні її як нового виду соціальних відносин, як універсального способу структурування соціального простору [58].

Сьогодні вчені виокремлюють кілька варіантів структури мережевої взаємодії. Найприйнятнішою є варіант матричної структури, що свідчить про перехід від традиційної лінійної ієрархічної системи до нелінійної моделі, зокрема в питаннях формування здорового способу життя. Як зазначають науковці, основоположним принципом матричної моделі мережевої взаємодії є покращення спільної діяльності партнерів з метою реалізації того чи іншого проекту або ефективного рішення конкретної проблеми. Переваги матричної моделі ми вбачаємо в тому, що можна інтегрувати різні види діяльності в межах окремих проектів, а також одночасно реалізувати їх декілька, що посилить загальний ефект і призведе до позитивного результату. Крім того, в рамках такої моделі спостерігається динамічність роботи в частині швидкості реагування на зміни зовнішнього середовища та подолання внутрішньо організаційних бар'єрів» [182; 293]. Такий варіант структурування надає можливість встановлення багатоваріативних зв'язків, дозволяє одночасно реалізувати декілька програм з окремими модераторами. Тож окремі групи агентів такої взаємодії діють в межах єдиного інформаційного поля.

Слід зазначити, що матрична структура відображена в трьох базових типах моделей – «концентрована мережа», «розподільна мережа», модель ланцюга [293]. Перша модель реалізується в двох формах: ресурсній (з наявністю ресурсного центру як основи мережевого взаємодії з функцією розподілу ресурсів) і координаційній (зі створенням центру, що регулює діяльність, і домінуючою функцією координації).

Модель «розподільної мережі» передбачає відсутність координуючого «центру», кожен учасник взаємодії має можливість обирати власну траєкторію життєдіяльності й пізнання. При цьому партнери узгоджують співробітництво із залученням ресурсних можливостей один одного. Така мережева взаємодія характеризується гнучкістю, можливістю корегувати саму структуру зв'язків та взаємовідношень у залежності від проміжних результатів. Мобільність сприяє посиленню синергетичного ефекту.

Що стосується моделі «ланцюга», то її суть полягає у послідовній участі

партнерів в процесі вирішення проблеми або досягнення спільної мети. Тож «ланцюг» взаємодії чітко визначений, при цьому перша ланка ланцюга визначає і мету, і партнерів, а також організує діяльність. У цьому полягає головна відмінність даної моделі від двох попередніх.

Особливості зазначених моделей можуть бути враховані при конструюванні бідь-яких мереж.

Отже специфічність мережевої взаємодії полягає в відкритості, пріоритетності горизонтальних зв'язків, багаторівневості, відсутності єдиного центру або поліцентричності, незалежності суб'єктів від основної діяльності, добровільності, готовності вирішувати спільні цілі, безперервної комунікації між вузлами мережі.

Поряд з цим зазначимо, що провідні риси сучасного суспільства, позначені нами вище, дозволяють говорити, що лідуючу роль у взаємодіях у мережах відіграє комунікація.

Як зазначають дослідники, інформаційна комунікація визначається основоположним фактором, що задає тенденції розвитку мережевого суспільства [196, с. 89]. Враховуючи багатозначність самого поняття «комунікація» (шляхи сполучення, форма зв'язку процес передачі інформації, акт спілкування, зв'язок між двома або більш індивідами, повідомлення інформації однією особою іншій), інформаційну комунікацію можна уявити як процес двостороннього обміну ідеями та інформацією, який веде до взаємного розуміння. Спираючись на сприйняття мережі як системи рівноправних вузлів, пов'язаних між собою горизонтальними зв'язками розподіленого типу, можна з упевненістю стверджувати, що мережева комунікація створює суб'єктивно-орієнтовану реальність, яка відображає «мозаїчність» думок, інтересів і бажань учасників мережевого спілкування [116]. Відповідно, конструювання здорового способу життя відбувається під впливом мережевої взаємодії в різних соціальних мережах з їхньої специфічною інформацією.

Зазначимо, що інформаційно-технологічний характер мережевого суспільства надає різноманітні можливості, пов'язані з конструюванням мереж, їхнім інформаційним наповненням.

Оскільки Інтернет - технології визначають новий віртуальний простір та нові електронні шляхи сучасного суспільства, то фактично можна говорити про трансформацію соціальності [198] та виникнення нової моделі соціалізації. Нова модель соціальності в сучасному суспільстві характеризується мережевим індивідуалізмом, сутність якої полягає «в утраті індивідумом зв'язку з локальними спільнотами» [108, с. 155.]. Це відбувається не лише в силу нових комунікативних можливостей, а в силу того, що вони реалізують особисті потреби, спираючись на ці нові можливості. Тож відбувається перехід к більш слабким екстериторіальним зв'язкам [157].

Водночас необхідно взяти до уваги, що розвиток інтернет-комунікації спонукає соціальні інституції до більш активного запровадження нових моделей мережевої взаємодії, зокрема віртуальних. Однією із основних переваг такої форми взаємодії є територіальна необмеженість, що робить можливим залучення ресурсів партнерів, не залежно від місця їх розташування. Окрім того, така взаємодія передбачає установаження індивідуальних зв'язків між акторами в залежності від потреби в інформації.

Тож віртуальна мережева взаємодія розглядається нами як механізм інформаційного обміну в он-лайн режимі, який призводить до формування багаторівневої колективної дії з розв'язання спільної проблеми, в тому числі у напрямку формування здорового способу життя. Але слід враховувати, що для мережі як нелінійної системи властивий синергетичний ефект, сутність якого полягає в тому, що «сумарна віддача від кількох факторів може бути вищою, ніж сума показників незалежного їх використання» [231].

У цілому, як зазначав М. Кастельс, «саме мережі становлять нову соціальну морфологію сучасного соціуму» [110, с. 494]. Разом з цим, Ф. Уебстер, відзначає явну залежність змін в способі життя суспільства і індивідуума від характеру інформації, а не від її обсягу [233], що безпосередньо відбивається на стратегіях

здорового способу життя особистості.

Вплив соціальних факторів на стиль життя відносно здоров'я підкреслює і У.Кокерхам: соціальний клас, демографічні характеристики, умови життя та соціальні групи [275, с. 57]. Він робить акцент на впливі даних факторів на соціалізацію, життєві шанси, а надалі на «життєвий вибір» й габітус, що є визначальним у практиках, які впливають на здоров'я чи то позитивно, чи то негативно.

Сучасному суспільству (постіндустріальному, інформаційному, мережевому) притаманно в якості основного виду діяльності виробництво та споживання інформації, а сама інформація визнається значним ресурсом [131], «процесом і простором соціальної комунікації» [131, с. 5]. Відповідно і спосіб життя детермінується особливостями життєдіяльності суспільства. У цьому контексті важливими постають і впливи сучасності на майбутнє. Так, з точки зору Е. Тоффлера, «особистість майбутнього» – не нова людина ... вона являє собою «різноманітність ролевих моделей і життєвих стилів» [229, с. 295]. А з цього, як ми вважаємо, формується і багатоваріантність поведінкових патернів, які зокрема обумовлюють стилезиттєву практику, в тому числі, відносно здоров'я.

Але важливими факторами формування здорового способу життя у мережевому суспільстві є також інституційний вплив, який дозволяє соціальним інститутам конструювати мережі, залучати до них соціальних суб'єктів, наповнювати певною інформацією, обирати засоби мережевої взаємодії і таким чином здійснювати вплив на стратегії здорового способу життя сучасної особистості. Окремо постає питання і про особливості прояву зазначеного впливу на різних соціальних суб'єктів.

1.3. Соціальні інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я як детермінанти здорового способу життя підлітків у мережевому суспільстві

Як продемонстровано у підрозділі 1.2, сучасне суспільство здійснює мережевий вплив на спосіб життя особистості, а базовими компонентами цього процесу є мережеві структури та мережева взаємодія. Оскільки мережі можуть

конструюватися на різних рівнях соціальної взаємодії, ми можемо говорити про різнорівневий вплив суспільства на здоровий спосіб життя особистості. Враховуючи це та тематику нашого дисертаційного дослідження, звернемося до розгляду питань інституційного впливу на здоровий спосіб життя підлітків.

Як зазначав Л. Виготський, «ніколи вплив середовища на розвиток мислення не набуває такого великого значення, як саме в перехідному віці...» [55]. Змістовно схожої точки зору дотримується Д. Фельдштейн: «Виявляючи гострий інтерес до сучасності. Підліток шукає своє місце в навколишньому світі, тонко сприймаючи усі відхилення і недоліки у діяльності, поведінці конкретних людей і суспільних інститутів. Тому дисгармонія соціально-економічного розвитку суспільства чітко позначається на особистісному становленні підлітків [185].

Враховуючи важливість нормативно-соціальної складової у формуванні способу життя, зазначену нами у підрозділі 1.2, звернемося до аналізу соціальних інститутів як суспільних структур, які задають певні рамки життєдіяльності підлітків та конструюють мережі, до яких вони можуть залучатися.

Наші наукові судження відносно соціальних інститутів спиратимуться на ідеї зарубіжних та вітчизняних соціологів, зокрема Г. Спенсера, Т. Веблена, Дж. Хоманса, Т. Парсонса, Дж. Тернера. Так, на думку Веблена Т., інститути – це «звички та стереотипи мислення й поведінки, що поділяються великою кількістю членів суспільства» [129, с. 50]. Важливою вважаємо і думку Г. Спенсера, який розглядав соціальні інститути (у його термінології – соціальні установи) «як каркас суспільства, що виникає внаслідок процесу диференціації суспільства. Це механізм самоорганізації суспільного життя людей, [...] соціальні інститути забезпечують перетворення асоціальної за своєю природою людини в соціальну істоту, здатну до спільних колективних дій» [217].

Цілком очевидно, що підхід Т. Веблена у визначенні сутності соціального інституту спирається на спільність, єдність, типовість мислення, що лежить в основі певного нормування життєдіяльності соціальних об'єктів, а спенсерівський – на функціональність колективних дій.

Точку зору Т. Веблена на соціальні інститути поділяє й Дж. Хоманс, який

розглядає їх як набір правил і норм, що визначають поведінку особистості за певних обставин та в конкретних ситуаціях [281]. У схожому руслі Т. Парсонс пропонував розглядати соціальні інститути як зразки стандартизованих очікувань, які керують поведінкою індивідів і соціальними відносинами [290].

Продуктивним для нашого дослідження є також визначення Дж. Тернера, в якому він розглядає інститут як комплекс статусів, ролей, норм та цінностей, виражених у конкретних типах соціальних структур, який організує відносно стійкі стандарти людської діяльності стосовно фундаментальних проблем створення ресурсів життєзабезпечення, відтворення індивідуумів й підтримки життєво важливих соціетальних структур в даному середовищі [301].

Таким чином, можна стверджувати, що інституційний вплив на ті чи інші елементи суспільства, в тому числі підлітків, у класичній соціології маркерується через типові норми, цінності, моделі поведінки, які визначають характер соціальної взаємодії у суспільстві [254]. У контексті нашого дослідження ми можемо говорити про те, що ці маркери складають основи мереж, які формуються на суспільному рівні. Саме тому, у сучасній соціологічній думці соціальні інститути розглядаються «як стійкі утворення, що забезпечують відносну стабільність суспільних зв'язків, відносин і форм діяльності в межах суворої внутрішньої (соціальна структура в широкому значенні) та зовнішньої (міждержавний і міжнародний порядок) соціальної організації» [56, с. 254]. На переконання І. Гавриленка, «це сукупність груп, установ і організацій, що розпоряджаються певними людськими, матеріальними та духовними ресурсами задля реалізації покладених на них функцій. Це є певним набором доцільно орієнтованих стереотипів поведінки відповідних осіб, груп чи суспільних структур у конкретно визначеній ситуації» [56, с.255]. Важливими у такому розумінні, на наш погляд, є акценти на структурну різноманітність складових соціальних інститутів та ресурси, завдяки яким вони здійснюють свою діяльність. Більш того, можна стверджувати, що інституційні мережі створюються для функціональної підтримки соціальних інститутів.

У цілому зауважимо, що трактування та дефініції соціального інституту можна звести до трьох груп основних ознак, які є важливими для контексту нашого

дослідження:

- ◆ певна сукупність установ, які відповідають соціальній структурі суспільства (Москвичев Л., Осипов Г. та ін.) та мають у розпорядженні певні ресурси (Гавриленко І.) (можуть розглядатися як елементи соціальних мереж);

- ◆ сукупність соціальних норм і культурних зразків, які визначають сталі форми соціальної поведінки й дії (Аберкромбі Н., Кірдіна С., Тернер Б., Хілл С.) (можуть розглядатися як правила мережевої взаємодії);

- ◆ система поведінки відповідно до цих норм і правил (Джері Д., Джері Дж., Литовченко Л., Норт Д. та ін.).

На наш погляд, більш продуктивним визначенням конструкту «соціальний інститут» у контексті вивчення здорового способу життя є таке, що полягає в його сприйнятті як «організованого об'єднання людей, які виконують певні соціально значимі функції, що забезпечують спільне досягнення цілей на підставі виконуваних членами своїх соціальних ролей, заданих соціальними цінностями, нормами та зразками поведінки» [124, с. 37]. Тому при аналізі впливу соціальних інститутів на здоровий спосіб життя підлітків ми будемо спиратися саме на це визначення, яке дає нам можливість оцінити соціальні інститути відповідно їхнього внеску в процес формування в підлітків здорового способу життя. При цьому ми ставимо за мету розкрити специфічні функціональні можливості кожної інституції в контексті «привчання» індивіда до здоров'язбережувальної поведінки.

У суспільстві існує значна кількість соціальних інститутів. Враховуючи, що їх вплив на особистість варіюється у залежності від провідних сфер її життєдіяльності, при дослідженні їхнього впливу на здоровий спосіб життя підлітків сконцентруємо увагу на соціальних інститутах сім'ї (оскільки для підлітків він є превалюючим у соціалізаційних процесах), освіти (оскільки підлітки значну частину свого часу перебувають у закладах освіти) та охорони здоров'я (оскільки мова йде про здоровий спосіб життя). Інші соціальні інститути здійснюють опосередкований [216] або опціональний вплив на підлітковий спосіб життя щодо власного здоров'я.

Інститут сім'ї залишається безумовним лідером з формування здорового

способу життя підлітків, йому належить і особлива роль у суспільстві. На його суспільній детермінованості акцентують увагу зарубіжні та вітчизняні вчені, зокрема Сорокін П., який писав про те, що сім'я закладає перші й незабутні риси майбутньої людини; змінити їх майже неможливо, тож вони будуть давати про себе знати усе життя людини, хоча вона сама й не усвідомлює цього [209].

Водночас відбувається вплив і в зворотному напрямку, ураховуючи, що інститут сім'ї є основним елементом суспільної системи, який пов'язаний з іншими елементами цієї системи [179]. Тож, «сім'я – це соціальний інститут, і всі її потреби та функції вирішальною мірою регламентовані соціальними явищами» [96, с. 29]. Зі структурно-функціонального ракурсу аналізу, як вважав Т. Парсонс, «сім'я – соціальний інститут, субструктура суспільства, у якому існує взаємодоповнюваність соціальних ролей, і яка виконує функції соціалізації та стабілізації членів суспільства» [290, с. 143].

Тобто, соціальний інститут сім'ї у мережевому суспільстві може розглядатися як мережева структура (центр), який виконує соціально значущі функції. Завдяки тому, що обирання приналежності до нього є біологічно та соціально детермінованим, функції, які виконуються цим соціальним інститутом, є важливим інструментом конструювання способу та стилю життя підлітків, в тому числі і щодо власного здоров'я.

Розглядаючи інститут сім'ї в такому аспекті необхідно розуміти, що йдеться про соціальні функції як «соціетальні результати життєдіяльності мільйонів сімей, які виявляються на рівні суспільства, мають загальнозначущі наслідки й характеризують роль сім'ї як соціального інституту серед інших інститутів суспільства» [7]. Тож з погляду на це, функції сім'ї розглядаються як «показники її сутності, як індикатори змін в сім'ї» (У. Огборн, К. Циммерман, Т. Парсонс).

Виконання інститутом сім'ї соціальних функцій є визначальним у виборі дитиною здорового способу життя. Саме батьки закладають основи здоров'я, створюють здоров'яформуєче сімейне середовище, формують своїм особистим прикладом спосіб життя дитини, спрямовують її до вибору певного типу поведінки. З точки зору І. Кона, соціальний та психологічний аспекти поведінки підлітків

повністю залежать від їхніх сімейних умов [119]. Узагальнюючи погляди вчених, ми звертаємо увагу на те, що процес формування здорового способу життя при цьому визначається ступенем виконання інститутом сім'ї соціальних функцій у межах тих її моделей, що існують. І, перш за все, це функція соціалізації.

Визначення сім'ї в якості первинного та одного із основних агентів соціалізації є сьогодні загальноновизнаним. У науковій літературі соціалізація представлена як «процес засвоєння та утворення людиною культурних цінностей та соціальних норм, а також саморозвитку й самореалізації у тому суспільстві, у якому вона проживає» [57, с. 70]. Тож даний процес містить дві складові. Це, по-перше, адаптація індивіда до суспільства шляхом засвоєння людиною соціального досвіду, цінностей, норм, притаманних як суспільству в цілому, так і окремим групам. І в цьому процесі у контексті нашого дослідження роль інституту сім'ї полягає в накопиченні та трансляції соціального досвіду щодо формування та збереження здоров'я, незважаючи на те, чи буде він суспільно прийнятним у майбутньому чи ні; у відборі, засвоєнні, переробці цього досвіду, урахування інтереси і потреби конкретних людей та адаптацію соціального досвіду, накопиченого попередніми поколіннями, в нових умовах [217]. По-друге, створення нового соціокультурного досвіду під час формування індивідом власної позиції [74]. Тобто у такому ракурсі сім'я формує певні «простори вибору», в тому числі і щодо здорового способу життя.

Саме сім'я задає вектор спрямованості становлення особистості та її життєдіяльності. Не можна не брати до уваги думку французького соціолога Г. Тарда, що головним механізмом соціалізації є наслідування, регулятором якого є, в першу чергу, інститут сім'ї. Виходячи із цього твердження можна припустити, що при наслідуванні мають значення ціннісні орієнтири сім'ї відносно здоров'я, і як результат – спосіб життя сім'ї, якого вона постійно дотримується, а не декларує, виходячи із потреб суспільства.

Досліджуючи процес соціалізації, Е. Дюркгейм та М. Мід вважали, що авторитет батьків та їх влада є найбільш потужним чинником впливу на формування у підлітків правил та моделей поведінки в соціумі.

В аналогічному ракурсі розмірковують і сучасні дослідники. Зокрема Р. Касимов стверджує, що найбільш впливовим є особистий приклад батьків. Формуючи здоровий спосіб життя в дітей у сім'ї, батьки повинні самі його дотримуватися. Їх узгодженість забезпечує ефективність виховання» [107]. Це стосується й цінності та практик здорового способу життя.

Тож вплив сім'ї на процес соціального становлення підлітка відбувається завдяки таким механізмам соціалізації як ідентифікація (орієнтація на приклад батьків, наслідування) та підкріплення (цілеспрямоване формування соціально значимих якостей особистості, певної системи соціальних норм, принципів, цінностей й правил поведінки, необхідних для повноцінного існування в соціумі). Тож у процесі соціалізації мають значення поведінка, ціннісні орієнтири та переконання батьків. Виходячи з цього можна припустити, що інститут сім'ї може мати як конструктивний, так і деструктивний вплив на підлітка. «Причини девіантної або залежної поведінки значною мірою зумовлені несприятливою сімейною ситуацією – асоціальним способом життя батьків, бездоглядністю дитини, наявністю конфліктів або сімейного насилля, емоційним неприйняттям дитини, фрустрацією її базових потреб», – зазначає Яблонська Т. [264]. Як свідчать результати досліджень, здоров'яруйнівна поведінкова практика «багато в чому саме в рамках сім'ї закладається в основу системи ціннісних орієнтацій людей» [163; 177; 249].

Не менш значущою для суспільства є реалізація сім'єю виховної функції. Сімейне виховання ми будемо розглядати як засіб первинної соціалізації індивіда. Як зауважує Н. Мілованова, «виховання не просто функціонує як складова частина соціалізації, а системою своїх методів по суті забезпечує цілеспрямований механізм соціалізації. Виховання забезпечує не лише «вихід в соціум», а й «набуття себе» (процес індивідуалізації, становлення власного соціального досвіду, свого стилю життя). Без виховання ці два взаємопов'язаних процеси неможливі» [151, с.110].

Ми поділяємо точку зору науковців у тому, що сутність сімейного виховання полягає в цілеспрямованому впливі на особистість з метою прищеплення їй певних норм і стереотипів поведінки, а також певних морально-психологічних і фізичних

якостей [29; 125]. Якість виконання виховної функції залежить від виховного потенціалу інституту сім'ї, що являє собою сукупність матеріальних та побутових умов, структуру сім'ї, специфіку взаємостосунків між членами сім'ї, особистісні якості батьків, їх освітній рівень та життєвий досвід, сімейні традиції тощо. Так за результатами соціологічних досліджень з'ясовано, що в сім'ях з авторитетним батьківським стилем діти «вживають більш здорову їжу, мають найнижчі показники депресії та психічних розладів, демонструють менш ризиковану поведінку, менше вживають наркотичних речовин та, узагалі, дотримуються більш здорового способу життя та мають вищий рівень фізичного, психічного та соціального здоров'я, ніж підлітки авторитарних, байдужих чи ненаполегливих батьків» [287, с. 144].

Таким чином, у ході соціалізаційних процесів у сім'ї підліток набуває певних знань та навичок, які дозволяють йому конструювати спосіб життя щодо власного здоров'я.

Особливою функцією інституту сім'ї є репродуктивна, що у соціальному аспекті полягає у відтворенні населення, людського капіталу суспільства. З приводу цього необхідно зробити уточнення, що в будь-які часи залишається актуальним запит суспільства на здорове потомство та його збереження. А це значною мірою залежить від стану здоров'я генетичних батьків, від їх ставлення до власного здоров'я, від їхнього способу життя ще до народження дитини. Відповідно, спадкові фактори також лежать в основі формування у дітей здорового способу життя, а практики батьків щодо власного способу життя стають непрямими детермінантами потреб їхніх дітей у майбутньому.

Не менш значущими в процесі формування здорового способу життя підлітків є господарсько-економічна, реакційна функції інституту сім'ї тощо.

Реалізація господарсько-економічної функції забезпечує матеріальну підтримку непрацюючим членам сім'ї та необхідні фінансові ресурси для ведення здорового способу життя. Стосовно якості її виконання важливо підкреслити, що сім'я може зазнавати труднощів в матеріальному плані, що буде накладати обмеження на можливість реалізації здорового способу життя підлітками. Якість

харчування, його збалансованість, можливість займатися в спортивних клубах та фітнес-центрах, «здоровий» відпочинок та інше мають пряму залежність від матеріального становища сім'ї, а організація безпечних побутових умов є одним із факторів організації сімейного здоров'язбережувального простору.

Відповідно господарсько-економічна функція впливає і на якість реакційної (відновлювальної) функції, сутність якої полягає в емоційному та соціальному захисті членів сім'ї, що напряму впливає на стан психологічного та соціального здоров'я підлітка, які за зазначеною нами у підрозділі 1.1. моделлю є складовими здоров'я. Соціологічні та психолого-педагогічні дослідження підтверджують, що «формування різних соціальних орієнтацій, установок, емоційної культури, моральне й психічне здоров'я людини перебувають у прямій залежності від характеру внутрішньосімейного спілкування, від вияву в спілкуванні психологічних установок, насамперед, дорослих, від морально-психологічної атмосфери в сім'ї» [178; 179; 242].

Таким чином, інститут сім'ї, реалізуючи свої основні функції, формує певний сімейний простір, який може бути здоров'язбережувальним. Але при дисфункціональності інституції цей простір навпаки буде руйнувати здоров'я дитини.

Для розуміння особливостей впливу сім'ї на здоровий спосіб життя сучасних підлітків необхідно простежити ключові зміни, які відбуваються в цьому соціальному інституті.

Трансформаційні зміни, що відбуваються на сучасному етапі розвитку суспільства, спричинили масштабну трансформацію сім'ї як «структуротвірної системи соціального життя». В останні десятиліття українське суспільство, обираючи європейський вектор розвитку, знаходиться на стадії адаптації до «принципів та цінностей економічного лібералізму, серед яких основними є індивідуальність, конкуренція, свобода вибору, різноманіття, ініціативність, обмеження втручання держави» [124; 151], що обумовлює поступове поширення сімейних цінностей й стосунків ліберального характеру. Внаслідок цього протягом останнього часу спостерігається зменшення кількості розширених сімей, поряд із

цим значно збільшується кількість неповних сімей і дітей, народжених поза шлюбом.

Проведені дослідження демонструють, що лише біля «двох третин учнівської молоді проживають з обома батьками. На запитання: «Ти живеш удома з обома рідними батьками – матір'ю і батьком?» було отримано 68% ствердних відповідей, а з відповідей на запитання: «Будь ласка, зазнач про твій дім, у якому ти перебуваєш весь час або більшу частину часу, і відміть тих людей, які живуть разом з тобою» розраховано, що разом з рідними матір'ю та батьком, тобто в повній сім'ї, живуть 71,4% опитаних, практично кожен шостий (17,7%) підліток проживає з одним з рідних батьків, а 8,5% – у реструктурованій сім'ї, тобто з одним рідним з батьків, а другим – ні. Про те, що вони проживають без батьків, а з іншими членами сім'ї, повідомили 2,5% молодих людей» [216, с. 33].

Поширюється поява різних нетрадиційних форм організації сімейного життя, збільшення кількості розлучень, послаблення батьківського авторитету, емоційне відчуження дітей та батьків, поширення соціального сирітства та дистанційного батьківства тощо. Ці зміни свідчать про кризу інституту сім'ї та руйнацію її традиційних цінностей і форм сімейного життя.

Але ще П. Сорокін підкреслював, що криза сім'ї не означає її крах, і сім'я як подружній союз і союз дітей та батьків буде існувати і в майбутньому, хоча форми її можуть бути іншими [209]. Разом з тим, у сучасному соціокультурному просторі, зокрема українському, ми спостерігаємо появу варіативної моделі сім'ї, що пов'язано зі зміною ціннісної парадигми з традиційної на інноваційну (децентралістську). Ці моделі є результатом «вибору людини, а не зразків, шаблонів, які моделює і нав'язує суспільство», з функціями, що більшою мірою відповідають новим соціальним умовам [257]. Як зазначають дослідники, відбувається закономірний перехід від одного етапу розвитку сім'ї (патріархату) на інший (біархат). При цьому домінуючими стають функції задоволення більш високого рівня потреб емоційно-інтелектуальної, духовної сфери [68; 264].

Ми поділяємо точку зору багатьох науковців, зокрема А. Верещагіної та М. Шахбанової, відносно того, що сучасна модель сім'ї стає «багатоликою та

плюралістичною, проте все її різноманіття можна звести до існування і протистояння двох основних моделей: традиційної (патріархальної) та сучасної (егалітарної), які не варто розглядати як такі, що взаємознищують одна одну, а навіть навпаки - як джерела їх розвитку» [42, с. 83]. Іншими словами, у ході постіндустріальної трансформації сім'ї відбувається становлення її нового типу з іншими, притаманними їй, функціями.

Сучасні дослідники звертають увагу на втрату інститутом сім'ї своїх традиційних функцій у процесі модернізації суспільства, передоручення деяких із них іншим інститутам, що було сформульовано ще У. Огборном в концепції «перехоплення» сімейних функцій іншими соціальними інститутами. Поряд із цим спостерігається набуття інших, донині не характерних для інституту сім'ї, функцій. З трансформацією суспільства деякі з них делегуються сім'єю іншим соціальним інститутам, зокрема інституту освіти, охорони здоров'я. Так, У. Огборн виділив шість функцій сім'ї: афективну, захисну, економічну, освітньо-виховну, релігійну, дозвільну. П'ять із них, окрім афективної, переміщуються сьогодні за її межі [31].

Сьогодні не дивує поява в сім'ї «приватного вихователя», «репетитора», який частково виконує освітньо-виховну функцію.

Сучасна сім'я намагається перекласти виховну функцію – на інститут освіти, збереження здоров'я – на інститут охорони здоров'я, дозвілля – інститут культури тощо. Більш того, дослідники, зокрема Гурко Т., звертають увагу на появу донині не характерних для інституту сім'ї нових функцій – координація інституційних послуг, управління споживанням послуг, товарів, інформації (див. табл. 1.1).

Ураховуючи зміни функціональності сім'ї, «по суті, у кожній родині має бути менеджер, який раціонально розподіляє сімейний бюджет, обирає якісні товари, недорогі послуги, піклується про здорове харчування членів сім'ї», – пише Гурко Т. [68, с. 87].

Історична динаміка функцій сім'ї (за Т.А. Гурко) [68]

| Аграрні суспільства | Індустріальні суспільства | Постіндустріальні суспільства |
|--|---|--|
| Функції, що виконує сім'я | | |
| Репродукція Економічний захист Робота Дозвілля Турбота про фізичне й розумове здоров'я членів сім'ї Догляд за дітьми, інвалідами, хворими Освіта та соціалізація Соціальний контроль Ідентичність, прихильність, любов | Репродукція Ідентичність, прихильність, любов Економічний захист Дозвілля Догляд за дітьми, інвалідами, хворими Координація інституційних послуг | Репродукція Ідентичність, прихильність, любов Координація інституційних послуг Управління споживанням послуг, товарів, інформації |
| Функції, що поділяє сім'я з суспільством | | |
| Поділялись незначно | Оплачувана робота Турбота про фізичне й розумове здоров'я членів сім'ї Освіта та соціалізація Соціальний контроль | Економічний захист Оплачувана робота Дозвілля Турбота про фізичне й розумове здоров'я членів сім'ї Освіта та соціалізація Соціальний контроль |

Звернення до аналізу зазначених вище тенденцій дозволяє стверджувати, що соціальний інститут сім'ї має як постійні, так і змінні елементи. Безумовно, для нашого дослідження важливим постає аналіз можливостей сім'ї для формування здорового способу життя підлітків. Вочевидь, функція, пов'язана з турботою про здоров'я, є наскрізною для цього соціального інституту. Але важливим фактом є той, що у мережевому суспільстві ця функція стає «розподіленою» з іншими соціальними інститутами і потребує не тільки внутрішньосімейного впливу, а й позасімейного - інших соціальних інститутів. Саме це визначає одну з

особливостей потенціалу соціальних інститутів для формування здорового способу життя сучасних підлітків.

Таким чином сім'я як соціальний інститут у мережевому суспільстві може розглядатися як мережа, яка має функціональний потенціал для формування здорового способу життя підлітків. Але певні напрямки формування здорового способу життя в недостатній мірі знаходяться під впливом інституту сім'ї, тому звернемось до аналізу ролі освіти в цих процесах.

Відносно соціального інституту освіти, ще О. Конт бачив у ньому «важливий соціальний механізм поширення знань, передачі й трансформації їх від покоління до покоління» [129, с. 42]. У такій конотації важливим є акцент на знаннях та їх трансляції, в тому числі і щодо здоров'я і здорового способу життя.

Е. Дюркгейм розглядав освіту як той «простір, де засвоюються ціннісні орієнтації суспільства, формуються здібності і вміння найвищої соціальною позиції шляхом реалізації значущої соціальної функції» [83]. У такому ракурсі освіта має потенціал формування ціннісного ставлення до здоров'я.

За Т. Парсонсом школа є суспільством в мініатюрі, де поведінка кожного регулюється правилами.

Сучасні вітчизняні та зарубіжні дослідники розглядають освіту як «соціальний інститут, який реалізує в процесі взаємодії соціальних спільнот функції соціалізації, розвитку особистості й громадських (економічних, політичних та інших) структур» [97, с. 38]. З огляду на це, освіта реалізує систему функцій, що зорієнтовані на задоволення певних суспільних потреб (соціальних замовлень). З точки зору Е. Дюркгейма, «основна функція освіти полягає в передачі суспільних норм і цінностей» [214, с. 10]. Американський соціолог Т. Парсонс виокремив чотири основні функції освіти: академічну, дистрибутивну, економічну та політичну [291]. У наукових зарубіжних джерелах також розглядається декілька функцій інституту освіти: соціалізація, культурна трансмісія, соціальний контроль, селекція і надання соціального статусу [167]. Виокремлюються також професійна, соціалізуюча та комунікативна функції освіти [214, с. 95]. О. Лисенко зазначає, що основною та явною функцією освіти як соціального інституту було і є

цілеспрямоване відтворення члена суспільства заданого типу. Підпорядкованість суспільним потребам конкретизується в тому, що даний інститут виконує найважливіші соціальні функції – навчання й виховання [135].

Взагалі очевидним та важливим для нашого дослідження є факт формування освітою певного ціннісно-культурно-знанневого простору, який функціонує за певними нормами [143]. Цей простір формується переважно на основі суспільних потреб, у тому числі і щодо власного здоров'я. Саме це сприяє і трансмісії зазначених складових, і відтворенню особистості, що безпосередньо дозволяє суспільству нарощувати свій людський капітал.

Як мережа освіта досить розгалужена: вона містить і структури дошкільної освіти і виховання, і структури загальної середньої освіти, позашкільної, передвищої, вищої тощо. Розвиток безперервної освіти та неформальних її форм робить освітню мережу різноманітною, привабливою для особистості, а відповідно і створює різні канали впливу на формування способу його життя.

Слід зауважити, що ми будемо розглядати саме школу (заклад загальної середньої освіти) як специфічний сектор соціального інституту освіти, про який Дж. Дьюї писав: «Школа поступово може створити такий тип суспільства, який нам хотілося б бачити. Впливаючи на розум у цьому напрямку, ми поступово змінили б і доросле суспільство» [81]. Це пов'язано з тим, що інститут освіти в цілому відіграє домінуючу роль у «визначенні можливостей соціокультурного розвитку соціуму», формуванні нової якості суспільства в цілому, а школа як інституція перебуває в системі більш широких громадських зв'язків і відносин та відчуває значний вплив суспільно-історичних, економічних, соціальних та інших відносин і умов.

Для школи як соціальної інституції особливо соціально значущими є функції навчання та виховання. Тож у контексті формування здорового способу життя йдеться про «навчання» та «виховання» як складових вторинної (цілеспрямованої) соціалізації, що полягає в засвоєнні соціальних ролей та інших соціально-адаптаційних процесів, зокрема зміни або утвердженні особистісних якостей, норм, цінностей, моделей поведінки, сформованих у ході первинної соціалізації.

Розглядаючи школу як інституцію формування здорового способу життя підлітків, ми вважаємо, що процеси навчання та виховання не можна відокремлювати один від одного, а необхідно розглядати як єдиний процес передачі інтелектуального та соціального досвіду, засвоєння суспільних норм та цінностей.

Тож, інститут освіти, здійснюючи навчання і виховання молодого покоління, спрямований на формування такого виду життєдіяльності, який орієнтований на збереження і зміцнення здоров'я особистості як найвищої соціальної цінності.

Але зазначимо кілька моментів, які є важливими для нашого аналізу. Перший - автономізація освітніх установ, яка є характерною для останніх років. Ця тенденція вносить в «монолітну» соціалізуючу основу підлітків багатоваріантність, яка відбивається на способі та стилях їхнього життя. Другий - різноманітність складових освітньої мережі та поява «альтернативних» освітніх мереж - в рамках неформальної освіти, перш за все. Третій - активна діджиталізація та різноманітний комунікаційний супровід освітнього процесу (навчання+виховання), що майже унеможливує якісне виконання освітою контролюючо-нормативної функції, у тому числі і у плані формування здорового способу життя підлітків.

Важливим при розгляді ролі інституту освіти на формування здорового способу життя підлітків є також питання про суб'єкти освітнього процесу. Зазначимо, що на відміну від сім'ї, їх коло більш широке, а це означає і можливий їх диференціюючий вплив на здоровий спосіб життя підлітків і більшу складність інтегрованого аналізу.

Саме тому, на практиці далеко не всі школи здійснюють здоров'язберігаючу і здоров'яформуючу діяльність; спостерігається постійне зростання ризиків шкільного середовища, що погіршують стан здоров'я дітей та підлітків [38; 251; 253].

У підсумку ми можемо припустити неоднозначність впливу школи на спосіб життя підлітків у контексті здоров'я.

Здійснюючи аналіз впливу соціальних інститутів на здоровий спосіб життя підлітків, підкреслимо, сім'я та школа здійснюють цей вплив завдяки трансляції

знань, формуванню цінностей та моделей поведінки. Але здоровий спосіб життя для цих соціальних інститутів - один з функціональних напрямків. Саме тому позначимо можливість впливу на здоровий спосіб життя підлітків інституту охорони здоров'я, який спрямований на підтримку здоров'я особистості безпосередньо.

Здійснимо аналіз інституту охорони здоров'я як детермінанти формування в школярів здорового способу життя. Перш за все, конкретизуємо поняття «охорона здоров'я».

У сучасних довідкових виданнях даний конструкт розглядається як система соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на збереження й підвищення рівня здоров'я населення [201]. Ю. Г. Волков та В. І. Добреньков охорону здоров'я представляють як окремий соціальний інститут, що забезпечує широкомасштабну мережу культурних моделей і соціальних відносин, відповідальних за проблеми здоров'я і хвороби [49]. Дослідниця Дьомкіна О. розглядає охорону здоров'я як соціальний інститут, взаємодію між людьми в питаннях підтримки, укріплення та відновлення здоров'я населення [75]. Таким чином, інститут охорони здоров'я розглядається як той, на який безпосередньо покладені функції вирішення питань здоров'я, в тому числі і підлітків.

Для реалізації свого базового навантаження інститут охорони здоров'я має розгалужену мережу, яка орієнтована на потреби сучасної особистості. Але зазначимо, що потреби у сфері здоров'я формуються не лише цим інститутом.

Як і будь-який соціальний інститут, інститут охорони здоров'я реалізує певні функції, а саме: лікувальну, медико-профілактичну, діагностичну, просвітницьку та функцію медико-соціальної експертизи [93]. Слід зауважити, що профілактичний напрям роботи установ системи охорони здоров'я вважається основоположним у їх функціонуванні. Ще в XVI столітті відомий англійський філософ Ф. Бекон писав: «Перший обов'язок медицини – зберегти здоров'я, другий – лікувати хвороби» [34].

Ми поділяємо думку дослідників, що «поширення медичних знань в освітніх установах є найбільш ефективним способом профілактики хвороб сучасної

цивілізації» [173; 297].

У такій конотації звернемо увагу на те, що мова йде про побудову і реалізацію інформаційно-комунікаційної стратегії, спрямованої на мінімізацію хвороб та максимізацію здорових навичок життя. Для підлітків цей напрям є особливо актуальним, бо визначає стан здоров'я та спосіб життя відносно нього на майбутнє. Але побудова оптимальної стратегії здорового способу життя підлітків лише інститутом охорони здоров'я має обмежені та/або опосередковані можливості.

Саме тому для ефективного впливу на здоровий спосіб життя підлітків виникає потреба спільного мережевого впливу без дублювання.

У цілому, соціальні інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я завдяки виконанню власних функцій можуть розглядатися як детермінанти формування здорового способу життя підлітків.

Висновки до розділу I

У розділі здійснено аналіз основних підходів до розгляду феноменів здоров'я та здорового способу життя, що склалися в системі соціогуманітарних наук, як підґрунтя теоретичного та емпіричного соціологічного дослідження здорового способу життя сучасних підлітків.

Спираючись на мультипарадигмальний підхід у дослідженні здоров'я та використовуючи метод ретроспективного аналізу, досліджено генезис парадигм здоров'я (класична, некласична й постнекласична) що дозволило виокремити загальні сутнісні риси даного феномену задля осмислення сучасного дискурсу здорового способу життя підлітків.

Показано, що визначення сутності феномена здоров'я науковцями здійснювалось в контексті різних підходів (холістичний, дискурсивний, еволюціоністський, соціокультурний, нормоцентричний, аксіологічний, феноменологічний, антропоцентричний, акмеологічний, адаптаційний тощо). Розгляд феномену здоров'я у континуумах «здоров'я – здатність», «здоров'я – потреба», «здоров'я – можливість», «здоров'я – цінність», «здоров'я – норма»,

«здоров'я – капітал», «здоров'я – ресурс» розширило смислове поле його дослідження та дозволило дійти висновку щодо доцільності використання у своєму дослідженні інтегративного підходу до здоров'я, який розглядає його як сукупність фізичних, соціальних, психологічних та духовних компонентів, диференційований стан яких характеризує здатність людини адаптуватися до навколишнього середовища та виконувати соціальні ролі в ньому. Проведений теоретико-методологічний аналіз моделей здоров'я (п'ятивимірної, чотирьохсферної та трьохкомпонентної) дозволив обґрунтувати ефективність використання для соціологічного дослідження чотирьохсферної моделі, яка містить складові фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я.

Показано, що комбінація різних складових в індивідуальному здоров'ї пов'язана зі способом та/або стилем життя особистості. Продемонстровано, що використання поняття «спосіб життя» пов'язується з такими основними акцентами аналізу, як види життєдіяльності та способи їх здійснення, тому використання цього поняття передбачає акцентування уваги на типізованих соціальних практиках крізь призму їхньої нормативності. При цьому здоровий спосіб життя розглядається у міждисциплінарному ракурсі, і ми розуміємо його як певну стратегію, обумовлену сукупністю знань, настанов та типізованих практик, спрямованих на збереження та підтримку здоров'я, що має суспільну цінність та значущість.

Здоровий спосіб життя розглядається як загально-нормативна суспільна практика життя, еталонна модель поведінки стосовно здоров'я. Аналіз структури здорового способу життя дозволив угрупувати його складові наступним чином: фактологічна, оцінна, інструментальна групи. Доведено доцільність використання показників цих груп для емпіричних досліджень здорового способу життя підлітків.

Здійснено систематизацію факторів впливу на індивідуальне здоров'я та здоровий спосіб життя. Окрему увагу серед макрофакторів приділено аналізу сучасного суспільства як мережевого середовища впливу на здоровий спосіб життя особистості. В рамках такого аналізу позначено основні маркери та атрибути

сучасного суспільства (інформаційний характер, активний розвиток інтелектуальних технологій, значна роль знань, зростання числа людей, зайнятих в сфері інформаційних технологій, комунікацій і виробництва інформаційних продуктів і послуг, децентралізованість функціонування, відсутність константних структур, динамічність, гнучкість тощо) крізь призму широкого кола наукових концепцій. Показана складність його архітекtonіки, що обумовлює багатовимірність й поліваріативність впливів суспільства на спосіб життя людини. Це, в свою чергу, детермінує поліваріативність конструювання стратегій здорового способу життя.

Основними атрибутами мережевого суспільства є «соціальна мережа» та «мережева комунікація». Соціальна мережа конструюється мережеутворюючими структурами, якими можуть виступати як макрокомпоненти суспільства (наприклад, соціальні інститути), так і мікро- (наприклад, особистість). Враховуючи ці особливості створення мереж, важливим є розуміння їх багат шарового впливу на здоровий спосіб життя особистості.

Розгляд типологій соціальних мереж, їх рис дозволив дійти висновку, що у мережевому суспільстві формуються різноманітні способи життя, які безпосередньо інтегрують у собі практики щодо власного здоров'я, які формуються не тільки на універсальних соціальних детермінантах, а й на індивідуалізованих чинниках, пов'язаних з особистими цінностями, настановами, баченням власних життєвих цілей та засобів їх досягнення. Це актуалізує питання впливу стилю життя на практики щодо власного здоров'я у мережевому суспільстві. Показано, що використання категорії «стиль життя» можливо на різних рівнях соціальної динаміки: від макро- до мікро-, що у контексті мережевого суспільства детермінується типом мережоутворюючих суб'єктів.

Продемонстровано, що незалежно від типу соціальних мереж, для формування здорового способу життя ключове значення має мережева взаємодія. Розгляд її сутності та методологічних основ дозволив констатувати конструювання будь-якої мережі саме через призму взаємодії. Відображено кілька варіантів структури мережевої взаємодії та обґрунтовано, що найприйнятнішою є варіант

матричної структури, як відображення переходу від традиційної лінійної ієрархічної системи до нелінійної моделі, зокрема в питаннях формування здорового способу життя.

У контексті зазначеного та з огляду на роль інформаційної комунікації визначено переваги матричної структури в трьох базових типах моделей: «концентрована мережа», «розподільна мережа», модель ланцюга, які можуть бути вбудовані в міжінституційне конструювання мережевої взаємодії суб'єктів формування здорового способу життя.

Аналіз функціонального потенціалу інституційного впливу на формування здорового способу життя у мережевому суспільстві показав, що соціальні інститути мають можливості конструювати мережі, залучати до них соціальних суб'єктів, наповнювати певною інформацією, обирати засоби мережевої взаємодії і таким чином здійснювати вплив на стратегії здорового способу життя сучасної особистості.

Акцентовано увагу на прямій залежності процесу формування здорового способу життя від ступеня виконання інститутом сім'ї соціальних функцій в межах поліваріативних моделей, що існують на сучасному етапі розвитку суспільстві. Зафіксовано тенденцію до розподілення функції турботи про здоров'я між різними соціальними інститутами у мережевому суспільстві.

Наголошено на потенціалі інституту освіти, як розгалуженій мережі поліваріативних каналів впливу на формування способу життя підлітків; досліджено інституційні важелі впливу школи як специфічного сектору інституту освіти на формування ціннісного ставлення підлітка до індивідуального здоров'я, здоров'яформуючого та здоров'язбережувального їх виду життєдіяльності, а також фактори, що в певній мірі нівелюють ефективність діяльності, спрямованої на збереження здоров'я.

Виокремлено три ключові тенденції, що мають значний вплив на характер впливу освіти на формування здорового способу життя підлітків у мережевому суспільстві: автономізація освітніх установ; поява «альтернативних» освітніх мереж; діджиталізація та плюралізація комунікаційного супроводу освітнього

процесу.

Звернення до функціонального потенціалу інституту охорони здоров'я у формуванні в підлітків здорового способу життя показало послаблення цієї мережі та необхідність побудови та реалізації інформаційно-комунікаційної стратегії здорового способу життя. Ефективність даної стратегії на пряму залежить від спільного мережевого впливу соціальних інститутів.

Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора [149; 249; 250; 253; 254].

РОЗДІЛ II

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ІНСТИТУЦІЙНОГО ВПЛИВУ МЕРЕЖЕВОВОГО СУСПІЛЬСТВА

2.1. Особливості способу життя підлітків у сучасному суспільстві

Дослідження підлітків як соціальної групи та способу їхнього життя набуває нового осмислення у контексті сучасних змін, що характерні для епохи постмодернізму.

Зважаючи на проблематику нашого дослідження, зауважимо, що підлітки – особлива частина населення, «стан здоров'я якого є «барометром» соціального благополуччя....., а також передвісником змін у здоров'ї населення в наступні роки» [228]. З цього приводу директорка Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я С. Якаб стверджує, що «підлітковий вік – це важливіший етап, коли закладається фундамент для дорослого життя, яке може бути здорове, або ні» [54]. Іншими словами, в цей життєвий період можна створити гарний базис для майбутнього життя, або все зруйнувати вщент.

Розглянемо особливості цієї соціально-демографічної групи та її способу життя.

На думку французького соціального філософа Філіпа Арієса, категорія «підлітковий вік» (отроцтво) була введена в науковий обіг лише в кінці XIX ст., коли соціальна та технологічна організація суспільства настільки ускладнилася, що для успішного входження в світ дорослих необхідним був ще один віковий період [106]. За переконанням Молчанова С.В., підлітковий вік як окремий період онтогенезу виокремився на початку XX ст., у зв'язку із Першою світовою війною, яка поряд із розрухою сприяла акселерації населення та розвитку нових технологій [154, с.10]. Проте ще в трактатах Гіппократа «підліток» зазначається одним із так званих семи сезонів, що називались «віками». У XVI - XVII ст. цей період тлумачився як «перший вік після дитинства», «колір юності», вік між статевим дозріванням і зрілістю (вік між 14 і 25 роками). П. Ларусс, автор «Великого

універсального словника XIX ст.» визначав його як вік прояву перших ознак пубертату. В тлумачному словнику пубертат розглядається як період часу, протягом якого організм розвивається до досягнення статевої зрілості, тобто здатності до прокреації [204]. Іншими словами пубертат називається періодом природної трансформації людського організму [228]. Але слід взяти до уваги думку біологів та фізіологів про варіації в часі його настання в залежності від оточуючого середовища.

Підлітковий вік також визначається як період протягом якого: завершується статевий розвиток від появи вторинних статевих ознак до настання статевої зрілості; психологічні дитячі процеси змінюються поведінкою, характерною для дорослих; відбувається перехід від повної соціально-економічної залежності від дорослих до відносної соціальної та частково економічної незалежності [227].

Зазначимо, що у сучасній науковій літературі досі немає єдиного визначення категорії «підліток». У соціологічному словнику підлітки визначаються як «групові спільності, що утворюються на основі вікових ознак і займає прикордонне положення між дитинством і юністю (в широкому сенсі)» [213, с.336].

Таким чином, загальне визначення підлітків містить два основних маркери цього феномену – вік та певні соціальні особливості. Щодо першого з них, зазначимо, що у сучасному науковому дискурсі має місце мультидисциплінарний підхід. Наприклад, у психологічній енциклопедії підлітковий вік визначається як період онтогенезу (від 10-11 до 15 років), який відповідає початку переходу від дитинства до юності [22]. У західній психології межі отроцтва зміщені до 19 років, при цьому вік від 15 до 19 років вважається старшим підлітковим віком [188, с.17]. У сучасній науковій медичній літературі підлітковий вік визначається в вікових межах від 12-13 до 16-18 років. Бюро перепису США використовує різні конструкції, де особи з різними віковими параметрами визначаються як підлітки: 12–17 років та одночасно 15–19 років [275, с. 2]. У педагогічному словнику підлітковим вважається вік, який є перехідним від дитинства до дорослості і охоплює період людського життя від 10-11 до 13-15 років [176].

Таким чином, як підкреслює Н. Шахматова, «хронологічні межі вікової

періодизації часто визначаються абсолютно по різному, загальної термінології в цій сфері поки що не існує. Наприклад вік від 14 до 18 років часто називають підлітковим, проте в психології 16-18 річних вважають юнаками» [246, с.117].

У контексті тематики дисертаційної роботи ми вважаємо більш прийнятною класифікацію, запропоновану Організацією Об'єднаних Націй (ООН) та експертами ВООЗ, де до підлітків відносяться особи у віці 10-19 років (ранній підлітковий вік – 10-14 років, пізній підлітковий вік – 15-19 років) [54].

Вочевидь, при визначенні вікових меж підліткового віку мова йде, перш за все, про хронологічні рамки, яких повною мірою недостатньо для соціологічного аналізу підлітків. Саме тому, на думку вчених, «соціологічний підхід до аналізу концепту «підлітковий вік» у протилежність попереднім дискурсам визначає, що, по-перше, це нестійкий період, а, по-друге, питання правильної поведінки в цьому віці набувають найбільшої актуальності» [203, с. 117]. Це підводить нас до розгляду другої складової у визначенні підлітків – соціальної.

У такому контексті С. Холл визначив концепт «підлітковий вік», як стадію, що визначається стандартами поведінки та відповідними їм біологічними змінами» [280]. У подальшому Т. Парсонс піддав сумніву виключно фізіологічну характеристику підлітковості та надав посилання на формування чіткої структурної визначеності, яка і визначає вік, межі дитинства та дорослості. При цьому Т. Парсонс підкреслює роль інституційних структур, які формують статусно-рольову систему в цьому контексті та конструюють штампи, які і визначають концепцію підлітковості [289].

Таким чином, соціологічний підхід акцентує увагу на соціальних маркерах, які відіграють, відповідно йому, ключову роль у визначенні підлітків. Особливо важливий серед них - межовість соціальної позиції між дитинством та дорослістю, яка визначає специфіку способу життя підлітків.

Дійсно, підлітки вже не належать до категорії дітей, але вони ще не є дорослими, хоча часто вважають себе такими. З погляду на це когорта дослідників, зокрема К. Левін, Ш. Ейзенштадт, висловлює думку про маргінальність їх соціального статусу. Це, на нашу думку, відображається і на семантиці аналізу

підліткового віку, коли науковці також оперують ще кількома термінами: отроцтво (ad olescense), пубертат (puberté), возростки (adulescense), ті що підросли (adolaissants), старшоростки (seniorescents) [236] тощо. Використання цих термінів різниться за семантикою, але не за змістом. Це дозволяє нам оперувати ними в рамках свого дисертаційного дослідження.

Важливішим маркером розуміння підлітків та їхнього способу життя є те, що нижня вікова межа отроцтва визначається біологічними особливостями особистості, а верхня – «нормативами соціальної зрілості, що прийняті у суспільстві». Це підкреслює двоїстість підліткового періоду з точки зору впливу двох базових груп факторів. При цьому вплив біологічних факторів при визначенні підлітків як соціальної групи досить вагомий. Проте, з точки зору французьких дослідників П. Юера, М. Раган-Реймонда и Дж. Реймода [282], отроцтво являє собою в більшій мірі культурно-історичний конструкт. Як зазначає дослідниця М. Гусельцева, «підліток в традиційному суспільстві і в суспільстві постіндустріальному, підліток в культурі гуманістичного або тоталітарного типу будуть давати різну культурно-психологічну феноменологію» [69]. Тож сучасний підліток, дорослішання якого відбувається в умовах інформаційного/мережевого суспільства суттєво відрізняється від однолітків ХХ ст., незважаючи на спільність фізіологічних процесів.

Як зазначають науковці, саме підлітки, більш ніж інші вікові категорії схильні до впливу суспільних змін, що спонукає їх до вибору «інших моделей поведінки і свідомості» [159, с.91]. Цей факт знов призводить нас до твердження, що суспільство через нормативні, інституційні канали сприяє формуванню певного образу підлітків, їхніх типових рис (базовий тип, за А. Кардинером, Р. Лінтоном, К. Дюбуа).

Поряд з цим, слід зазначити, що підлітки не є монолітною групою з точки зору обох складових їх визначення. Науковці виокремлюють три періоди підліткового віку: ранній, середній, старший. Психологи, зокрема Д. Ельконін, розглядають два періоди: молодший підлітковий вік (12-14 років), старший підлітковий вік (15-17 років). Ф.Райс використовував терміни «ранній підлітковий

вік» (11-14 років), «старший підлітковий вік» (15-19 років) [188, с. 18].

Г. М. Прихожан розрізняє наступні фази підліткового віку:

- молодший підлітковий вік (10-11 років), так званий «кінець дитинства»;
- середній підлітковий вік (11-12 років) – період підвищеної активності, прагнення до діяльності, значного росту енергії особистості;
- старший підлітковий вік (13-14 років) – «вік другого народження особистості» (Ж.-Ж.Руссо) [185, с. 315-316].

Розгляд підліткового віку крізь сукупність його стадій надає додаткові можливості для порівняльного аналізу груп в межах цієї когорти та дає можливість співвідносити біологічні та соціальні зміни у підлітковому віці, а також робити припущення не тільки специфічності способу життя підлітків, але й наявності стилізаційного різноманіття.

Зазначимо, що фази підліткового віку є відображенням різноманітних проявів соціалізаційних процесів цієї соціальної групи. Акцент на таких проявах обумовлений тим, що «в цей віковий період з'являється цілий ряд труднощів, а саме, руйнуються міжособистісні стосунки підлітків з дорослими (батьками, вчителями), з'являються тенденції до випробування себе як дорослої особистості в ситуаціях ризикованого характеру, зростають показники асоціальної (девіантної, деліквентної, адиктивної) поведінки, ускладнюється навчально-виховний процес та знижується навчальна успішність підлітків тощо. Вищезазначені проблеми підлітків найчастіше пов'язані з утвердженням себе як дорослої особистості в значущому соціальному оточенні» [28, с. 155]. Це означає, що аналіз способу життя підлітків визначається не тільки крізь призму соціальних суб'єктів, які складають соціальне оточення підлітків, а й особливо тих, які є значущими для них. Саме вони максимально впливають на процеси їхнього рольового самовизначення та самоствердження.

На думку Л. Осьмак, самоствердження – це закономірно виникаючий атрибут соціалізації підлітка, що виявляється у спрямованості його особистості на виділення і реалізацію своєї «самості» (унікальності) в системі соціальних зв'язків. Разом з тим, дослідниця виокремила такі механізми самоствердження: центрацію,

рольове самовизначення, ідентифікацію, автономність, «самість», персоналізацію. Завдяки першим трьом механізмам особистість підлітка насамперед визначається з власною думкою, позицією, випробовує свої здібності й можливості, а також «приміряє» до себе найрізноманітніші ролі. Наступні механізми – автономність, «самість», персоналізація – забезпечують особистості підлітка здійснення самостійного вибору, відповідальне ставлення до навчальної діяльності, а також якість презентування власного «Я» у соціальному просторі [169].

О. Жизномірською було визначено зміст цього поняття через прагнення до саморозкриття, самоцінності, самореалізації особистісних потенціалів та досягнення певного статусу у взаємодіях з оточуючими. Дослідниця виявила, що у підлітків самоствердження відбувається складно й неоднозначно, при цьому на подальших етапах онтогенезу цей феномен буде впливати на всі сфери життєдіяльності людини [89] і формувати певний спосіб життя.

Згідно досліджень М.Савчина [197], самоствердження особистості може мати як позитивну, так і негативну спрямованість. Позитивна – актуалізується в конкретних видах діяльності, а саме, в успішному навчанні, у громадській діяльності, праці та спорті. Негативна – пов'язана з іншим змістом: прагненням до егоцентричного визнання іншими.

Поряд з цим, аналіз вікових особливостей самоствердження молодших та старших підлітків продемонстрував, що молодшим підліткам властиве те, що вони частіше презентують себе за допомогою таких конструктивних форм самоствердження, як саморозкриття власних потенціалів для досягнення успіху, емпатійне самовиявлення, впевненість у собі та інше, рідше, – за допомогою деструктивних форм: конфліктності, агресивності, вихвалень. У старших підлітків рідше виявляються конструктивні форми самоствердження, такі як визнання, авторитет, незалежність та частіше деструктивні – зухвалість, сленг, зверхність. Спектр позитивних і негативних засобів самоствердження у молодших і старших підлітків окреслений інтелектуально-пізнавальними прагненнями, організаторськими здібностями, поведінковими взірцями, творчими досягненнями, моральними цінностями позитивного та негативного характеру [89].

Такі особливості самоствердження підлітків у процесі соціалізації обумовлюють спосіб її життя, в тому числі і щодо власного здоров'я. При цьому до основних критеріїв самоствердження відносять: моральне здоров'я, цілеспрямованість, творчість та соціальний тонус, що мають безпосередній вплив на розвиток реального «Я» людини» [28].

Однією з важливих складових, які супроводжують соціалізаційні процеси у підлітковому віці та стають детермінантами формування способу життя, є самосвідомість. Як зазначав Л. Вигодський, «пізнання себе, формування на цій основі певного ставлення до себе, самоствердження, зміни в самооцінці – усе це та багато інших явищ зазнають суттєвих кількісних та якісних змін саме у підлітковому віці та узагальнені в одному понятті: «самосвідомість» [55].

«Становлення самосвідомості в цей період визначає певне соціальне зростання, що пов'язано з визначенням нової «внутрішньої позиції», в основі якої лежить прагнення бути відповідальним за себе, свої особистісні якості, свої погляди і здатність самостійно відстоювати власні переконання» [28, с. 156]. Відповідальність за власне здоров'я є невід'ємною складовою цього процесу та сприяє формуванню та реалізації здорового способу життя підлітка.

Взагалі, на різних фазах підліткового віку соціалізаційні процеси мають диференційовані прояви, що обумовлено значущістю «іншого» у житті підлітка. Таким іншим є батьки, вчителі, однолітки тощо. Їхня присутність у житті підлітків стає фактором формування тих чи інших рис і способу життя.

Поряд з цим, важливим фактором соціалізації підлітків стає суспільство з його власними особливими рисами. Як зазначалося нами у підрозділі 1.2, сучасне суспільство народжує велику кількість мережевих центрів, які можуть розглядатися як джерела соціалізаційних впливів і формування способу життя підлітків, у тому числі і щодо власного здоров'я.

Підлітковий вік, як і окремі його періоди, соціально-психологічні ознаки та різні аспекти життєдіяльності досліджували провідні психологи та соціологи (В. Арбеніна, Р. Бернс, І. Бех, І. Булах, Л. Виготський, Е. Еріксон, Т. Ковальова, І. Кон, В. Магун, І. Мар'єнко, Р. Пасічняк, Л. Потапчук, З. Селіванова, Л. Сокурянська,

Т.Титаренко та ін.). Завдяки їхнім працям можна навести перелік універсальних характеристик підлітків, які визначатимуть їхні поведінкові практики, у тому числі в рамках здорового способу життя. Так І. Кон, О. Реан та ін. указують на асинхронність розвитку у даному періоді, що проявляється на індивідуальному та надіндивідуальному рівнях [120; 189]. Окремі науковці акцентують увагу на тому, що підліток – це особистість, яка знаходиться в стадії становлення і яка переживає кризу розвитку, в процесі якої відбуваються психофізіологічні та соціальні зміни [90, с.143]. Саме тому в науковій літературі використовуються поняття, що відображають сутність даного періоду, зокрема: «перехідний вік», «пубертатний період», «кризовий період», «переломний період», «транзитний» етап дорослішання, «період статевого дозрівання», «вік почуттів» тощо [152], що може відбиватися на особливостях способу життя, у тому числі і щодо власного здоров'я.

Дослідники Ш. Бюлер, Ж. Піаже, Е. Шпрангер поширюють думку, що підлітковий вік є важливою стадією духовного розвитку, яка супроводжується комплексом психофізіологічних процесів (розвитком рефлексії, відкриттям свого Я, усвідомленням власної індивідуальності, зародженням життєвого плану та іншими новоутворення цього періоду, здатністю до абстрагування розумових операцій від об'єктів, над якими ці операції проводяться) і проявляється зсередини назовні через включення в різні сфери діяльності [121].

Головною особливістю підліткового віку, за судженнями Е. Еріксона, є криза ідентичності, як психосоціальної тотожності. Саме ідентичність дозволяє особистості приймати себе у всьому багатстві своїх відносин з навколишнім світом і визначає її систему цінностей, ідеали, життєві плани, потреби, соціальні ролі з відповідними формами поведінки [101]. Підлітковий період вчений назвав періодом ідентифікації особистості і переплутання ролей.

На думку Л. Виготського, Р. Бернса, Л. Божович та інших підлітковий вік характеризується суперечностями, прагненням дорослості та визнання, поглибленням самоаналізу, розвитком самосвідомості, прагненням до соціального й особистісного самовизначення [130, с. 201]. Як зазначив Л. Виготський, «саме в підлітковому віці дитина стає особистістю» [55].

Дослідники цієї тематики визначають також додаткові маркери цього вікового періоду: «інтеграція самосвідомості» [55], «відкриття Я» [120, с. 209], вік «пошуку рішень» [154, с. 36] тощо.

Як зазначають науковці, у підлітковому віці вирішується питання: якою мірою людина зможе відповідати вимогам, які поставить перед ним суспільство в майбутньому [131].

Вочевидь, підлітки – це група, яка має свої специфічні риси, що відображують особливості поведінки, спосіб мислення, а тому й свої проблеми, в тому числі і стосовно здоров'я. Основними групами маркерів цієї групи є фізіологічні, психологічні, соціальні особливості, які впливають на спосіб життя підлітків.

Різноманіття особливостей підліткового віку систематизувала Т. Бондар, яка виокремила особливості підлітковості, що мають своє віддзеркалення у поведінкових стратегіях та способі життя підлітків. До них віднесені: почуття дорослості як особливої форми самосвідомості, якісно новий рівень домагань, що передують тому становищу, якого підліток ще не досяг; емансипація від батьків та батьківського впливу; висока ціннісна значущість приналежності до компанії однолітків і перетворення спілкування з ними в провідний вид діяльності [24].

Проте можна погодитись з Дж.Келлі, що людина не залишається незмінною, вона змінюється, причому швидше, ніж вчені встигають модифікувати свої теорії і підходи. В результаті теорії описують вчорашню людину, а сьогодення виявляється за межами розуміння [111]. Тож, на нашу думку, при створенні портрету сучасного підлітка доцільно залучити «теорію поколінь», ідея якої полягає в тому, що люди певної вікової групи мають схожий набір переконань, відносин, цінностей і моделей поведінки, бо вони зростали в однакових соціокультурних умовах.

Ми поділяємо думку Х.Ортега-і-Гасета, що «спільність дати народження і життєвого простору означають глибинну спільність долі. Така початкова тотожність долі породжує вторинні збіги, що утворюють єдність життєвого стилю однолітків» [166, с.409].

У наукових джерелах висвітлено декілька підходів до феномену «покоління». З погляду німецького соціолога К. Маннгейма, покоління характеризується певним «становищем» (Generationslagerung), специфічним «взаємозв'язком» (Generationszusammenhang) і відомою єдністю (Generationseinheit). Він вважав, що у кожного покоління є свій часовий вимір та історико-культурний простір. Глотов М. трактує покоління як «сукупність людей, об'єднаних активною участю в конкретно-історичних подіях, що володіють загальними духовно-моральними ідеалами і є носіями певного типу культури» [60, с. 28].

Сьогодні частіше за все під поколінням розуміють «спільність членів деякого суспільства за часом народження», тимчасові або панівні на окремому історичному відрізку спільності [103, с. 265]; «культурну форму, яка репрезентує соціальні взаємодії і фокусує символічну солідарність діючих індивідів» [21].

Зазначимо, що перша класифікація поколінь була запропонована у ХІХ столітті демографом А. Рославським-Петровським. В її основі лежав розподіл населення на підростаюче покоління (до 15 років), «квітуче» покоління (від 16 до 60 років), «в'януче» покоління (старше 60 років) [246].

У кінці ХХ ст. У. Штраус та Х. Хоув запропонували «теорію поколінь», відповідно до якої в світі існує чотири базові типи поколінь, які послідовно змінюють одне одного [299]. В основу даної теорії покладена думка про те, що поведінка людини визначається умовами життя та виховання, де перебував індивід у віці до 12-14 років. Саме тоді формується власна система цінностей, що використовується протягом всього життя.

Відповідно до «теорії поколінь» сучасних підлітків шкільного віку можна назвати «поколінням Z», які ще відомі як «Домівки» («Homelanders»), «Покоління Батьківщини» («Homeland Generation») або «Нове мовчазне покоління» («New Silent Generation») [283, с.110]. Даний список назв можна продовжити: перше інтернет-покоління, «глобальні діти», «цифрове покоління», «цифрова нація», «мережеве покоління», медіа-покоління (У. Гуссер, Ю. Годик, І. Жулавська, Д. Полфрі, У Штраус, Н. Хоув та ін.), «соціокультурно перше покоління, здатне до нестандартної біографії» (Л. Сокурянська), покоління «next» (В. Долгова) тощо. Їх

становлення відбувається на фоні докорінних суспільно-цивілізаційних зрушень, зокрема, зміни способів впливу соціального на розвиток особистості, трансформації традиційних механізмів соціальної ідентифікації та форм її становлення [228].

Тож сучасний підліток як представник сучасного покоління має специфічні риси, які мають свій прояв у тому числі і у способі його життя. Як демонструють дослідження, «представники цифрової генерації» проводять значну кількість часу в мережі «Інтернет». Для них характерні такі якості як інформованість та багатозадачність, тотальна креативність та демократичність. Але поряд з цим, як зазначають науковці, відбувається інформаційне перевантаження, спостерігається певна інтернет-залежність. Інтернет розширює межі соціальних зразків поведінки, завдяки чому підлітки засвоюють різні поведінкові стратегії, до речі, не завжди нормативні. Тож не можна ігнорувати вплив на формування і розвиток особистості «високої інтенсивності потоку інформації й комунікації в процесі інтернет-сеансів» [207, с. 26]. За переконаннями науковців, саме Інтернет виступає новим культурним знаряддям, що опосередковує формування у підлітків вищих психічних процесів. Відповідно до культурно-історичної теорії Л. Виготського, ці процеси соціальні, тобто формуються суспільством з його культурою. Вони в свою чергу опосередковують й формують життєдіяльність підлітків.

Зазначимо, що при використанні обох ракурсів аналізу підліткового способу життя, можна констатувати певне накладання особливостей соціалізації підлітків у межах суспільства на особливості глобального поколінного розрізу їхнього аналізу, що народжує нову якість цієї групи у мережевому суспільстві.

Риси підлітків та їхні практики, які складають спосіб життя, є також об'єктом емпіричних досліджень. Так, А. Шамне, Н. Токарева, Н. Макаренко на основі емпіричних даних розробили портрет сучасного підлітка. Вченими визначені як позитивні, так і негативні характеристики сучасного отроцтва, що різняться сучасних підлітків та їх однолітків 70-80-х років минулого століття (див. табл.1 в додатку А).

Як зазначають А. Шамне, Н. Токарева, Н. Макаренко, «у симптомокомплексі позитивних характеристик особистість сучасного підлітка

виступає як змінювана, динамічна система, яка постійно конструює свій внутрішній світ та світ своєї соціальної взаємодії, прагне вийти «за межі» свого індивідуального «Я». Поряд з цим спостерігається «підсилення суб'єктності, особистісної автономії, прагнення до самореалізації, активний пошук засобів творчого самовираження, самостійність, орієнтація на індивідуалістичні цінності, зниження рівня конформізму, зменшення масштабів соціальних ідентифікацій, нівелювання сфери морально-етичних відносин, прагматична спрямованість, ініціативність [227, с.50]. Ми згодні з цими дослідниками, що сучасні підлітки не сприймають традиційних цінностей-норм, вони діють в руслі основних принципів ринкових відносин, при цьому прагнуть виявити власну індивідуальність [298]. Слід підкреслити, що сучасні підлітки трактують життя в своєму розумінні, їх бачення світу стає більш універсальним. Вони прагнуть до самостійності, самоствердження, їм властиві такі реакції як відмова, протест, емансипація та імітація й конформність [115; 263]. Підлітки прагнуть утвердити, характерний лише для них, спосіб життя, не схожий на дитячий та дорослий.

Поряд з цим, мережевий характер сучасного суспільства надає можливість поєднання у життєвому світі підлітків різних за спрямованістю та змістом мереж. Тож можна припустити, що спосіб життя сучасних підлітків різниться своєю варіативністю, надаючи нам можливість також досліджувати стилі життя підлітків.

Вважаємо за потрібне зробити уточнення, що стилізація життя передбачає певний спектр доступних можливостей, серед яких підліток обирає ті, що співвідносяться з його цінностями та цілями.

Феномен стиля життя підлітків не достатньо розкрито в наукових роботах; в основному дослідники приділяють увагу вивченню стилів життя студентської молоді або проявам різного роду девіацій в підлітковому середовищі. Загальній характеристиці цієї соціально-демографічної категорії повністю присвячена монографія соціологів «Підліток у великому місті: фактори та механізми соціалізації» (за ред. Л. Сокурянської) [178], де докладно аналізується покоління «У» («ігрек») в контексті його ціннісних орієнтацій, життєвих установок, інтересів, поширеності девіацій. Психологічний профіль сучасного покоління підлітків

представлений у монографії «Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу» (за ред. Н.Токаревої) [228].

Що ж стосується стильових особливостей повсякденних практик українських підлітків, то вони розкриті у роботах Бондар Т.В. [24]; психологічні особливості становлення стилю життя особистості в підлітковому і юнацькому віці у роботах А. Малиної [138]; дозвілєві практики підлітків як важливіші характеристики обраного стилю життя – у роботах С. Павлова [170], а також в наукових роботах Л. Агамір'ян, М. Бровко, Н. Давидової, Л. Сокур'янської, І.Сушицької та ін. [3; 27; 70; 79; 206; 225].

Узагальнення їх змісту дає нам можливість поділяти точку зору дослідників, що стиль життя підлітків обумовлений соціальним середовищем і включає, перш за все, такі компоненти як сім'я, школа, підліткові спільноти (цінності, норми та традиції яких особистість поділяє). У силу послаблення ролі інституту сім'ї та дефіциту первинних зв'язків підлітки компенсують брак спілкування участю в групах однолітків, де здійснюють «як формальні, так і неформальні статусні переходи» [5]. Саме в даних групах відбувається стилізація життя під дією певної субкультури. Як зазначають дослідники, «саме неформальна, точніше поколіннева група дає підлітку те, чого не може дати йому сім'я. Але ті цінності, думки і поведінкові стилі, які формуються в молодіжному середовищі, не скасовують того, що було засвоєно в «камерній атмосфері сім'ї» [102, с. 57]: «вони продовжують своє мовчазне існування поруч з діаметрально протилежними думками (в голові одних і тих же людей), очікуючи свого часу: того часу, коли молодій людині, «виштовхненій» з когорти однолітків, доведеться зіткнутися з життям один на один і вирішувати виникаючі проблеми на свій страх і ризик» [104, с. 63].

Найбільшу можливість впливу поколінна група, однолітки мають під час дозвілєвої діяльності. Відповідно, дозвілєві практики мають не останнє значення у визначенні стилів життя підлітків.

У науковій літературі представлені різні інтерпретації поняття «дозвілля»:

- можливість, надана вільним часом, щоб щось зробити;
- свобода робити щось специфічне;

- можливості, що відкриваються поза сферою професійної діяльності;
- можливість розпоряджатися часом на свій розсуд [162].

В «Енциклопедії сучасної України» дозвілля визначається як «сукупність видів діяльності (занять), які здійснюють у вільний час для задоволення певних фізичних, інтелектуальних, соціальних і культурних потреб» [194].

У словнику з соціології надається таке визначення: «Дозвілля – та частина вільного часу (воно є частиною позаробочого часу), яким людина розпоряджається на свій розсуд. Дозвілля входить як складова частина в категорію «вільний час», який, в свою чергу, виступає частиною позавиробничого часу. Останнє включає: час на домашню працю і самообслуговування, час на сон та їжу, час на пересування до місця роботи і назад, вільний час, що витрачається на навчання, виховання, громадську діяльність. Дозвілля – це діяльність заради власного задоволення, розваги, самовдосконалення або досягнення інших цілей за власним вибором, а не з причини матеріальної необхідності. Дозвілля – це діяльність, якою люди займаються просто тому, що вона їм подобається» [124, с.37-38]. За визначенням Б. Бриліна, дозвілля це «частина вільного часу, використання якого пов'язане з активним освоєнням культурних цінностей, розважальною діяльністю та фізичною активністю» [26, с.75]. С. Паркер розглядає дозвілля як вільний від роботи та інших обов'язків час, який можна використати як для відновлення організму, розваг, так і для розвитку особистості. Становить інтерес також визначення дозвілля як форми діяльності, що відображає суб'єктність особистості і виражається в певних стратегіях дозвіллевой поведінки [112]. Саме у такому трактуванні дозвілля максимально пов'язано зі стилізацією підліткової життєдіяльності.

Як свідчить аналіз наукової літератури, феномен дозвілля розглядається як у вузькому значенні слова – відпочинок і розваги, так і в більш широкому – окрім перерахованих, ще творча, любительська діяльність, заняття фізкультурою і спортом [215, с. 50]. У наукових статтях деяких авторів, зокрема О.Семашко, В. Піча, Н. Цимбалюк, Ю. Яковенко, дозвілля не ототожнюється з вільним часом, бо кожне з даних явищ має свої особливості. Проте, найчастіше дозвілля й вільний розглядаються як взаємозамінні. В контексті нашого дослідження ми будемо

дотримуватися даної точки зору.

Наступний концепт, який є важливим для нашого дослідження – дозвіллієві практики. Саме поняття «практики» широко застосовується в різних сферах людської діяльності, проте його суть полягає в «діях» індивідууму чи соціальних груп. У контексті нашого дослідження заслуговує на увагу визначення, наведене Л. Агамір'ян, що відображає положення теорії практик П. Бурдьє та Е. Гідденса: «Практики - хабітуалізовані (узвичаєні) дії особистості у певній сфері її діяльності» [3]. Тож під дозвіллієвими практиками науковець розуміє «хабітуалізовані дії особистості у сфері дозвілля, які зумовлюються її ціннісним ставленням до вільного часу, а також нормами дозвіллієвої діяльності, поширеними як у її безпосередньому оточенні, так і в суспільстві в цілому» [3].

Така інтерпретація дозвіллієвих практик підкреслює, з одного боку, їх індивідуалізований характер, а з іншого, їхню детермінованість соціальним контекстом (нормами, стереотипами, традиціями, культурою тощо).

У такій конотації дозвіллієві практики можуть бути спрямовані на [134, с.6]:

- відновлення життєвих сил підлітка (прогулянки, спорт, ігри та інше, що укріплює здоров'я);
- підвищення ерудиції, залучення до духовних цінностей (все те, що розвиває пізнавальну діяльність – відвідування театрів, виставок, перегляд фільмів та цікавих телепередач, подорожі, читання літератури, тощо);
- розвиток духовних сил та потреб, активної творчої позиції (науково-дослідницька діяльність, художньо-театральна, технічна, спортивно-ігрова, трудова, прикладна діяльність, суспільна діяльність);
- реалізація потреби в спілкуванні (вечори зустрічей, танці, дискотеки, вечірки, творчі об'єднання, клуби, гуртки). З погляду на особливості сучасних підлітків це можуть бути такі форми як дебютні клуби, флешмоби, квести, творчі об'єднання, творчі майданчики, а також он-лайн спілкування в групах, походи до торговельно-розважальних центрів тощо;
- творче навчання для розвитку навичок організації дозвілля (конкурси, заклади відпочинку, школи лідерства).

Відповідно до принципів здоров'язбереження зазначені дозвіллієві практики є характеристиками здорового стилю життя. Разом з тим реалізація потреби в спілкуванні може відбуватися в групах з ціннісними орієнтаціями як на здоровий стиль, так і ризиковий стилі життя.

Підлітки можуть обирати і такі види дозвілля, як пасивний відпочинок, антисоціальне дозвілля тощо. Не слід ігнорувати і факт віртуалізації деяких форм дозвілля, які можуть мати як позитивну, так і негативну конотацію.

Так Т. Бондар виділила чотири типи стилів життя сучасних підлітків, що відповідають типам їхніх повсякденних практик: комунікативно-розважальний, творчо-освітній, постмодерний та рекреативно-розважальний [24]. Перший тип увібрав у себе такі форми проведення дозвілля «як прогулянки на вулиці, прослуховування музики та танці, спілкування з друзями «віч-на-віч», походи куди-небудь повеселитися», що характерні для більшості підлітків початку ХХІ ст.

До другого типу дослідження відносять практики, що «мають переважно творчо-діяльнісний та освітній характер (заняття художньою діяльністю, походи в кіно, театр або на концерт, виконання навчальних завдань), волонтерська діяльність».

На думку вченої, третій тип стилю життя характерний для «нормального сучасного підлітка»: «трохи ігор, у тому числі комп'ютерних, спорту (а значить здоровий спосіб життя), посидіти в Інтернеті, виконати навчальні завдання».

Ми вважаємо, що саме збалансоване співвідношення дозвіллієвих практик, де має місце заняття спортом, що в свою чергу передбачає відмову від шкідливих звичок, сприяє збереженню здоров'я.

Характерною ознакою четвертого стилю життя Т. Бондар визначає бездіяльність («ніяких особливих справ, просто зависання»), яка поєднувалася з походами куди-небудь повеселитись (у бари, дискотеки), чатуванням в Інтернеті, походами в кіно, театр або на концерти.

Усі зазначені практики можна в тій чи іншій мірі віднести до соціально схвальних. Проте, на нашу думку, рекреативно-розважальний стиль життя може увібрати в себе практики ризикованої поведінки, коли підлітки задовольняють

зацікавленість до алкоголю та наркотиків.

Слід зауважити, що форми дозвілля відображують не лише специфічні особливості соціокультурного середовища, де перебуває підліток, а також територіальну диференціацію. Зокрема міські та сільські підлітки мають суттєві відмінності в способі життя та ціннісних орієнтаціях, що обумовлено в першу чергу особливостями способу життя в містах та селах (див. табл. 2 у додатку А). Так особливості сільського стилю життя пов'язані зі специфікою сільської праці та побуту: залученням підлітків до роботи в підсобних господарствах, велика злитість навчання та сільськогосподарської праці, обмеженість у виборі форм дозвілля, культурної діяльності [86]. Як свідчать дослідження, дозвіллеві практики сільських підлітків полягають переважно у перегляді телевізора, інтернет-сайтів (при наявності доступу до мережі Інтернет), навчанні, походах до лісу, риболовлі, спілкуванні з рідними та друзями, клубних заходах, спортивних розвагах, прослуховуванні музичних записів, прибиранні в домі. Це обумовлено, в першу чергу, відмінними рисами сільської спільноти, а саме адаптивно-пасивною поведінкою, слабкою мотивацією до покращення власного життя, відчуженням жителів від почуття господаря землі, на якій вони живуть, безробіттям, поширенням алкоголізму тощо. Проте даний список дозвіллевих практик може бути більш розширеним за умов близького розташування міста.

Тож спосіб життя сільських та місцевих підлітків суттєво відрізняється, що обумовлено специфічними особливостями їх життєдіяльності.

Разом з тим не можна не брати до уваги, той факт, що під впливом інформаційного суспільства формується особливий світогляд щодо способу і стилю життя, суттєво змінюються канали отримання інформації, характер міжособистісних взаємин, структура дозвілля, відбувається інтенсивне вироблення нових моделей взаємодії з середовищем. Інтернет стає продовженням реального життя сучасного підлітка, де він задовольняє власні потреби в навчанні, спілкуванні, відпочинку. Разом з тим, на чому наголошують науковці, «широке використання Інтернету підлітками веде до ризику втрати адекватності, зв'язку з реальним життям, виникнення складнощів з побудовою довгострокових, емоційно

насичених зв'язків, хаотизації картини світу» [5]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), надмірне занурення в віртуальну реальність може призвести до збільшення випадків насильства, а також зниження фізичної активності у дітей та інших проблем зі здоров'ям [54].

Стилі життя сучасних підлітків можуть бути угруповано також у залежності від рівня та особливостей активності (високого, ситуативного, низького) і типу спрямованості (індивідуалістичної, колективістичної, самоціннісно-праксичної). Так, О. Малина виокремлює пасивно-індивідуалістичний, ситуативно-індивідуалістичний, активно-індивідуалістичний, пасивно-колективістичний, ситуативно-колективістичний, активно-колективістичний, самоціннісно-праксичний пасивний, самоціннісно-праксичний ситуативний, самоціннісно-праксичний активний [138] (див. табл.3 у додатку А).

Дослідниця приходить до висновку, що серед підлітків переважають ситуативно-індивідуалістичний, пасивно- та ситуативно-колективістичний типи стилю життя. Домінування колективістичного типу свідчить про те, що переважна більшість підлітків вважають за краще проведення вільного часу в компаніях однолітків. Проте старшому підлітковому віку відповідають стилі життя з самоціннісно-праксичною спрямованістю, що пов'язано зі впливом вікових новоутворень, зокрема професійне та життєве самовизначення, прагнення до самовдосконалення, визначення життєвих планів.

Погляд на описані вище життєві стилі з точки зору їх потенціалу для здорового способу життя демонструє, що кожен із них, навіть пасивно-колективістичний має такий потенціал за умов того, що групові норми будуть співвідноситися з нормами здорового способу життя.

У контексті заявленої проблематики з урахуванням розглянутих нами складових здорового способу життя ми вважаємо можливим запропонувати авторську типологію здоров'язберезувальних стилів життя сучасних підлітків, в основі якої - ціннісне ставлення підлітка до здоров'я, рівень інформованості щодо здоров'язберезувальних практик та поведінкова активність підлітка щодо збереження власного здоров'я: здоров'язберезувальний активний,

здоров'язбержувальний ситуативний; ризиково-пасивний; ризиково-активний.

Надамо характеристику кожному із них. Перший тип стилю життя, аналогічно «активно-колективістичному» О. Малиної, характеризується високим рівнем активності, ініціативністю та самостійністю. Характерною ознакою є ціннісне відношення до здоров'я, поведінкові стратегії вибудовуються з огляду на збереження усіх його складових. Представники даного типу активно займаються фізкультурно-оздоровчою діяльністю, вони дотримуються режиму дня, намагаються збалансовано харчуватися, можуть управляти емоціями, пропагують здорові звички. Вони комунікують як он- так і оф-лайн в сфері здоров'я задля удосконалення навичок неризикованої поведінки. У них високий рівень самоконтролю та відповідальності за своє здоров'я. Для них здоров'я є однією із найвищих життєвих цінностей.

Другий тип характеризується прихильністю до здоров'язбержувальної поведінки, яка не завжди практично реалізується. Здоров'я як цінність – в більшій мірі декларативна річ. Його представники обізнані щодо впливу різних чинників на стан здоров'я, вони усвідомлюють необхідність активного рухового режиму, дотримання норм харчування, правил особистої гігієни тощо. Проте знання не відповідають їхнім поведінковим стратегіям. Підлітки з таким стилем життя ставлять перед собою завдання здоров'яформуючого або здоров'язбержувального характеру, проте їх виконання відстрочується в часі через відсутність внутрішньої мотивації. Вони комунікують в мережі Інтернет з приводу вітальних ризиків, черпають інформацію про здоров'я, способи його покращення, моделі поведінки здорових та успішних людей, разом з тим мало в чому наслідують позитивні приклади. Слід зауважити, що представники такого стилю усе ж таки намагаються дотримуватися здоров'язбержувальної поведінки.

Ризиково-пасивний. Представники даного типу схильні до ризику щодо власного здоров'я. В їх розумінні це так звані «проби дорослого життя». Проте така позиція сформована під впливом «неформальних» лідерів, доросліших за віком, або інтернет-сайтів, які пропагують нездорові поведінкові моделі. Такі підлітки легко підпадають під негативні залежності деструктивних компаній, де великий ризик

засвоєння асоціальних установок або занурюються у віртуальну реальність, що за умов довготривалості перебування в соціальних мережах, призводить не лише до «десоціалізації, але і до деструктивних змін у психіці та поведінці особистості» [18, с.28]. Слід зауважити, що Інтернет дає ілюзію всездозволеності, часто пробуджуючи в особистості найгірше. А при відсутності батьківської уваги та контролю негативний вплив інформації тільки зростає. Тож не останню роль в цих процесах відіграє сім'я, яка за умов своєї дисфункціональності може сприяти відчуженню підлітка та його орієнтації на асоціальних лідерів, зокрема в віртуальному просторі, долученню до підліткових субкультур з агресивною риторикою. Слід зазначити, що такі підлітки найчастіше відчувають певні проблеми соціально-психологічної адаптації: тривожні, напружені, почувають себе беззахисними, відчувають розгубленість перед труднощами. Разом з тим необхідно розуміти, що підлітки різним чином намагаються самоствердитися, навіть зашкодивши власному здоров'ю.

Ризиково-активній. Представники даного стилю життя активні, ініціативні, енергійні особистості, проте «морально деформовані», тож їх енергія має деструктивний характер. Вони не лише мають шкідливі звички, а й активно пропагують практики, шкідливі для фізичного й психічного здоров'я. Дані підлітки входять до групи «соціального» ризику. Слід зазначити, що представники даного стилю не обов'язково із сімей із асоціальною поведінкою. Відомо чимало прикладів підлітків девіантної поведінки із забезпечених сімей, де спостерігаються деформації у вихованні.

Запропоновані нами стилі життя в контексті відношення підлітків до здоров'я відповідають як здоровому способу життя так і руйнівному. Слід зазначити, що жоден із стилів не існує в чистому вигляді, в дійсності відбувається їх варіація. Проте один завжди буде домінувати. І особливий інтерес становить питання про реальні практики формування поведінкових стратегій сучасних українських підлітків відносно власного здоров'я.

2.2. Практичні аспекти діяльності соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як мережевих структур щодо формування здорового способу життя підлітків

Як було показано у підрозділі 1.3, формування та підтримка здорового способу життя підлітків безпосередньо пов'язана з виконанням соціальними інститутами сім'ї, освіти та охорони здоров'я своїх функцій. Але теоретичні конструкції функціонують у суспільстві за умов урахування конкретних особливостей соціальних суб'єктів та часових умов. Відповідно, для розуміння характеру та форм впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на сучасних підлітків необхідно звернутися до реальних практик цих соціальних інститутів. Такий аналіз забезпечить нам перехід від теоретизування до практичного переломлення теорії на практиці.

Соціальний інститут сім'ї є таким, де підліток проводить більшу частину свого часу, і, як зазначалося у підрозділі 1.3, використовує як прямі, так і опосередковані механізми впливу на формування здорового способу життя підлітка. Розглянемо їх, спираючись на обрану нами чотирьохкомпонентну модель здоров'я.

Зазначимо, що «кризові явища у багатьох сферах життя українського суспільства значною мірою позначаються на здоров'ї молодого покоління. Природно, що від нестабільності суспільства насамперед потерпають найбільш незахищені групи населення, серед яких велику частку становлять діти й підлітки» [219 с. 25]. Беззаперечним є той факт, ці процеси на макрорівні безпосередньо відбиваються на рівні сім'ї та стають опосередкованими детермінантами її практик що до формування здорового способу життя підлітків.

За даними досліджень «у формування здоров'я дітей ... найбільший внесок (від 18% до 28%) вносять вік батьків, стан здоров'я матері, характеристика харчування, психологічний клімат в сім'ї, шкідливі звички батьків, соціально-гігієнічна характеристика сім'ї, ставлення батьків до реалізації профілактичних заходів, спадковість [130]. Серед цих факторів провідне значення у формуванні стану здоров'я дітей мають психологічний клімат у сім'ї, здоров'я матері,

відсутність або наявність шкідливих звичок у батьків [11]. Тобто вплив сім'ї на формування здорового способу життя підлітків детермінується умовами суб'єктивного та об'єктивного плану.

Зазначимо, що соціологічні виміри суб'єктивних феноменів частіше за все пов'язують з такими показниками, як легкість обговорення важливим проблем, допомога сім'ї, задоволеність своїм становищем у сім'ї тощо. Важливими також є психологічна підтримка та взаєморозуміння. Зосередимо свою увагу на цих аспектах, оскільки позитивні практики в цих напрямках сприятимуть формуванню та підтримці здорового способу життя.

Говорячи про психологічний компонент здоров'я та здорового способу життя підлітків, зауважимо, що інтегральним показником соціально-психологічного комфорту підлітків є оцінки ступеню задоволеності ними своїм становищем у сім'ї. За даними досліджень¹, приблизно 90% підлітків в тій чи іншій мірі задоволені ним. Лише біля 10% декларують незадоволеність в певній мірі, що може визначати проблемну зону психічного компоненту здорового способу життя підлітків (див. рисунок 2.1).

Для психологічного здоров'я підлітка важливе значення мають також відносини між батьками. Як демонструють дослідження, трохи менше 60% підлітків задоволені ними (див. рисунок 2.1), що дозволяє говорити про наявність частини підлітків, що відчують подвійний дискомфорт у родині (власний дискомфорт та задоволеність стосунками між батьками). Це, безумовно, не сприяє укріпленню їхнього психологічного здоров'я.

¹ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57% дівчата, 43 %- юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %).

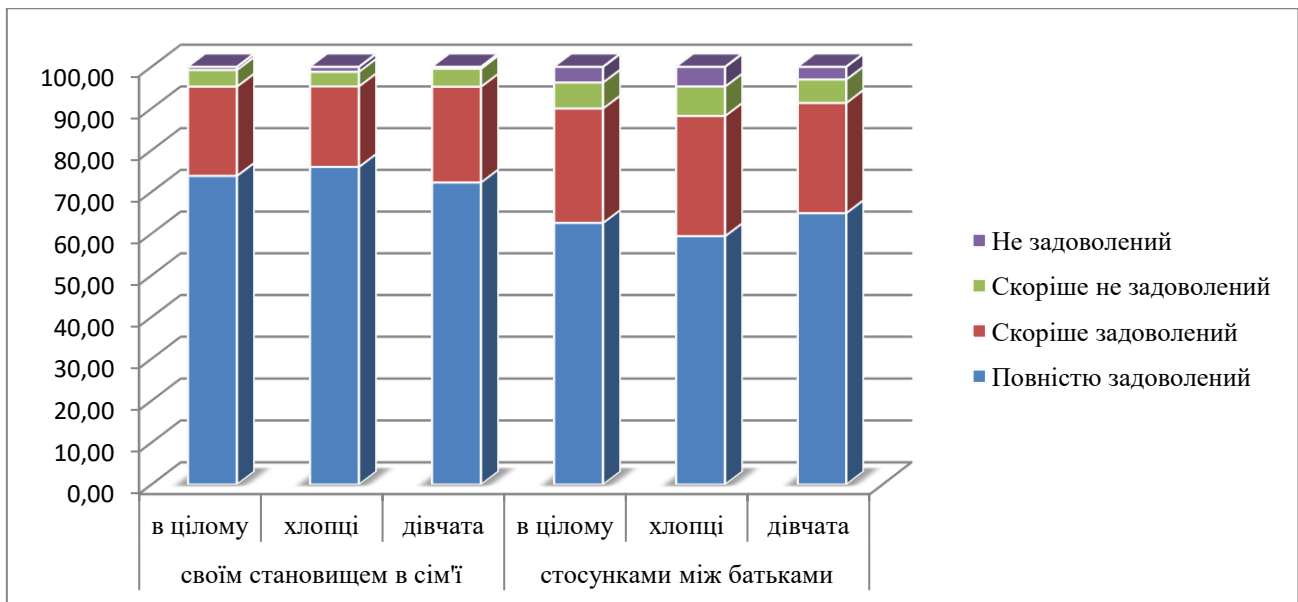


Рис. 2.1 Розподіл відповідей на питання про ступінь задоволеності своїм становищем в сім'ї та стосунками між батьками

Важливим механізмом формування здорового способу життя підлітка є спілкування у родині. Як свідчать всеукраїнські дослідження, «найбільш легким співрозмовником є мати, причому як для хлопців, так і для дівчат – 88,3% відповідають, що їм «легко» або «дуже легко» розмовляти з матір'ю на теми, які по-справжньому хвилюють. З батьком ситуація трохи інша – він є бажаним співрозмовником більшою мірою для хлопців (81,6%), ніж для дівчат (71,3%, різниця з хлопцями статистично значуща). Даний показник ще більше знижується для нерідних батьків – близько половини тих, у кого є нерідний батько або нерідна мати, повідомили, що їм «легко» або «дуже легко» говорити з ними на важливі теми» [216, с. 33].

У цілому, дослідження свідчать про те, що «в більшості сімей підлітки відчувають інтерес із боку батьків. Важливо, що характер спілкування в родині може стимулювати розвиток соціальних цінностей і забезпечує для підлітків важливий ресурс, який допомагає подолати стресові ситуації та протистояти негативним впливам, які створюють умови для пов'язаних з ризиком поведінкових проявів, таких як куріння, вживання алкоголю, агресивна поведінка тощо» [216, с. 38].

Такий висновок дозволяє говорити про домінування атмосфери психологічного комфорту в сім'ях сучасних підлітків, що сприяє формуванню їхнього здоров'я, зокрема, психологічного.

Поряд з цим, важливим для формування здорового способу життя є не тільки психологічний комфорт у родині, а й артикуляція питань здорового способу життя. У цьому контексті дослідження² показали, що батьки під час спілкування з підлітками дуже мало часу приділяють таким темам, як «здоров'я», «шкідливі звички», «гігієна тіла», «інтимні стосунки» тощо (див. рис. 2.2).

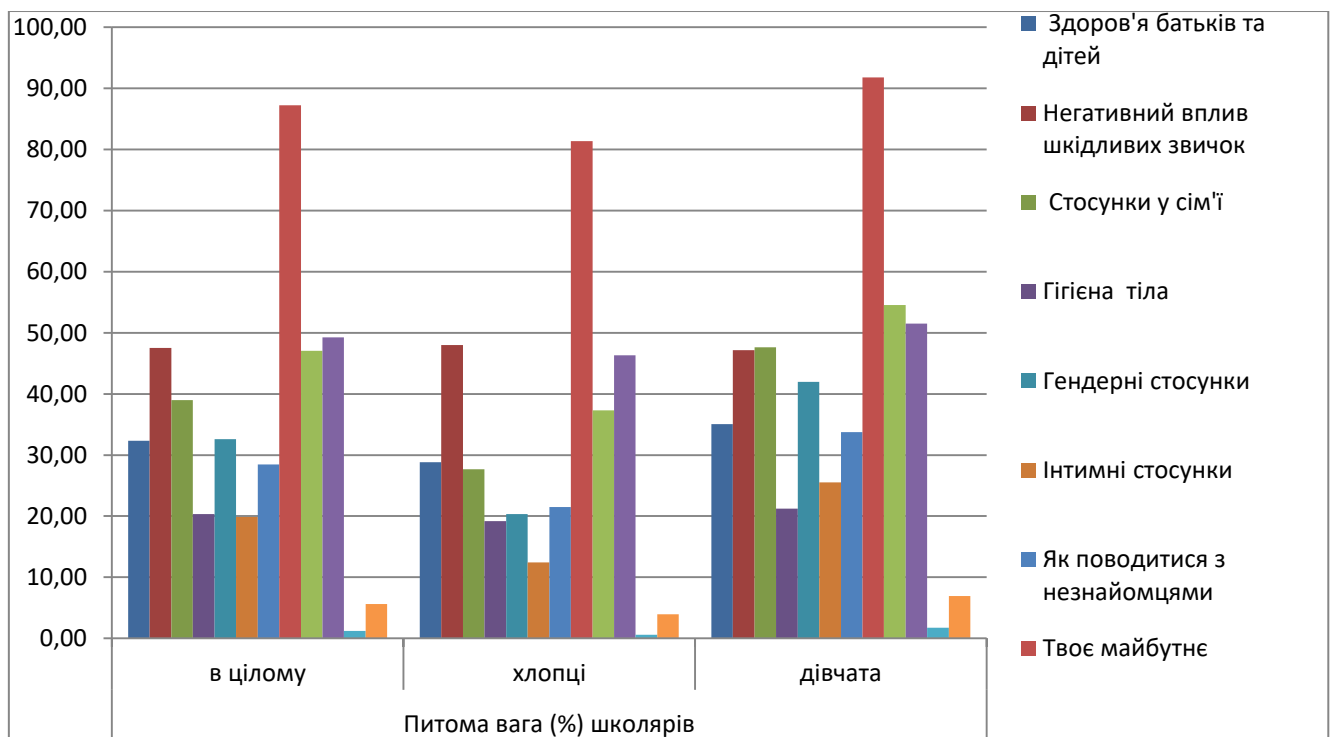


Рис. 2.2 Розподіл тематики спілкування батьків з підлітками (%)

Поряд з цим здоров'язбережувальна тематика обговорюється далеко не з усіма підлітками. Так, про здоров'я ведуть розмови лише з третиною із них, про що зазначили 28,8 % хлопців, 35,0% дівчат; про негативний вплив шкідливих звичок –

² Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них -57% дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %).

трохи менше ніж з половиною респондентів (48,0% – хлопців, 47,2 % – дівчат); про гігієну власного тіла – з п'ятою частиною (19,2% – хлопців, 21,2 % – дівчат); про статеві стосунки з 12,4% хлопців, 25,5% дівчат; про друзів – з 37,3% хлопців, 54,5% дівчат. Для порівняння: про професійні плани на майбутнє ведуть розмови батьки з 81,4% хлопців та 92,8% дівчат; про шкільні проблеми – 46,3% хлопців та 51,2% дівчат. Тож здоров'язбережувальна проблематика в сім'ї не займає провідної позиції. Більшість батьків не вважають здоров'я ресурсом професійного успіху, основним життєвим капіталом, що не сприяє «вбудовуванню» здорового способу життя у стратегії досягнення життєвого успіху підлітками.

Ці висновки перетинаються з проблемними моментами моральної та соціальної складових здорового способу життя підлітків. Так, «по-перше істотно зросла невизначеність тих цінностей, до яких долучають батьки своїх дітей, по-друге, інститут сім'ї визнає неспроможність самостійно сформувавши орієнтації та установки на дотримання затребуваних правил поведінки; по-третє, відсутність у батьків знань про зміст, особливості того виховання, яке відповідає вимогам сучасного життя, неминуче веде до зростання проявів деструктивної поведінки дітей. Так сьогодні 53% сімей мають невисоку результативність зусиль виховного характеру; 33% підлітків відзначають вплив сім'ї на формування поведінкових стратегій, життєвих орієнтацій» [144, с.109].

Як ми зазначали у підрозділі 1.3, одним з основних механізмів у формуванні здорового способу життя підлітків є наслідування дорослих, яке пов'язане з перейманням їхніх звичок, особливостей поведінки. І це стосується як наслідування позитивних звичок, так і негативних.

У цьому аспекті дослідження³ демонструють, що в сучасних родинах поширеними є практики тютюнопаління та вживання алкоголю, які негативно впливають в тому числі на репродуктивне здоров'я сім'ї (див. табл. 2.1).

³ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 43 % юнаки, 57% дівчата, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %).

Поширення шкідливих звичок в родині підлітків

| Поширення шкідливих звичок в родині підлітків | | Питома вага (%) |
|---|------------------|-----------------|
| Батько | палить | 37,5 |
| | п'є алкоголь | 35,5 |
| | вживає наркотики | 0,74 |
| Мати | палить | 20,8 |
| | п'є алкоголь | 24,5 |
| | вживає наркотики | 0,49 |
| Брат (сестра) | палить | 5,4 |
| | п'є алкоголь | 5,9 |
| | вживає наркотики | 0,74 |
| Дідусь/бабуся | палить | 16,2 |
| | п'є алкоголь | 17,2 |
| | вживає наркотики | 0,49 |

Позитивними зразками для наслідування підлітків є заняття спортом, праця в сім'ї, виконання суспільно корисних справ. Як демонструють дослідження [62], займаються спортом (фітнесом, йогою тощо) приблизно 24% опитаних, роблять зарядку 19%, 15% бігають. На нашу думку, такий стан речей лише частково сприяє створенню позитивних зразків для наслідування і, відповідно, не сприяє у повній мірі формуванню здорового способу життя підлітків.

Таким чином, лише біля 25% сімей можуть умовно розглядатися як зразок для наслідування здорового способу життя підлітками. При цьому біля 35% - категорично ні. Це визначає неоднозначність практик сім'ї щодо формування здорового способу життя підлітків.

Важливим фактором формування здорового способу життя підлітків є умови для цього, зокрема, матеріальне становище родини. «Для українського суспільства також характерним є посилення розшарування населення за майновим станом, яке впливає на стиль життя, характер дозвілля, харчування, стан здоров'я» [216, с. 87].

Зазначимо, що «переважна більшість батьків сучасних підлітків має роботу, про пошуки роботи батьками зазначили менше ніж 5%. Понад 60% сімей опитаних підлітків мають автомобільний транспорт, про наявність власної кімнати вказали 79%. Дві третини підлітків подорожували з батьками протягом останніх 12 місяців у межах країни, а третина – за межі країни. Самооцінка матеріального благополуччя сім'ї є досить високою: майже дві третини вважають матеріальний стан своєї сім'ї вищим за середній, третина – середнім і лише 5,1% – нижчим за середній. Зіставлення результатів опитування підлітків та результатів опитування домогосподарств дає підстави зробити висновки, що батьки створюють усі умови, щоб їхні діти зростали в благополучних умовах та не відчували матеріальних труднощів» [216, с. 88].

Дослідження також показують, що значна кількість підлітків задоволена житловими умовами та одягом (78% та 75% відповідно) (див. рисунок 2.3).

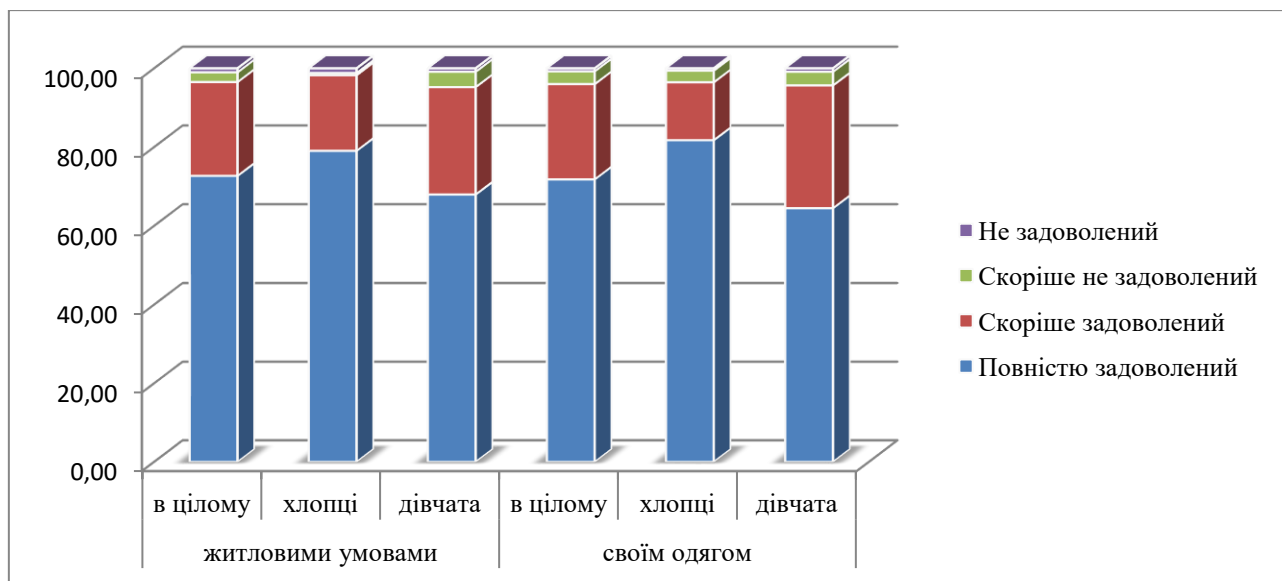


Рис. 2.3 Розподіл відповідей на питання про ступінь задоволеності підлітками своїми житловими умовами та одягом

Таким чином, об'єктивізація умов життєдіяльності підлітків дає можливість говорити про відсутність принципових перешкод для реалізації здоров'язберезувальних стратегій підлітками. Поряд з цим, можна припустити вплив матеріального становища на інтенсивність таких стратегій. Звернення до

такої практики, як заняття спортом, яке часто потребує фінансової участі батьків, демонструє, що «кількість учнів з бідних сімей, які відповіли, що не займаються спортом поза школою, на 4,5% більша, ніж інших» [296]. Ця тенденція характерна для значної кількості країн. Так, «у середньому серед країн ОЕСД частка учнів із заможних сімей, які відвідують додаткові спортивні заняття, на 3% більша, ніж учнів з бідних сімей. І ця різниця є більшою серед дівчат» [296]. Тобто можна говорити, що приблизно 5% сімей мають матеріальні обмеження щодо забезпечення додаткових спортивних практик для дітей.

Враховуючи мережевий характер суспільства та високий рівень включеності підлітків у комукаційний простір Інтернет, важливим питанням постає можливість впливу сім'ї на її характер та частоту. В даному випадку Інтернет-комукація може розглядатися як інструмент або підкріплення сімейних практик формування здорового способу життя, або їхнього руйнування (альтернативна модель). Крім того, високий рівень залученості до Інтернет-простору призводить до проблем з фізичним здоров'ям підлітків (зір, спина тощо).

Як показали всеукраїнські дослідження, «Інтернет є простором найменшого батьківського контролю, причому однаковою мірою як з боку матері, так і з боку батька. Нові технології створюють умови для уникнення батьківського контролю, тоді як для традиційних видів діяльності батьки контроль зберігають, особливо це стосується матерів» [216, с. 36].

Таким чином аналіз практичних аспектів формування здорового способу життя підлітків у сім'ї демонструє їхню неоднозначність: позитивні практики поєднуються з негативними, що знижує силу впливу цього соціального інституту на формування здорового способу життя підлітків.

Як зазначалося нами у підрозділі 1.1, здоров'я залежить від багатьох чинників – соціальних, економічних, генетичних тощо. Значну роль у вирішенні завдання формування здорового способу життя підлітків відіграють навчальні заклади, які можуть певним чином компенсувати або посилювати сімейні практики.

Розвиток українського суспільства в останні роки дозволяє стверджувати, що значно змінюються нормативні складові функціонування школи у напрямку формування нею здорового способу життя підлітків. Так, здоров'язберігаюча та здоров'яформуюча спрямованість освітніх структур закріплена чинними законодавчими актами України, зокрема Законом України «Про освіту» (ст. 6, 12. п.1) [94]. Він визначає освіту основою інтелектуального, духовного, фізичного та культурного розвитку особистості та її успішної соціалізації, підкреслюючи тим самим: а) соціальну зумовленість здоров'я освітою (вона як соціальний інститут значною мірою визначає стан фізичного, духовного, соціального і психічного здоров'я людини на все подальше життя); б) потребу суспільства в доброякісній системі освіти, в тому числі орієнтованій на збереження і зміцнення здоров'я.

Стратегія системи освіти щодо збереження здоров'я дітей та підлітків визначена й іншими нормативними документами. Наприклад, однією з 10 ключових компетентностей Нової української школи є «Екологічна грамотність і здорове життя» - уміння розумно та раціонально користуватися природними ресурсами в рамках сталого розвитку, усвідомлення ролі навколишнього середовища для життя і здоров'я людини, здатність і бажання дотримуватися здорового способу життя» [95].

Чинний Державний стандарт початкової загальної освіти метою освітнього компоненту «Здоров'я і фізична культура» визначає «формування здоров'язберігаючих компетентностей шляхом набуття дітьми навичок збереження, зміцнення здоров'я та дбайливого ставлення до нього, розвиток особистої фізичної культури» [77].

У Державному стандарті базової й повної загальної середньої освіти, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України, здоров'язберігаюча компетентність також віднесена до ключових компетентностей учня [76].

Цілком очевидно, що школа – місце для реалізації комплексних програм щодо формування здорового способу життя підлітків. Узагальнення освітніх практик в цьому напрямі демонструє, що протягом останніх десятиріч у загальній середній освіті спостерігаються тенденції, які зумовлюють формування здорового

способу життя підлітків. До них можна віднести:

- структурно-організаційні (створення сприятливого шкільного простору, організація позаурочної фізкультурно-оздоровчої діяльності, організація шкіл повного дня з активними формами позаурочної діяльності, забезпечення раціонального збалансованого харчування шляхом модернізування шкільних їдалень та ін.) [234];

- змістові (оновлення змісту і структури середньої загальної освіти з метою рівнобічного розвитку підлітка відповідно до їх вікових та індивідуальних психофізіологічних особливостей, впровадження 3-го уроку фізичної культури для учнів 1-11-х класів, запровадження «Шкіл сприяння здоров'ю», участь у міжнародній програмі «Healthy Schools: заради здорових і радісних школярів» (2018-2019 рр.) тощо) [248];

- освітньо-технологічні (упровадження інноваційних технологій та методик: проектні здоров'язберезувальні технології, особистісно зорієнтоване навчання, розвивальне навчання, технологія М. Єфименка, «Навчання в русі», запровадження курсів «Основи здоров'я», «Філософія здоров'я», факультативів й спецкурсів здоров'яспрямованого напрямку, а саме «Екологічні проблеми міста», «Основи валеології», «Екологія людини і основи здоров'я», «Фітотерапія», «Психологія та здоров'я», «Взаємодія суспільства та природи», «Хімія і медицина», «Ритміка й танок», «Екологічний біомоніторинг», «Антистресовий менеджмент» [67; 80; 98; 161, с. 14-15; 181; 208, с.171];

- інформаційно-просвітницькі (реалізація оздоровчих програм: «Рівний – рівному», «Діалог», «Школа проти СНІДу», «Покращення життя ВІЛ-позитивних дітей та їх сімей» та інших із залученням громадських організацій: Дитячий Фонд «Здоров'я через освіту», «Здоров'я жінки і планування сім'ї», «Всесвіт», МФБ «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні»; авторських просвітницьких програм, зокрема «Формування навичок здорового способу життя») «Освіта через здоров'я», «Ми обираємо здоровий спосіб життя» та ін. [50, с. 27; 234].

Аналіз здоров'язберігальної діяльності загальноосвітніх закладів України, здійснений науковцями дозволив виділити складові цієї діяльності:

- корекція порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих та медичних заходів без відриву від навчального процесу;
- різноманітні форми організації навчально-виховного процесу з урахуванням їх психологічного та фізіологічного впливу на учнів;
- контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу; нормування навчального навантаження та профілактику перевтоми учнів;
- медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку учнів;
- розробка та реалізація навчальних програм із формування в учнів навичок ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок;
- діяльність служби психологічної допомоги вчителям та учням у подоланні стресів, стану тривоги; сприяння гуманному ставленню до кожного учня; формування доброзичливих взаємин у колективі вчителів;
- організація та контроль за дотриманням збалансованого харчування всіх учнів школи;
- заходи, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я вчителів та учнів, створення умов для їх гармонійного розвитку [224, с.17].

Таким чином, у сучасних освітніх закладах створюються умови для формування здорового способу життя підлітків. Зокрема, як зазначають керівники навчальних закладів, «найбільше підлітки можуть користуватися спортивними секціями (86,7%) та гуртками за інтересами – 91,6%. Обмеження доступу через матеріальне становище не виглядає проблемою, адже про необхідність оплати повідомили на загаль (незалежно від типу закладів і розміру поселень) лише від 1,4% до 10,2% опитаних» [216, с. 21], що відповідає даним, наведеним вище щодо впливу матеріального становища родини.

Існування різноманітних векторів та практик формування здорового способу життя дозволяє навчальним закладам створювати власні моделі цієї роботи (див. рисунки 1-7 у Додатку А). Узагальнюючу ж модель формування здоров'язбережувального середовища можна представити наступним чином (див.

рисунок 2.4.).

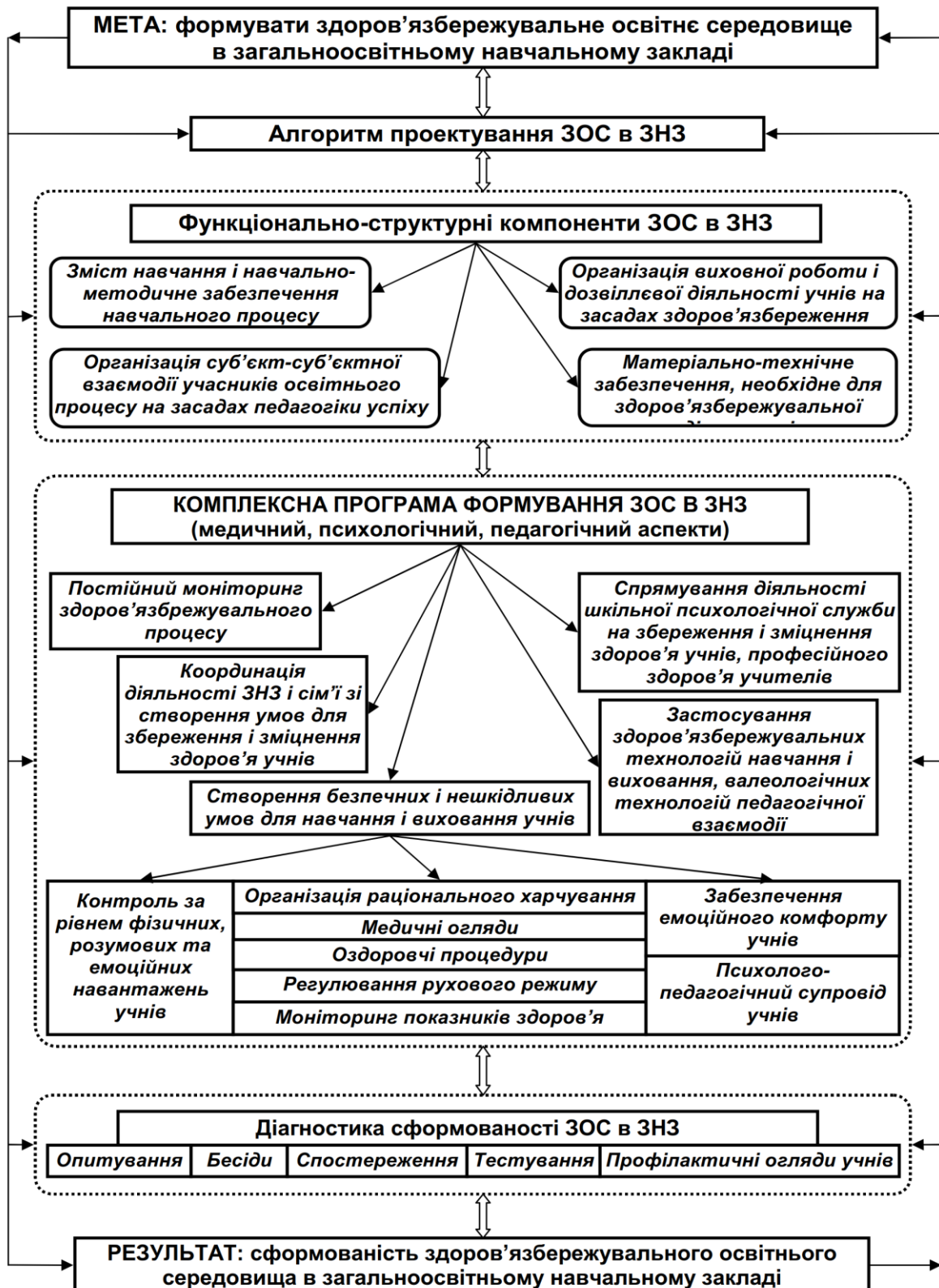


Рис.2.4. Модель формування здоров'язбережувального освітнього середовища (ЗОС) в загальноосвітньому навчальному закладі [146]

Позначимо, що така модель спрямована на різні складові здоров'я та у контекст своєї дії інтегрує сім'ю. Але фахівці-медики залучаються епізодично.

У контексті нашого дослідження становлять особливий інтерес практики фахівців інституту охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків. У цьому напрямі можна виокремити п'ять окремих суб'єктів: підліткові кабінети, сімейні лікарі, шкільна медична служба, інститути охорони здоров'я дітей та підлітків, «Клініки, дружні до молоді». Їхня діяльність створює певну мережу, яка має сприяти здоровому способу життя підлітків. Розглянемо практичні аспекти діяльності її компонентів.

Стосовно підліткової терапії зазначимо, що в нашій країні сформована система медичного обслуговування підлітків. До 2002 року молодші підлітки (до 14 років) знаходились під наглядом лікарів у дитячих поліклініках, а далі до 18 років – у поліклініках для дорослого населення, де були створені підліткові кабінети з відповідними фахівцями. Це забезпечувало наступність у взаємодії з підлітками та урахування особливостей фаз їхнього розвитку, позначених нами у підрозділі 2.1.

У 2002 році відповідно до Концепції ООН про права людини (1999 р.) наказом МОЗ України від 12.12.2002 р. за № 465 закріплено переведення підлітків під нагляд педіатричної служби та затверджено примірне положення підліткового кабінету, а також положення про лікаря та медичну сестру підліткового кабінету [153]. Цим документом визначено основні завдання лікаря, серед яких: проведення санітарно-просвітницької роботи стосовно пропаганди здорового способу життя, контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм при організації та здійсненні навчального процесу, санітарно-епідеміологічного стану, організацією харчування та фізичного виховання дітей підліткового віку в навчальних закладах, забезпечення взаємозв'язку між лікувально-профілактичними закладами щодо інформування лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання дитини про результати проведених профілактичних оглядів та щеплень дітям підліткового віку у навчальних закладах, тощо [153]. Проте на практиці розпочалося реальне скорочення підліткових лікарів та передача відповідних функцій сімейним лікарям або дільничним педіатрам, які не достатньо обізнані з особливостями підліткового

віку. У роботі фахівців стала домінувати лікарська функція, що не сприяло вирішенню завдань формування здорового способу життя підлітків.

Урядова реформа системи охорони здоров'я 2018 року взагалі викреслила підлітків як особливу категорію, включивши їх до основного населення, незважаючи на те, що підлітки становлять чверть усього населення України до 18 років [153]. В закладах охорони здоров'я вилучено таку лікарську посаду, як «лікар-терапевт підлітковий», що працює на руйнування мережевого характеру інституту охорони здоров'я та знижує ефективність формування ним здорового способу життя підлітків.

Слід зауважити, що намагаючись інтегруватись в європейський простір, ми не завжди враховуємо позитивний американський та європейський досвід діяльності підліткової медицини, що також знижує ефективність впливу інституту охорони здоров'я на здоровий спосіб життя [292; 295]. Наприклад, Американська академія педіатрії в 1938 р. увела термін «підлітковий період» й організувала проведення першого симпозіуму з підліткових проблем. В 1968 році було організовано Товариство підліткової медицини. На сьогодні в Америці субспеціальність «Підліткова медицина» відноситься до первинної медичної служби, що передбачає надання медичної допомоги підліткам у сфері психології, ендокринології, харчування, спортивної медицини та гінекології. Крім того, у полі зору фахівців знаходяться проблеми, що пов'язані з руйнівними для здоров'я поведінковими практиками. Тож спостерігається комплексний підхід до здоров'я американського підлітка.

Стосовно європейських держав, то відоме Скандинавське товариство з охорони здоров'я підлітків (Nordic Adolescent Medicine Network), що об'єднує спеціалістів п'яти держав – Норвегії, Швеції, Данії, Фінляндії та Ісландії. Європейська мережа Міжнародної асоціації здоров'я підлітків (European Network of IAAN) об'єднує спеціалістів з підліткової медицини більше ніж 10 країн.

У Євробюро ВОЗ у 2007 році введена посада координатора з підліткової медицини [54], а європейська стратегія «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків» містить програму вирішення медико-соціальних проблем підлітків [84].

В Україні в 2015 році Кабінетом Міністрів анонсований Закон про підлітків, рекомендації до якого були надані фахівцями з підліткової терапії, проте він досі не прописаний.

Зважаючи на проблеми у функціонуванні першого інструмента мережі соціального інституту охорони здоров'я – підліткових терапевтів, певну компенсаторну функцію в напрямі формування здорового способу життя підлітків покликані виконувати сімейні лікарі. За логікою розвитку практичної складової їхньої діяльності, вони мають значний потенціал для формування здорового способу життя підлітків завдяки можливостям урахування особливостей сімейного середовища. «Саме в сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами й членами їх сімей» [241].

Разом з тим дослідженнями встановлено, що сімейні лікарі на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я не в змозі забезпечити та задовольнити складні медико-соціальні потреби сучасних підлітків [17]. Сімейні лікарі не мають відповідної підготовки з підліткової медицини, їхня просвітницька робота з інститутом сім'ї щодо виховання здорової дитини, профілактики захворювань та їх ускладнень виявляється неефективною.

Враховуючи позначені проблемні зони та необхідність системності формування здорового способу життя підлітків, дієвим інструментом цього може бути діяльність шкільних медичних служб.

Шкільні медичні працівники, на відміну від підліткових лікарів підпорядковувались головному лікарю дитячої поліклініки. Зокрема наказом МОЗ України від 29.11.2002 № 434, затверджено Положення про лікаря-педіатра педіатричного відділення з організації медичної допомоги дітям у навчальних закладах [153]. Відповідно до даного документа, здійснення просвітницької роботи серед педагогічного персоналу, батьків, учнів щодо формування здорового способу життя, профілактики травматизму та захворювань визнано одним із завдань шкільного лікаря. До сфери його компетентності належить ще імунізація, санітарно-епідемічний нагляд, здійснення заходів раннього виявлення захворювань

(обов'язкові медичні профілактичні огляди), профілактика факторів ризику розвитку захворювань, контроль за харчоблоком і харчуванням дітей, за проведенням уроків фізкультури й таке інше.

Слід зазначити, що на шкільних лікарів, починаючи з ХІХ ст., покладалася багатопланова місія – просвітницька, профілактична, санітарно-гігієнічного контролю. Для виконання цієї роботи шкільний лікар, окрім фахової підготовки, мав забезпечувати комунікативну взаємодію батьків і вчителів, педагогічного колективу і органів управління освітою з дотримання санітарно-гігієнічних вимог [297]. Проте в останні десятиріччя, зважаючи на завантаженість медичної сестри (1 ставка на 800 учнів) та шкільного лікаря (1 ставка на 2500 учнів) домінуючою в їх діяльності залишалася профілактична функція та функція санітарно-гігієнічного контролю.

Відповідні питання не вирішені і сьогодні, і, як наслідок – поступове руйнування шкільної медицини, зокрема через кадровий дефіцит й недостатнє фінансування даної медичної галузі. Так за даними досліджень, вже в 2012 році, було повністю укомплектовано кадрами середніх медичних працівників лише 81,5% навчальних закладів міст та 14,6 % шкіл сільської місцевості. Тільки 33 % міських шкіл мали укомплектовані посади шкільних лікарів. Зовсім відсутній медичний кабінет у 12,2 % міських шкіл та 72,8 % сільських шкіл [180, с. 234]. Ця картина суттєво погіршилася внаслідок реформи первинної медичної допомоги, проведеної у 2018 році. Реформування системи охорони здоров'я 2018 року взагалі не передбачало державного фінансування шкільної медицини, тож шкільна медична служба змінила своє підпорядкування із системи охорони здоров'я до системи освіти.

Таким чином, можна говорити про руйнування мережевих компонентів інституту охорони здоров'я, що не сприяє формуванню здорового способу життя підлітків. Поряд з цим, на нашу думку, перехід шкільної медицини до системи освіти тільки сприятиме більш ефективному вирішенню питання оздоровлення дітей та підлітків.

Разом з тим існують і певні ризики щодо медичного обслуговування

школярів. Серед них: низька оплата праці медичних працівників, її непрестижність. При цьому треба взяти до уваги, що ставка лікаря вводиться лише при мережі закладу 1000 та більше учнів. Тож скористатися послугами лікаря зможуть лише школи з наповнюваністю дітей тисяча та більше. В інших шкільна медична служба обмежиться лише медичною сестрою. До ризиків можна віднести і те, що контроль за діяльністю медичних працівників буде здійснюється управлінцями, які не мають медичної освіти; не відомо, хто буде консультувати медичних сестер з будь-яких професійних питань; не регламентована система підвищення кваліфікації зазначених спеціалістів. Ризиковість ситуації полягає ще й в тому, що до шкільної медицини можуть потрапити спеціалісти низької кваліфікації, незатребувані в лікувальних установах. Практична реалізація профілактичної діяльності шкільної медицини буде регламентована кожним освітнім закладом особисто, без координації діяльності з боку лікувальних установ. Унеможлиблюється сам процес залучення «вузьких» медичних спеціалістів до партнерської співпраці з освітніми установами, крім як на договірній основі. В цьому ми вбачаємо одну із проблем в організації охорони здоров'я підлітків та формування в них здоров'язбережувальної поведінки. Таким чином, ризики медичного обслуговування школярів можна сформувати у систему: ризики залучення кадрового складу, ризики професійної діяльності, ризики управління.

До речі багато схожих проблем виявлено в європейських шкільних службах охорони здоров'я. Так, більшість європейських країн зазначають відсутність взаємодії між інститутами охорони здоров'я та освіти враховуючи різне підпорядкування шкільних медичних служб (див. табл. А.6).

Як зазначає С. Соколова, майже 80% респондентів Європейського регіонального бюро ВОЗ зазначили, що шкільна медична служба недостатньо фінансується. Існують проблеми кадрового забезпечення, зокрема лише 76% країн Західної Європи мають шкільних лікарів, 65% – медичних сестер [205].

Таким чином, шкільна медична служба не може сьогодні повноцінно виконувати функції з формування здорового способу життя підлітків. Тому вкрай необхідне залучення профільних спеціалістів для проведення просвітницької

роботи зі школярами. Особлива роль в цьому вбачається ДУ «Інститут з охорони здоров'я дітей та підлітків», який би міг здійснювати науково-медичний супровід шкільних медичних спеціалістів.

На сучасному етапі основними напрямками наукової діяльності Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків медичної академії наук України є :

- визначення закономірностей формування здоров'я школярів України, середовищних і спадкових факторів, що його обумовлюють, розробка системи моніторингу;

- розробка нових методів профілактики, діагностики, прогнозу перебігу та лікування захворювань, медико-психологічна реабілітація дітей та підлітків з найбільш тяжкою соматичною патологією та порушеннями психічного розвитку, профілактика інвалідності;

- медико-психологічна реабілітація дітей та підлітків з найбільш тяжкою соматичною патологією та порушеннями психічного розвитку, профілактика інвалідності;

- наукове обґрунтування найбільш ефективних форм медичного забезпечення дітей та підлітків в Україні, в тому числі з груп соціального ризику.

Слід зазначити, що на базі ІОЗДП функціонує консультативна поліклініка, де щорічно отримують лікувально-консультативну допомогу більш ніж 15 тис. дітей із різних регіонів України. Завдяки цьому можливо забезпечення широкого охопту впливу цієї інституції на підлітків, особливо якщо його діяльність здійснюється разом зі школою.

Аналогічну функцію співпраці здійснюють також «Клініки, дружні до молоді» (КДМ) [див., наприклад, 17; 147]. Основним напрямком діяльності КДМ, що розраховані на відвідувачів у віці від 14 до 24 років, є профілактичний, зокрема:

- надання первинної спеціалізованої лікувально-діагностичної допомоги при патології репродуктивної системи;

- профілактика небажаної вагітності, навчання сучасним методам контрацепції;

- психокорекція поведінки підлітків;

- профілактика наркоманії, алкоголізму тощо;
- пропаганда здорового способу життя;
- забезпечення соціально-правового супроводу підлітків та молоді, зокрема із числа тимчасово переміщених осіб [190].

Упровадження в Україні таких клінік з надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» було розпочато у 1998 році за підтримки Дитячого Фонду ООН/ЮНІСЕФ й на кінець 2017 року їх налічувалось майже 150. Слушно зауважити, що в європейських країнах та країнах Центральної Азії можна зустріти різні назви даних установ: відділення медико-соціальної допомоги підліткам та молоді, центр здоров'я молоді, молодіжна консультація, консультативно-діагностичний центр для підлітків, центр репродуктивного здоров'я тощо [219].

Зокрема в м. Харків створено кабінети та відділення медико-соціальної допомоги підліткам та молоді у дитячих лікарнях та поліклініках, Центр психічного здоров'я студентської молоді тощо. Незважаючи на різницю обраних моделей, всі вони сповідають одну ідеологію, що полягає в наданні допомоги особам підліткового віку та юнацтву через розуміння їхніх проблем, в спільному пошуку шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я (див. табл. 2.2).

Поряд з цим зазначимо, що Клініки, дружні до молоді не замінюють заклади первинної медичної допомоги та соціальні служби, а доповнюють їх, здійснюючи результативну просвітницьку діяльність, сприяючи укріпленню мережі з формування здорового способу життя підлітків. Їх ефективність забезпечується дотриманням основних принципів таких як добровільність, доброзичливість, доступність, анонімність, конфіденційність, не осудливий підхід до відвідувача [147; 168].

Ми поділяємо точку зору науковців стосовно того, що результативність Клінік, дружніх до молоді, в першу чергу залежить від їх взаємодії з іншими організаціями та доступності для молоді незалежно від їх місця проживання. Ми вбачаємо, що запорукою ефективності діяльності інститутів освіти та охорони здоров'я з формування установок здорового способу життя підлітків є вирішення

медико-психо-соціальних проблем підліткового віку на принципах «дружнього підходу».

Таблиця 2.2

Особливості організації медичної допомоги підліткам [173]

| Медична установа | Клініка, дружня до молоді |
|---|--|
| Медична допомога розрахована на хворих | Медична допомога розрахована на здорових і хворих |
| Основний вид діяльності - лікування | Робота над проблемами підлітків, профілактика і лікування |
| Критерії якості – оцінка за фактом наданої допомоги | Критерії якості – повторні відвідування |
| Вузька лікувальна спеціалізована допомога | Комплексна допомога (медична, психологічна, соціальна, правова) |
| «Традиційні» проблеми – лікування соматичних хвороб | «Нетрадиційні» проблеми, з якими не йдуть у звичайні заклади охорони здоров'я |
| Директивна модель – рішення приймає фахівець | Модель співробітництва – рішення приймається за участю особи, яка звернулася по допомогу |

В цьому аспекті є чимало напрацювань, які варто було б запозичити за кордоном у цьому аспекті. Так у Франції, Швеції та Фінляндії створені широко профільні команди, в рамках яких проблеми здоров'я і навчання обговорюються на регулярних зустрічах з представниками охорони здоров'я та освіти. Медичні огляди в школах в багатьох країнах, окрім скринінгу з виявлення хвороб та оцінки стану здоров'я, включають консультування, проведення профілактичних заходів. Взагалі Європейська шкільна медична служба змістила акценти з «шукати й лікувати» на «запобігти та сприяти», водночас з тим що змінила власну модель з монодисциплінарної на багатопрофільну. Остання спеціалізується на розробці та оцінці колективних профілактичних заходів підґрунтям яких є розуміння особливостей дитячого та підліткового населення [205, с. 55].

З урахуванням цього досвіду Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків МОН України запропоновані автоматизований моніторинг здоров'я дітей та рекомендації з первинної профілактики неінфекційних захворювань в умовах

освітнього закладу. Слушно зауважити, що результати такого моніторингу якості життя, вікових та статевих особливостей розвитку здоров'язберігаючої та здоров'яформуючої поведінки школярів міста та сільської місцевості покладено в основу багатьох шкільних виховних програм та проектів, зокрема з питань формування навичок здорового способу життя [73; 256].

Цікавим у цьому плані є досвід шкіл – учасників програми «Школи здоров'я» українсько-канадського проекту «Партнери в охороні здоров'я». З моменту приєднання України в 1995 році до міжнародного проекту «Європейська мережа Шкіл сприяння здоров'ю» створюються національна й регіональна мережі «Шкіл сприяння здоров'ю». Згідно з даними Міністерства освіти і науки України в 2015 році Національна мережа «Шкіл сприяння здоров'ю» налічувала близько 5 тис. навчальних закладів [201, с. 53].

Метою діяльності шкіл, які приєдналися до проекту, стала реалізація «соціально-педагогічної та медико-профілактичної ініціативи, спрямованої на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я дітей, учнів і педагогічних колективів, а також сприяння залученню України до досвіду країн Європейського Співтовариства» [87].

Аналіз літератури щодо діяльності як національної, так і європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю, дозволяє говорити про загальний («whole school approach to health») підхід до здоров'яформуючої освіти (як в рамках навчальних програм, так і позанавчальної діяльності), розвитку стратегії даних шкіл, формування соціально і фізично безпечного освітнього простору, розвитку в дітей та підлітків життєвих компетенцій, ефективної системи взаємодії освітніх установ з інститутом сім'ї та громадськістю, також створення дієвої медичної служби [87; 271].

Школи здоров'я – це втілення новітніх технологій, інноваційних ідей, концепцій, спрямованих на виховання успішного та здорового молодого покоління. Відповідно до думки експертів ВООЗ, це «школи, які постійно нарощують свій потенціал щодо забезпечення здорових умов навчання, виховання, праці й життя в цілому».

Ідею моделі навчального закладу «Школа сприяння здоров'ю» вітчизняні

дослідники в галузі педагогіки Кириленко С., Бережна Т. сформулювали таким чином: «Через компетентнісну освіту – до здорового способу життя!» [114].

Слід зазначити, що відмінною рисою шкіл сприяння здоров'ю є системна взаємодія з медичними, спортивними, позашкільними установами та тісна співпраця з батьками з питань профілактики різного роду девіацій, пропаганди здоров'я й здорового способу життя.

Продемонструємо функціонування такого типу шкіл на прикладі. Так, у Харківській гімназії № 14, яка включена до Національної мережі Шкіл сприяння здоров'ю, існувала багаторічна практика взаємодії школи з медичними установами. Медики залучалися до реалізації програми, в межах якої здійснювалося вирішення наступних завдань:

- закріплення і відтворення соціальних відносин:

- регулярне проведення акцій за участю студентів медиків «За здоров'я наших дітей», «Молодь проти СНІДу»; «За безпечний Інтернет», «За щасливе материнство»; «Ні-наркотикам!», «Ми-проти тютюнового диму»;

- круглі столи з фахівцями інституту неврології, психіатрії та наркології; обласного медичного центру допомоги ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, з фахівцями кафедри фармакології Національного фармацевтичного університету, кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, психологами Харківського національного університету;

- психологічні тренінги за участю студентів факультету психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

- регулювання взаємовідносин між членами суспільства шляхом вироблення шаблонів поведінки (регулятивна функція):

- реалізація програм «Діалог», «Рівний-рівному», кабінету «довіри»;

- система тренінгів за участю студентів медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна;

- проведення Дня здоров'я спільно з волонтерами-медиками;

- регулярне проведення акцій «За здоров'я наших дітей»;

- забезпечення процесів згуртування, взаємозалежності і

взаємовідповідальності членів соціальних груп, що відбуваються під впливом норм, правил, санкцій і систем ролей (інтегративна функція)

- залучення учнів до створення соціальної реклами, фільмів, комп'ютерних презентацій;
- організація науково-дослідницької діяльності учнів з питань здоров'язбереження;
- організація роботи академії «Лідер» [72].

Таким чином, можна констатувати в Україні існують певні практичні засоби налагодження взаємодії між освітніми закладами та закладами охорони здоров'я, що базуються на зарубіжному досвіді.

Цікавим вбачається також досвід залучення батьків до такої співпраці. Так, в 1997 році в США Національною асоціацією батьків і вчителів (National Parent Teacher Association) спільно з Національною мережею партнерських шкіл (National Network on Partnership Schools) були розроблені Державні стандарти програм залучення батьків (National Standards for Parent Involvement Program), які реалізуються за трьома напрямками. Одним з них є створення при школі «сімейного ресурсного центру (family resource center), зосередженого на питаннях дитячого і підліткового здоров'я і здорового способу життя всієї родини» [288; 300]. Дані ресурсні центри співпрацюють з лікувальними установами і соціальними організаціями, надаючи сім'ям медичну і психологічну допомогу. Деякі центри фінансуються в рамках освітніх програм для батьків з питань здорового харчування, при цьому надаючи корисні продукти для бідних сімей [288].

Крім того, в рамках реалізації даних Стандартів, є цікавий досвід волонтерської діяльності батьків у шкільних оздоровчих заходах. Комунікативна взаємодія між батьками і підлітками сприяє формуванню здоров'язберігаючих стратегій поведінки у всіх учасників даного процесу.

Надає додаткової актуальності питанням системної взаємодії сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я впровадження в освітній процес сучасних освітніх технологій і засобів навчання (технологія Wi-Fi, електронний підручник, нові сучасні види комп'ютерної техніки тощо), впровадження профілактичних заходів,

спрямованих на створення оптимальних умов і режимів життєдіяльності дітей, які б гарантували збереження та зміцнення їх здоров'я у процесі росту і розвитку, відповідно до положень Конвенції ООН про права дитини, резолюції ВООЗ WHA 56.21 «Про стратегію з питань здоров'я й розвитку дітей і підлітків», резолюції Європейського регіонального бюро ВООЗ EUR/RC54/R3 «Навколишнє середовище і здоров'я», «Декларації про шкільне здоров'я в Європі», а також Європейської декларації з охорони психічного здоров'я, прийнятої у Гельсінкі в 2005 році, що розробляються Інститутом громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України.

Таким чином, практики, що здійснюються соціальними інститутами сім'ї, освіти та охорони здоров'я для формування здорового способу життя підлітків мають амбівалентний характер: частина з них сприяють цьому процесу, а частина – ні. При чому суб'єктний вплив як на позитивні, так і негативні вектори їх проявів здійснюється на різних рівнях соціальної динаміки, що у підсумку визначає результативність розглянутих практик.

2.3. Стан здоров'я та здоровий спосіб життя сучасних українських підлітків у емпіричному вимірі

Розглянувши теоретико-методологічні основи соціологічного вивчення здоров'я та здорового способу життя сучасних підлітків, їхні особливості як соціально-демографічної групи, практик соціальних інститутів щодо формування здорового способу життя підлітків, перейдемо безпосередньо до емпіричного вивчення цих питань. Відповідно провідними групами показників та індикаторів будуть ті, що виокремленні нами у першому розділі. Серед них обізнаність щодо сутності здорового способу життя, емоційне ставлення до нього та його складових, а також реалізація здоров'язбережувальних стратегій у власних практиках. Важливою детермінантою здорового способу життя є також стан здоров'я сучасних підлітків. Як зазначають дослідники, «підлітки вважаються більш здоровими порівняно з іншими групами населення, але сьогодні підлітковий вік визнається критичною стадією життєвого циклу, протягом якої закріплюються різні моделі поведінки, що роблять внесок у формування поточного стану здоров'я та

показників здоров'я в майбутньому» [212, с. 104]. Саме тому в аналізі нашої проблематики важливими постають два базових компоненти: стан здоров'я та здоровий спосіб життя як засіб його збереження. Тому сконцентруємо наукову увагу на цих змістовних блоках. Для забезпечення цілісного аналізу розглянемо здоров'я крізь об'єктивні показники та самооцінку з використанням обраної нами чотирьохкомпонентної моделі здоров'я.

Як нами вже зазначалось, останнім часом стан здоров'я школярів, зокрема старшого підліткового віку, наблизився до критичних показників. Так, статистичні дані свідчать про зростання за останні десять років захворювань серед українських дітей, зокрема й підліткового віку, на 20%. Поширеність хронічних захворювань зросла в 2,87 рази, на 22,9% збільшився контингент дітей-інвалідів. Серед випускників загальноосвітніх закладів 60% мають порушення постави, 50% – короткозорість, 40% – порушення серцево-судинної системи та нервово-психічні відхилення, 60% порушення мови. Кожен четвертий юнак за станом здоров'я не може проходити строкову службу в армії [239].

Порівняльний аналіз за період з 2014 по 2017 роки за двома основними показниками «захворюваність» та «поширеність хвороб» свідчить про негативну тенденцію на фоні загального незадовільного стану здоров'я школярів підліткового віку 15-17 років: поширеність хвороб коливається в межах 2022,3–2177,72 на 1000 дітей підліткового віку, а захворюваність – 1188,2–1254,62 із найнижчими їх рівнями у 2014 році [259; 260; 261; 262] (див. рис.2.5).

Протягом чотирьох останніх років спостерігається загальна тенденція до зростання захворюваності підлітків за рахунок високого рівня хвороб органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, травм та отруєнь, а поширеності хвороб – за рахунок хвороб органів дихання, травлення, ока та його придаткового апарату, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ендокринної хвороби, розладу харчування та порушення обміну. Разом з тим відмічається незначна позитивна тенденція щодо захворюваності підлітків на новоутворення, хвороби крові й кровотворних органів, ендокринні хвороби.

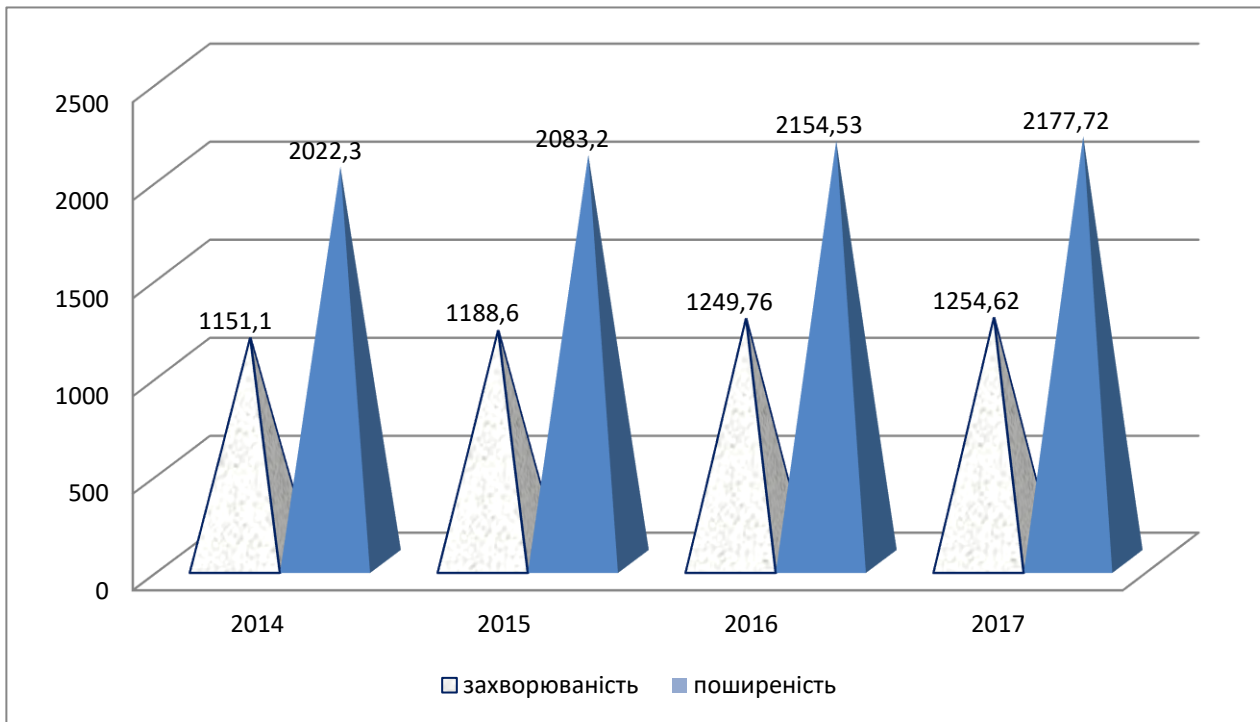


Рис.2.5. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку у період 2014 – 2017 рр. в Україні (на 1000 дітей підліткового віку). Побудовано автором на основі даних [259; 260; 261; 262]

У структурі поширеності хвороб дітей підліткового віку перше рангове місце посідають хвороби органів дихання, друге – хвороби органів травлення, третє – хвороби ока та його придаткового апарату, четверте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, п'яте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (див.табл.4.у додатку А).

Таким чином, об'єктивні показники свідчать про несприятливу тенденцію в стані здоров'я українських підлітків, що має прояви як в підвищенні первинної захворюваності, так і в розповсюдженості основних класів хвороб. До того ж, структура захворюваності підлітків наближається до такої, як у дорослого населення. Збільшення частки підлітків із різного роду проявами соматичної захворюваності може призвести уже в найближчі роки до різкого зниження трудового та наукового потенціалу країни.

Звернення до суб'єктивних оцінок підлітками свого здоров'я є другою складовою нашого аналізу здоров'я та здорового способу життя підлітків. Незважаючи на відносність надійності суб'єктивної оцінки стану здоров'я в якості

показника здоров'я, дослідники вважають, що вона з високим ступенем вірогідності все ж таки відповідає реальному стану. Ще Гіппократ визначав здоров'я як «суб'єктивно-психологічне відчуття». Аналогічну точку зору поділяє Всесвітня організація охорони здоров'я, яка вважає прогностичним показником «самосприйняття здоров'я», яке тісно пов'язане з об'єктивним станом здоров'я. Слід брати до уваги і той факт, що даний показник безпосередньо взаємопов'язаний з особистим досвідом підлітка, зі сформованим «особистісним зразком здоров'я». Останній, в свою чергу, співвідноситься зі знаннями про даний феномен.

Аналіз даних дослідження⁴, проведеного за участю автора, свідчить, що позитивно оцінюють своє здоров'я («я здоровий» та «я скоріше здоровий, ніж хворий») 92,8% підлітків (91,9% п'ятнадцятирічних юнаків та 91,3% дівчат, 98% сімнадцятирічних юнаків та 92,4% дівчат) (див. таб. 2.3).

Таблиця 2.3

**Самооцінка стану здоров'я підлітків загальноосвітніх закладів
Немишлянського району Харкова (у % до тих, хто відповів)**

| Оцінка здоров'я | 15 років | | | 17 років | | |
|--------------------------------|----------|---------|----------|----------|---------|----------|
| | Хлопці | Дівчата | В цілому | Хлопці | Дівчата | В цілому |
| Я здоровий | 60,5 | 47,6 | 54,0 | 70,0 | 43,8 | 52,2 |
| Я скоріше здоровий, ніж хворий | 31,4 | 43,6 | 37,6 | 28,0 | 48,6 | 41,9 |
| Я скоріше хворий, ніж здоровий | 5,6 | 8,7 | 7,2 | 0,0 | 6,7 | 4,5 |
| Я хворий | 2,4 | 0,0 | 1,2 | 2,0 | 0,9 | 1,3 |

Зазначимо, що ці локальні показники у проблемному з точки зору здоров'я регіоні (показник захворюваності підлітків в Харківській області один із високих (близько 1420 у 2014 р., 1604,8 у 2017 р. на 1000 дітей старшого шкільного віку), як

⁴ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43- % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

і показник щодо поширеності захворювань (близько 2500 у 2014 році та 2872,3 у 2017 році на 1000 дітей старшого підліткового віку)) значно перевищують дані національного опитування в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» 2014 та 2018 років⁵. За ними у середньому 75,6% підлітків вважають себе повністю або більшою мірою здоровими, що підтверджує необхідність врахування як національних, так і локальних параметрів дослідження цієї проблематики.

Одним із показників соматичного та психологічного здоров'я є самопочуття. Однією з найяскравіших його складових є відчуття щастя. Дослідження демонструють, що дуже щасливими почувають себе 38,6% підлітків [216, с. 25], що дозволяє припустити невисокий рівень психологічного компоненту здоров'я підлітків.

Важливою у контексті дослідження здоров'я підлітків є емоційна забарвленість відчуття власного здоров'я. За даними всеукраїнських досліджень у 2014 році як чудове та гарне самопочуття оцінювали 74,7% підлітків, а у 2018 році – 76,4%. «Однак емоційна забарвленість самопочуття залежить від віку і статі. У «чудовому» самопочутті перебувають опитані в основному від 10 до 13–14 років, тоді як уже з 15 до 17 років частота позитивного сприйняття власного здоров'я прогресивно знижується, особливо серед дівчат молодшого віку» [216, с. 50]. Це є свідченням розбіжностей у сприйнятті власного здоров'я, його суб'єктивізованого сприйняття, що впливає на організацію власного способу життя.

Поглиблений аналіз відповідей підлітків свідчить, що існує протиріччя між об'єктивним станом здоров'я підлітків та його суб'єктивним сприйняттям ними. Для додаткового підтвердження цього протиріччя звернемося до питань, пов'язаних зі скаргами на здоров'я. При цьому ми припускаємо, що наявність проблем зі здоров'ям призводить до скарг на нього і підтверджує порушення здоров'я у підлітка.

Як показало дослідження, більше половини опитаних з періодичністю не

⁵ Соціологічні дослідження, здійсненні Українським інститутом соціальних досліджень і межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2014 р., опитано 11 390 учнів та студентів України; 2018 р. опитано 13 337 учнів та студентів України)

рідше раз на тиждень скаржились на роздратування або поганий настрій, майже 40 % на головний біль, чверть – на безсоння та проблеми із засинанням⁶. Кожен десятий підліток відчував стан запаморочення (див. рис. 2.6).

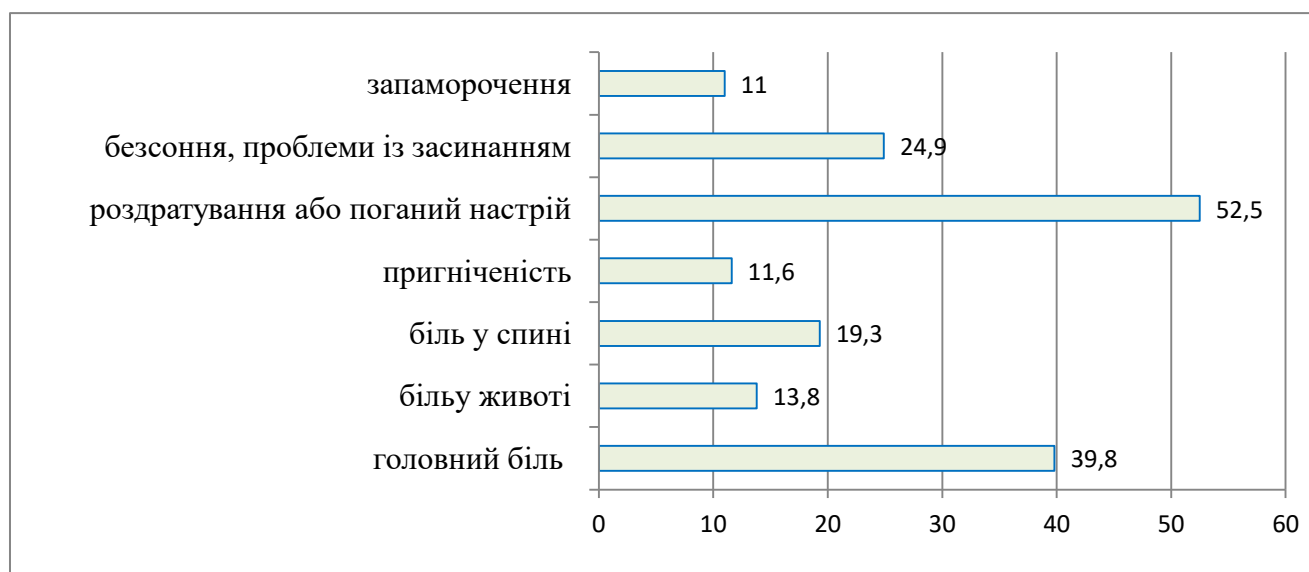


Рис. 2.6. Основні причини скарг на здоров'я (%)

Зазначимо, що дані результати схожі з тими, що були отримані під час національного дослідження⁷, де перші позиції посідали звернення зі скаргами «роздратування або поганий настрій» (до 65,5 %), «головний біль» (до 50 %), «біль у спині» (до 31 %), «безсоння та проблеми із засинанням» (до 28,8 %).

Слід зазначити, що починаючи з 2014 року, спостерігається збільшення частки українських підлітків зі скаргами на здоров'я⁸. Так показник скарг на «роздратування або поганий настрій» збільшився до 71,4%, на «головний біль» – до 58,2%, на «біль у спині» – до 36,5%, «безсоння та проблеми із засинанням» – до 33,5%. Частка тих, хто відчував стан запаморочення збільшилась до 23,2%, що

⁶ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р., опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43% юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

⁷ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2014 р., опитано 11 390 учнів та студентів України)

⁸ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2018 р., опитано 13337 учнів та студентів України)

підтверджує наявність протиріччя між об'єктивними та суб'єктивними оцінками здоров'я.

Дослідження дозволяють також виявити гендерні відмінності відносно скарг на здоров'я. Так дівчата більше скаржаться на головний біль (47,8%), запаморочення (14,6%). Юнаки, на відміну від дівчат, частіше роздратовуються (55,5%), відчувають біль у спині (21,0%)⁹. Порівняння гендерних відмінностей відносно скарг на здоров'я в рамках національного дослідження¹⁰ виявило, що симптоматика відхилень в психічному стані підлітків посідає перше місце, не зважаючи на стать; другою за розповсюдженням серед респондентів обох статей п'ятнадцятирічних підлітків є скарги на головний біль. З дорослішанням спостерігаються відмінності: дівчата частіше скаржаться на головний біль, хлопці – на біль у спині.

Отримані соціологічні дані дозволяють припустити, що симптоматика скарг обумовлена низькою фізичною активністю, безконтрольним доступом до контенту Інтернет-мереж, не дотриманням режиму дня й відпочинку тощо.

Враховуючи високий процент скарг підлітків на власне здоров'я, можна припустити невисокий рівень задоволеності ним. Але, незважаючи на регулярні скарги, відсоток підлітків, опитаних в рамках дослідження, які повністю задоволені або скоріше задоволені станом свого здоров'я залишається високим, що є ще одним проявом протиріччя між станом здоров'я та його самооцінкою. Таких серед респондентів 96,0% юнаків та 92,0 % дівчат п'ятнадцятирічного віку та відповідно 95,8 % та 94,3% сімнадцятирічного віку (див табл. 2.4). Найбільший показник незадоволеності («не задоволений» та «скоріше не задоволений») виявився серед дівчат 15 років. Це свідчить про те, що в пубертатному періоді дівчата більш критично сприймають будь-які відхилення стосовно фізичного та психічного здоров'я.

⁹ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р., опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57% дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

¹⁰ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2018 р., опитано 13337 учнів та студентів України)

**Ступінь задоволеності здоров'ям підлітків Немишлянського району
м. Харкова за віком та статтю (у % до тих, хто відповів)**

| Ступінь задоволеності здоров'ям | 15 років | | | 17 років | | |
|---------------------------------|----------|---------|----------|----------|---------|------|
| | Хлопці | Дівчата | В цілому | Хлопці | Дівчата | Усі |
| Повністю задоволений | 69,6 | 61,9 | 65,7 | 77,1 | 46,7 | 56,2 |
| Скоріше задоволений | 26,4 | 30,2 | 28,3 | 18,7 | 47,6 | 38,6 |
| Скоріше не задоволений | 2,4 | 7,1 | 4,8 | 2,1 | 4,8 | 3,9 |
| Не задоволений | 1,6 | 0,8 | 1,2 | 2,1 | 0,9 | 1,3 |

Якщо співвіднести результати відповіді підлітків стосовно стану здоров'я та задоволеності ним, то питома вага тих, хто повністю задоволений та скоріше задоволений ним більше ніж тих, хто вважає себе здоровим та скоріше здоровим, окрім юнаків 17 років. Це ще раз підтверджує необхідність комплексного аналізу об'єктивних і суб'єктивних показників здоров'я підлітків. Бо певна задоволеність власним здоров'ям мінімізує потребу в його збереженні чи корегуванні, що сприяє здоров'яруйнівній поведінці та, навпаки, не стимулює здоровий спосіб життя. Тобто, якщо підліток не вважає себе хворим за об'єктивної наявності хвороби, він може провокувати здоров'яруйнівну поведінку.

У цілому аналіз об'єктивних та суб'єктивних показників здоров'я підлітків доводить необхідність здорового способу їхнього життя.

Як зазначалося нами у підрозділі 2.1, підлітки як соціально-демографічна група мають особливості способу життя, які визначають варіативність складових здорового способу життя. Для визначення таких складових нами було проведено експертне опитування¹¹. За його результатами було визначено показники, які угруповано з урахуванням обраної нами моделі здоров'я та вікових особливостей

¹¹ Фокусовані групові інтерв'ю з експертами (спеціалісти Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Харківської академії неперервної освіти (3 фокус-групи, n=20, 2016 р))

підлітків. До таких груп віднесено:

- Характеристики харчування (частота вживання тих чи інших продуктів, які відповідають здоровому способу життя або ні). Ця група виявилася найнаповнішою за складовими, оскільки йде формування підліткового організму, коли від харчування залежить і інтелектуальний, і фізичний розвиток підлітка.

- Наявність та інтенсивність шкідливих звичок (паління, вживання наркотиків, алкоголю тощо).

- Фізична активність та відпочинок.
- Нормативна/ненормативна соціальна поведінка.
- Ціннісний вимір здорового способу життя.
- Задоволеність способом життя та його компонентами.

Розглянемо здоровий спосіб життя підлітків крізь призму цих груп показників.

Раціональне харчування є одним із компонентів здорового способу життя та відіграє важливу роль в правильному перебігу фізіологічних процесів в організмі підлітків. Ми поділяємо точку зору спеціалістів щодо залежності нормального функціонування систем організму і здатності до опору різним хвороботворним факторам від правильного харчування.

У ході аналізу даних дослідження¹², здійсненого спеціалістами ІОЗДП за участю автора виявлено ряд відхилень у сфері раціонального харчування підлітків, що пов'язані з надмірним споживанням солодощів, продуктів з високим вмістом консервантів та емульгаторів. Так, щодня вживають цукерки 32% хлопців та 22% дівчат, тістечка і здобні вироби – 18,3% та 20,6%, морозиво – 27,0% та 34% відповідно. Крім того щодня в раціоні присутні майонез, соуси, кетчупи у кожного п'ятого хлопця та у кожної шостої дівчини. Щотижня (до 3-х разів) 30% юнаків вживають чіпси, сухарики, 15% – фастфуди, 13% – мівіну та інші продукти

¹² Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них – 57% дівчата, 43% – юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

швидкого приготування, 8% – хотдоги, шаурму. Для порівняння у 10%, 5% , 4% та 3% дівчат у раціоні присутні відповідні продукти. Проте щодня до раціону включають свіжі фрукти та овочі не більше 72% підлітків, зокрема більше їх споживають дівчата (77%). Частота споживання солодких газованих напоїв «щодня» виявлена у 25,1% хлопців та 15,3% дівчат, «не менше 2-3 разів на тиждень» – 33,3% хлопців та 26,3% дівчат. Якщо розглядати вікові відмінності, то серед хлопців старшої вікової групи спостерігається формування шкідливої звички щодо споживання солодких газованих напоїв (регулярне споживання 32,6% хлопців), попри інформованість про їх некорисність. За результатами опитування, здійсненого Українським інститутом соціальних досліджень¹³ рівень споживання дівчатами «шкідливих» напоїв також нижчий, ніж серед хлопців. Причину цього ми вбачаємо в тому, що дівчата більше опікуються питанням надмірної ваги й слідуєть рекомендаціям фахівців.

Різноманітність та регулярність споживання інших продуктів відображено на рис.2.7.

Так, низьким є рівень вживання риби та рибних продуктів. Майже 40% респондентів мають в раціоні харчування рибу лише один раз на місяць або взагалі її не вживають. Приблизно третина опитаних вживають молочні продукти один раз на тиждень або рідше. Відповіді на запитання про наявність в раціоні харчування м'яса продемонстрували, що 55% респондентів вживають цей продукт щодня або кілька разів на день і 9% не вживають зовсім або вживають не частіше одного разу на тиждень. Поряд з цим, 38 % респондентів вживають копчені м'ясні вироби, до складу яких входять консерванти, підсилювачі смаку та фарбники, не рідше 3-х разів на тиждень.

Таким чином, харчування як складова здорового способу життя є досить суперечливою характеристикою щодо підлітків. Крім того, зазначимо, що практики в цьому аспекті досить часто залежать від сім'ї, зокрема від її матеріального становища, практик наслідування тощо.

¹³ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2014 р., опитано 11 390 учнів та студентів України)

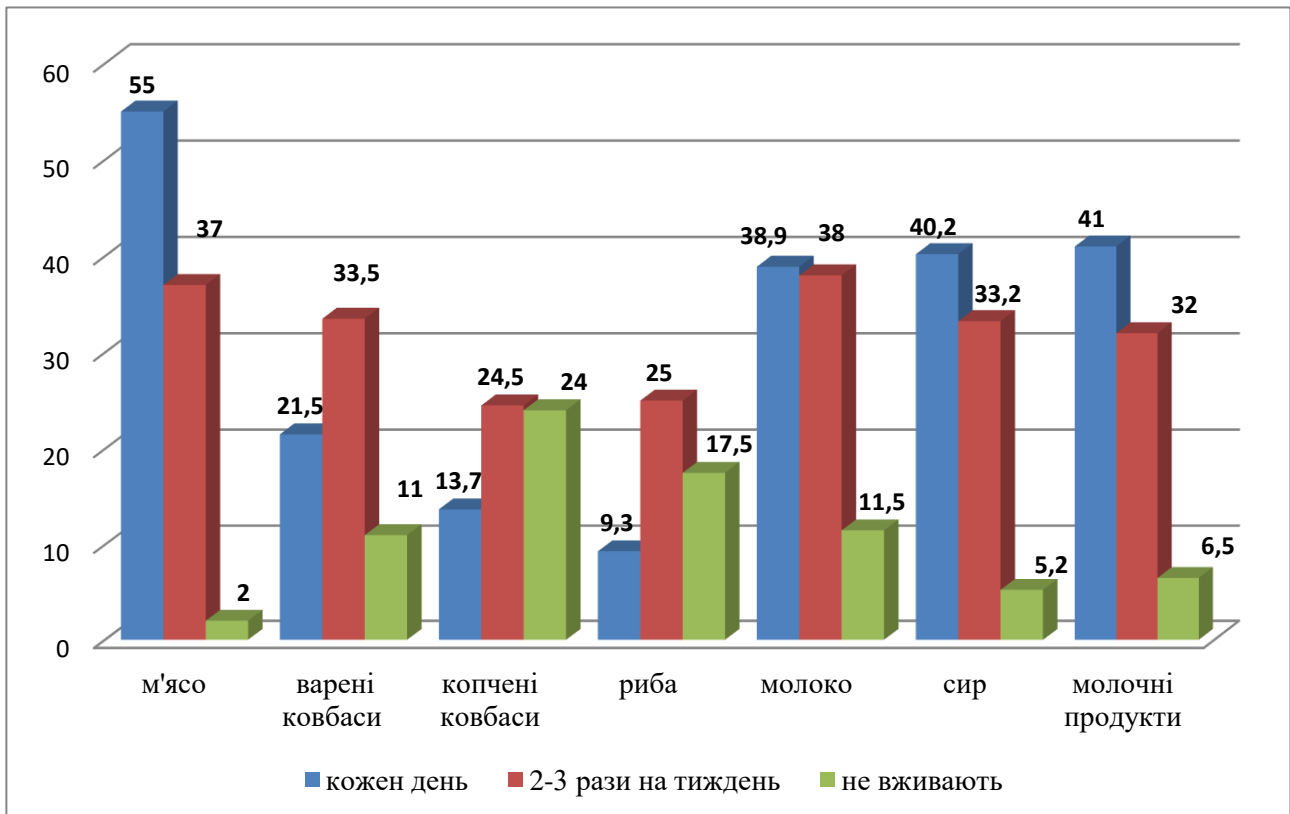


Рис.2.7. Частота вживання підлітками тих чи інших продуктів харчування (% від тих, хто відповів)

Проведене нами дослідження¹⁴ дає також уявлення про режим харчування підлітків. Так з'ясовано, що 80% підлітків регулярно, тобто щодня, снідають, стільки ж вечеряють, майже 86% обідають. Не більше 15% мають такий режим декілька разів на тиждень. Інші мають один прийом їжі й просто перекуси, що негативно впливає на стан здоров'я респондентів.

Тож, неправильний раціон та режим харчування в підлітковому віці лише сприяє виникненню проблем зі здоров'ям та стає однією із причин виникнення хронічних захворювань. Слід зауважити, що попри те, що відповідальність за здорове харчування покладена на підлітків, батьків й членів родини, перші повинні за можливістю обирати корисні продукти й регулювати кількість та частоту їх споживання, цим самим демонструючи рівень піклування про власне здоров'я.

¹⁴ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів «Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них – 57% дівчата, 43 % – юнаки, підлітків 14-15 років - 62 %, 16-17 років – 38 %)

Як нами вже зазначалось, однією із умов збереження здоров'я є уникнення шкідливих звичок та залежностей, а саме наркоманії, алкоголізму, токсикоманії, тютюнопаління. Проте звички, які пов'язані з ризиком для здоров'я є невід'ємною частиною дорослішання.

У ході аналізу результатів опитування підлітків¹⁵ з'ясовано, що на момент проведення дослідження не курили 84% п'ятнадцятирічних респондентів, проте взагалі не робили спроби куріння 57% хлопців і 44% дівчат 15 років. Що стосується сімнадцятирічних, то не має такої шкідливої звички у 66% хлопців та 79% дівчат. Поряд з цим ніколи не курили лише 36% юнаків і 38% дівчат 17 років, про що свідчать відповіді на питання: «Чи палите Ви?». Результати дослідження демонструють, що питома вага тих респондентів, які курять («іноді» і «регулярно») збільшується в міру їх дорослішання (див. рис.2.8). Аналіз відповідей щодо кількості вичурених сигарет (більше 5) дає можливість зробити висновок, що 20% юнаків старшої вікової групи мають стійку нікотинову залежність.

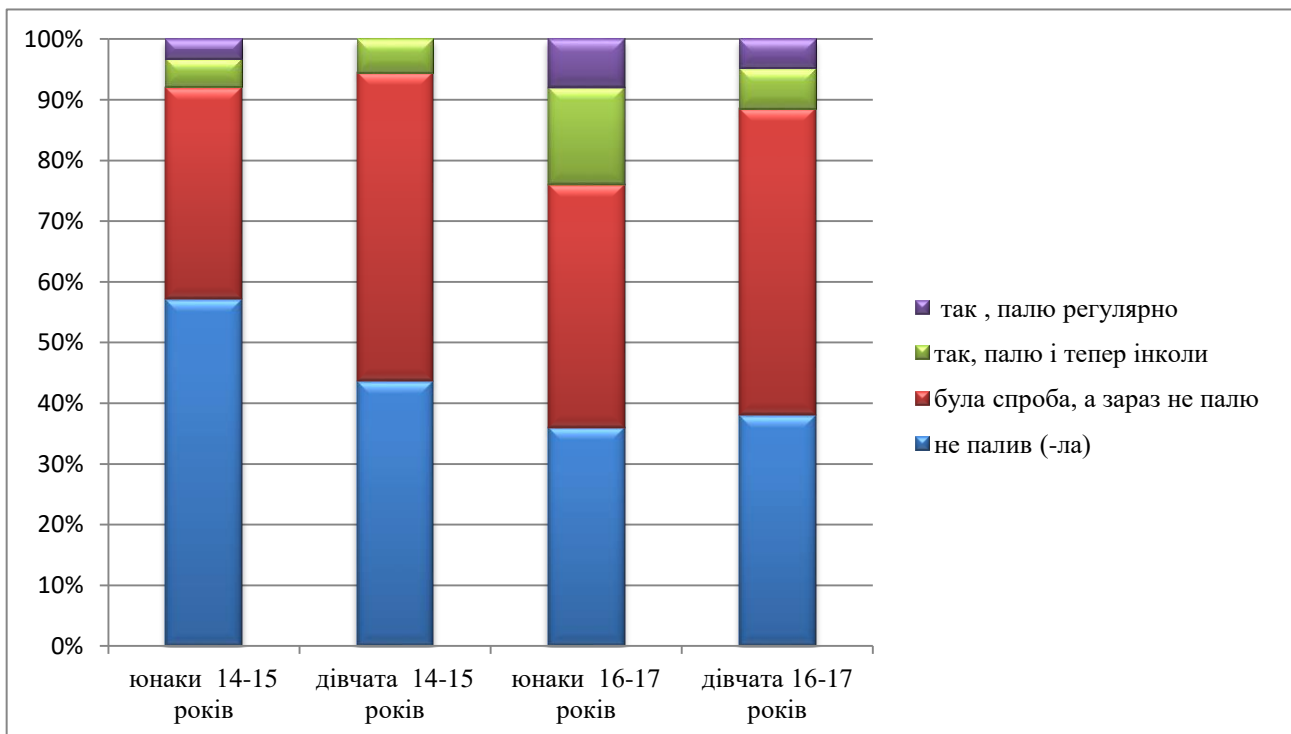


Рис. 2.8 Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи палити Ви?», в %

¹⁵ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них – 57% дівчата, 43% – юнаки, підлітків 14-15 років – 62%, 16-17 років – 38%)

Порівняння рівня розповсюдженості тютюнопаління серед підлітків Немишлянського району м. Харкова із даними, отриманими Українським інститутом соціальних досліджень показало, що за результатами національного опитування¹⁶ 2014 року кількість курців обох статей серед 17-річних сягала 50%, а у 2018 році¹⁷ зменшилася до 38,8%. Поряд з цим, за даними обох досліджень в цьому аспекті існують статеві відмінності – дівчата курять менше за хлопців, проте з дорослішанням відсоток тих, хто курить, збільшується. Суттєва різниця спостерігається лише між 17-річними хлопцями, що курять щодня. Так за результатами регіонального дослідження, цей показник дорівнює 15%, тоді як за результатами національного дослідження (2014 р.) – 28%. Майже немає різниці серед 17-річних дівчат: регулярно палять 11% та 10% відповідно. Проте за результатами національного дослідження (2018 р.) спостерігається тенденція до зменшення частки курців серед хлопців та дівчат до 21 % та 7,9 % відповідно.

Дана ситуація не може не хвилювати, бо куріння в підлітковому віці призводить до суттєвих порушень у роботі внутрішніх органів та систем, зокрема в системі кровообігу, що в свою чергу негативно впливає і на навчальну успішність.

Дослідження продемонстрували, що підлітки також мали спроби вживання наркотиків. Серед опитаних близько 4% дев'ятикласників та 9% одинадцятикласників випробували на собі дію наркотичних речовин. При цьому найбільший інтерес до цих практик проявили хлопці 17 років: 18% пробували наркотики, з них 2% продовжували вживати на час проведення анкетування (див. рис 2.9.).

¹⁶ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2014 р., опитано 11 390 учнів та студентів України)

¹⁷ Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2018 р., опитано 13337 учнів та студентів України)

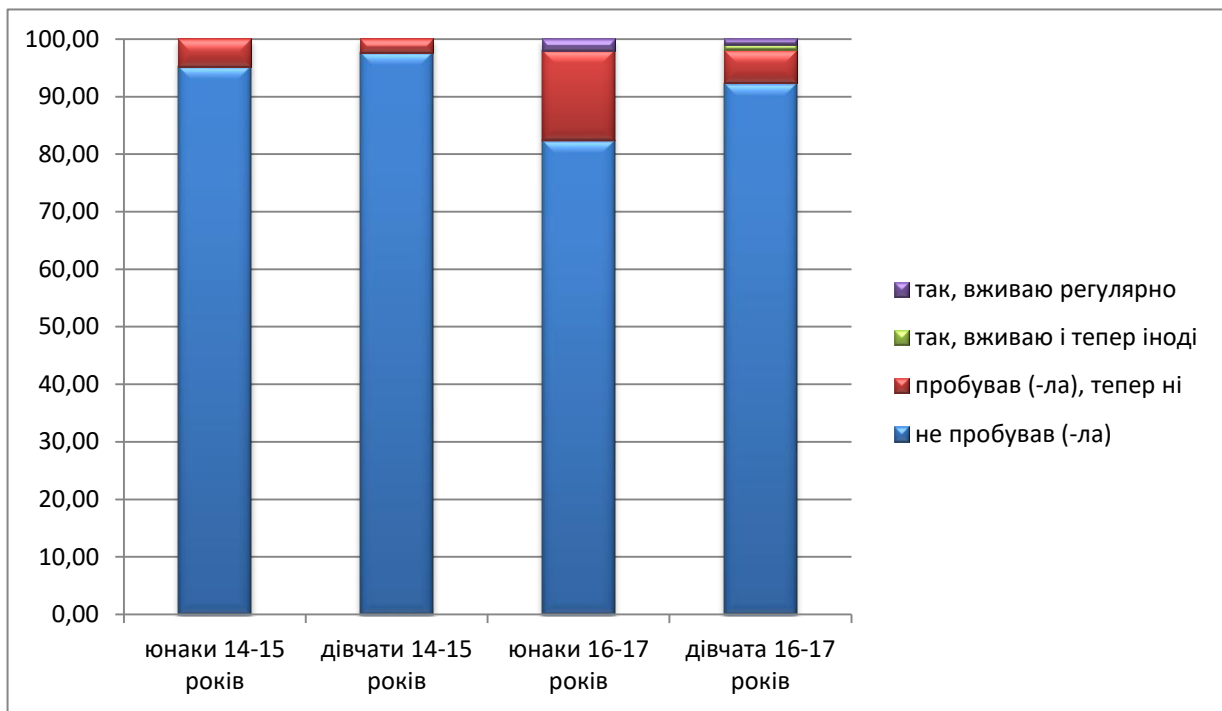


Рис. 2.9. Розподіл відповідей респондентів на питання: «Чи вживаєте Ви наркотики?», в %

Під час соціологічного дослідження¹⁸ вивчалось також питання вживання підлітками алкоголю. Загальновідомо, що чим раніше дитина спробує алкоголь, тим більше вірогідність її алкоголізму. При цьому немає значення міцність цих напоїв. Вживання будь якого алкоголю призводить не лише до проблем у навчанні, а й в цілому до соціальних проблем, зокрема проявів деструктивної поведінки.

Медики констатують, що у підлітків алкоголізм, на відміну від дорослих, має ряд характерних особливостей:

- швидке звикання до спиртних напоїв (це пояснюється анатомо-фізіологічною будовою дитячого організму);
- злюкисний перебіг хвороби (у підлітковому віці організм знаходиться в стадії формування і стійкість центральної нервової системи до дії алкоголю знижена, внаслідок чого відбуваються глибокі і незворотні процеси її руйнування);

¹⁸ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

- вживання великих доз алкоголю;
- швидкий розвиток запійного пияцтва (для підлітків стає нормою пити з будь-якого приводу, при цьому в стані легкого сп'яніння вони починають відчувати себе невпевнено);
- низька ефективність лікування [273, с. 632].

За даними досліджень можна бачити, що «вживання спиртних напоїв залишається досить поширеним серед учнів закладів загальної середньої освіти України. За результатами 2018 р., у середньому 39,4% учнів принаймні один раз у житті вживали алкогольні напої – від 13,6% серед 10-річних учнів до 61,9% серед 17-річних (у 2014 р. мали досвід уживання алкоголю в середньому 44,8%). Зазначимо, що серед 10-річних дані збігаються з даними 2014 р. (тоді про досвід уживання повідомили 13,7% опитаних віком 10 років), тоді як серед 17-річних частка тих, хто має хоча б одноразовий досвід уживання, значно зменшилася (у 2014 р. – 76,2%)» [216, с. 71].

Наше дослідження показало, що на момент опитування трохи менше третини 15-річних хлопців хоча б раз відчували смак алкоголю. При цьому 28% респондентів пробували «енергетики», 25% – пиво, 21% – вино, 14% – ром-колу, бренді-колу, 8% – горілку. Щодня 0,8% підлітків 14-15 років вживають ром-колу, бренді-колу, енергетичні напої; 2-3 рази на тиждень 3,5% респондентів п'ють пиво і 2,5% – вино. Раз на тиждень 0,8% опитаних підлітків вживають горілку (див. рис 2.10.).

Що стосується дівчат 15 років, то вони не поступаються своїм одноліткам чоловічої статі. У третини тих, хто хоча б спробував алкоголь, смакові уподобання співпадають з усім представленим в анкеті асортиментом. Один раз на тиждень 7% дівчат вживають вино, трохи більше 3% – енергетики, 2,4% – ром-колу. Менше одного відсотка респондентів п'ють щодня «енергетики» та декілька разів на тиждень – пиво (див. рис. 2.11).

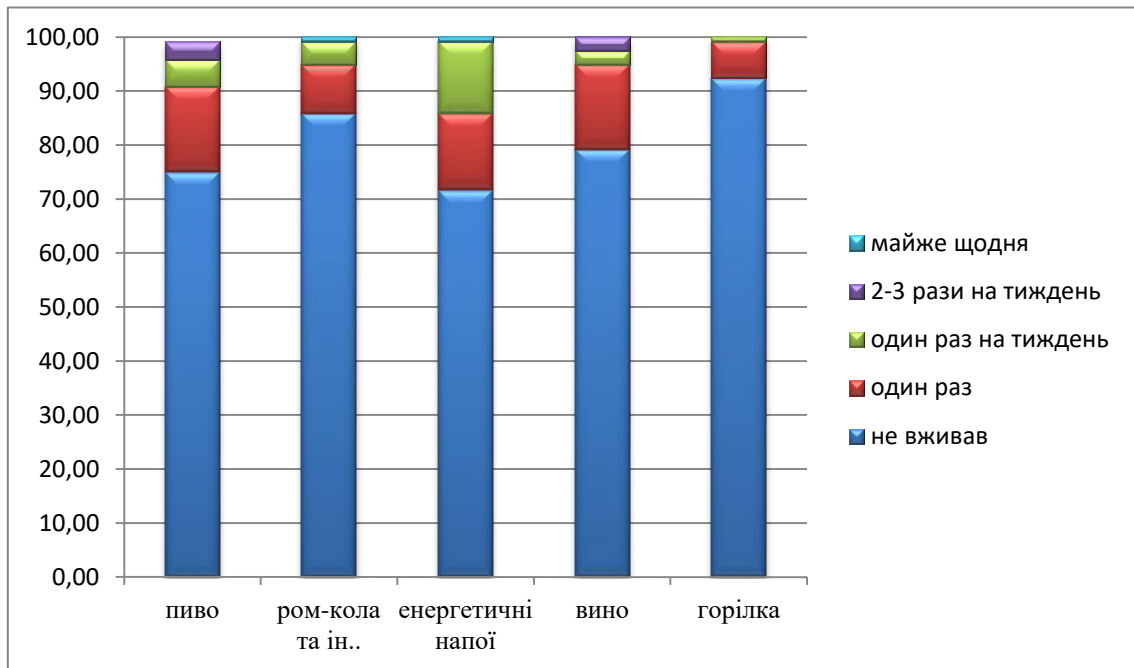


Рис. 2.10. Розподіл відповідей хлопців 15 років на питання: «Які часто Ви споживаєте перелічені спиртні напої?», %

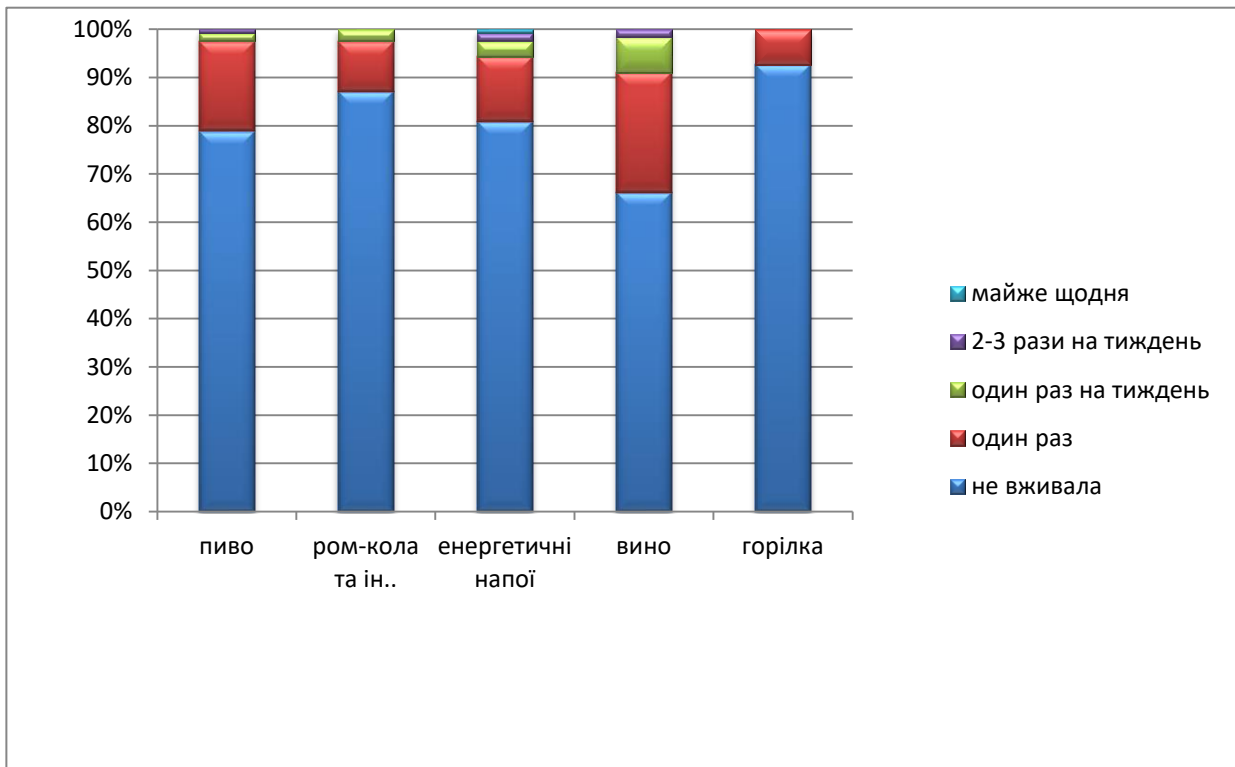


Рис. 2.11. Розподіл відповідей дівчат 15 років на питання: «Як часто Ви споживаєте перелічені спиртні напої?», %

З віком питома вага юнаків, хто пив хоча б один раз міцні і слабоалкогольні напої значно зростає. Майже половина 17-річних підлітків вживали пиво, 40 % –

енергетичні напої, 38 % – вино, 23 % – горілку. Раз на тиждень 12,7 % п'ють пиво, 10 % – «енергетики», 8,5 % – вино і 4 % – горілку. При цьому 4 % від опитаних хлопців 17 років п'ють пиво, 2,2 % – вино, 2 % – горілку щоденно (див. рис. 2.12).

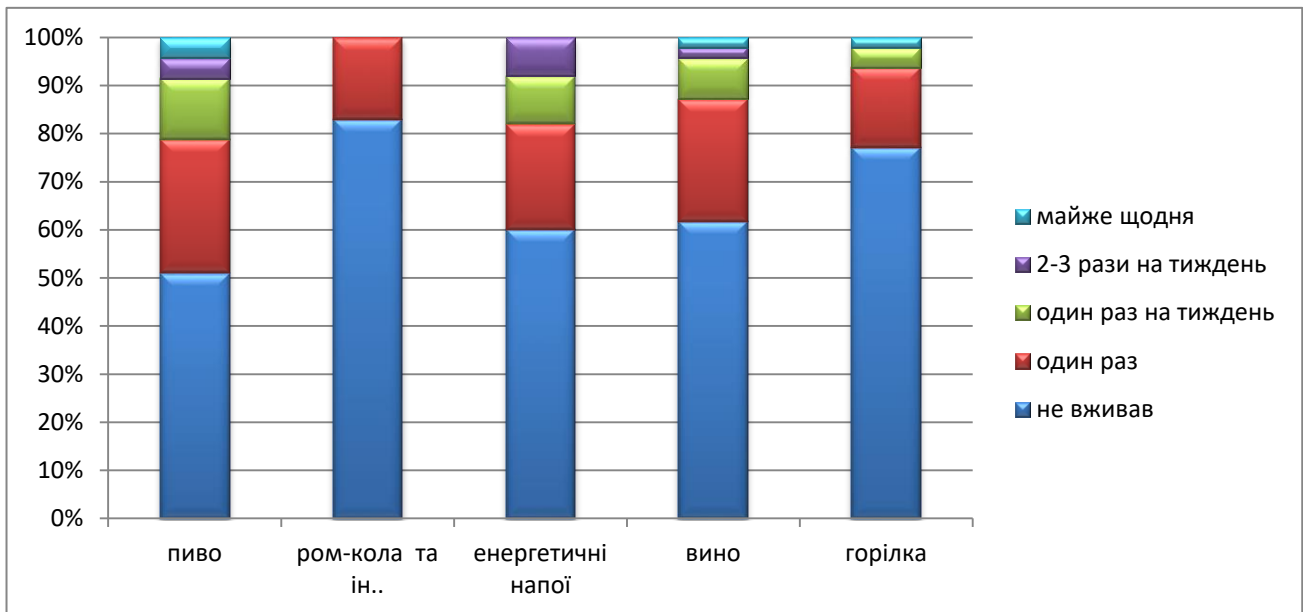


Рис. 2.12. Розподіл відповідей хлопців 17 років на питання: «Як часто Ви споживаєте перелічені спиртні напої?», %

У ході дослідження представляв інтерес також аналіз відповідей дівчат 16-17 років щодо вживання алкоголю. Саме ця група респондентів, приймаючи спиртні напої, усвідомлено погіршує, в першу чергу, своє репродуктивне здоров'я. Результати показали, що найбільший відсоток респонденток пробували вино (42%), пиво (27%), енергетичні напої (20%). При цьому один і більше разів на тиждень п'ють пиво 8% дівчат, вино – 10%, енергетичні напої – 5%, горілку – 2% (див. рис.2.13).

Заслуговує уваги також інформація щодо віку залучення респондентів до вживання алкоголю. Дослідження продемонструвало, що частина респондентів скуштували смак алкоголю ще в ранньому дитинстві. Так, у віці 7-11 років алкоголь пробували 14% дівчат і 12% хлопців, яким на момент опитування було 15 років. Це свідчить про те, що кожен сьомий підліток цієї вікової групи випробував алкоголь в сім'ї.

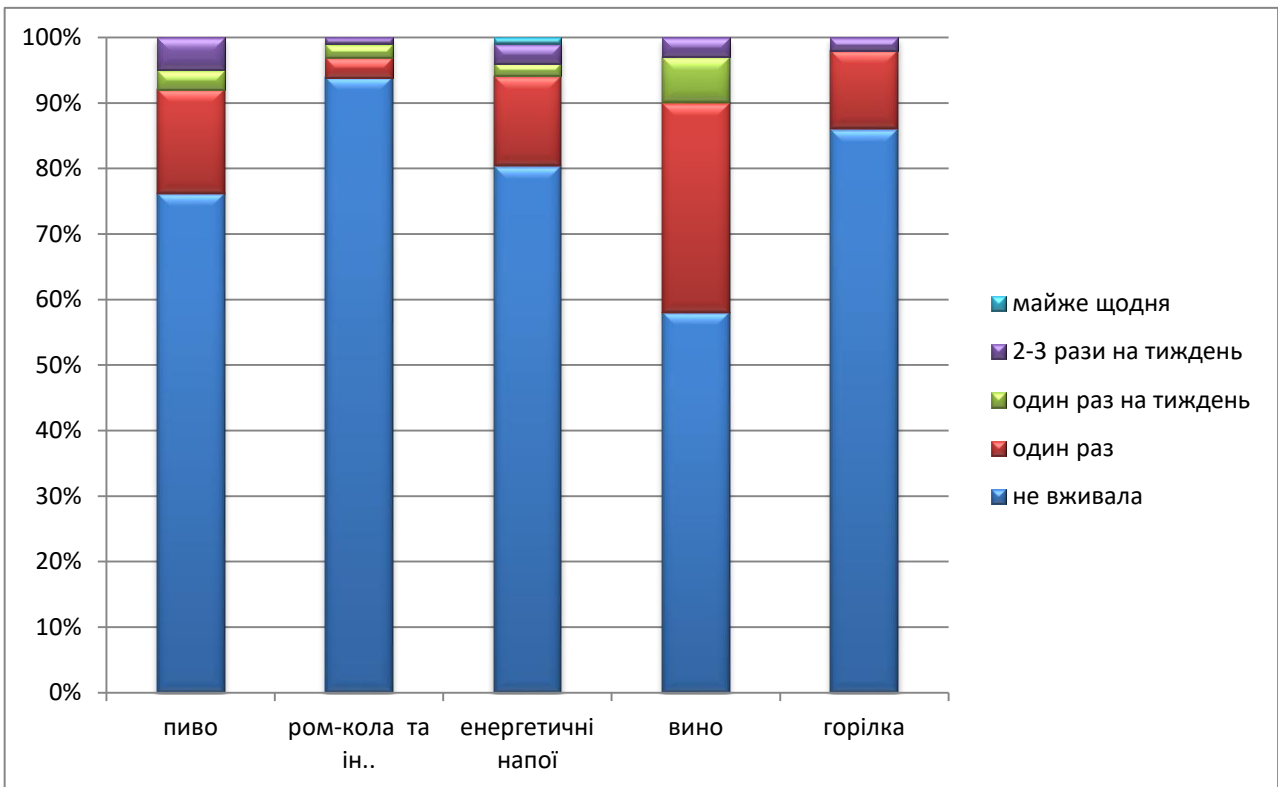


Рис. 2.13. Розподіл відповідей дівчат 17 років на питання: «Як часто Ви споживаєте перелічені спиртні напої?», %

Разом з тим, найбільший відсоток респондентів, що спробували смак спиртного відноситься до віку 12-14 років. У цьому діапазоні 37% дівчат і 42% хлопців (див.рис.2.14).

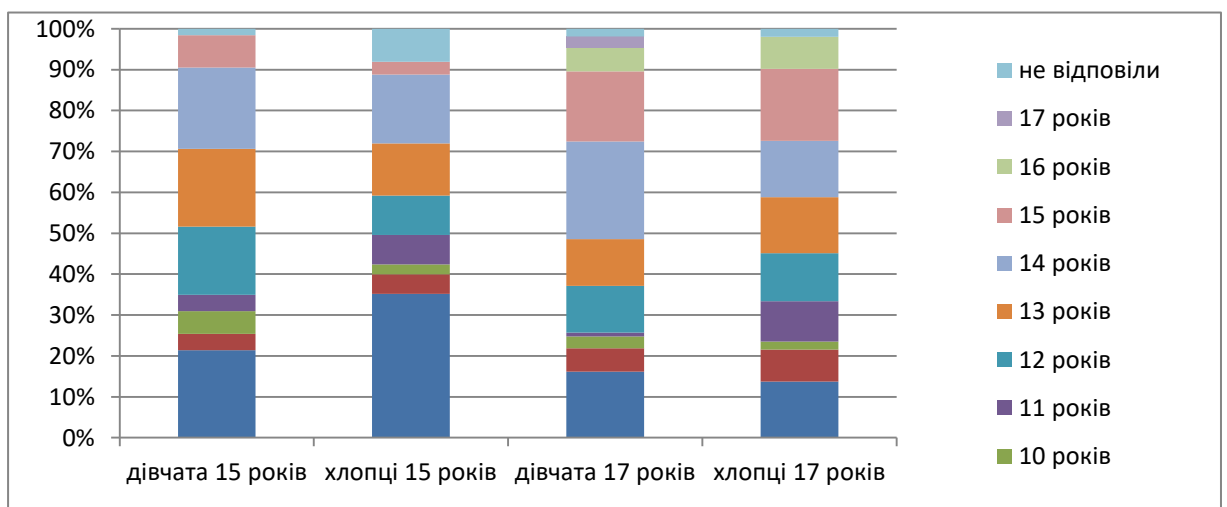


Рис. 2.14. Розподіл відповідей підлітків 15 років на питання: «В якому віці Ви вперше спробували алкоголь?», в %

Узагальнення наведених даних щодо шкідливих звичок дозволяє стверджувати, що у сукупності трохи більше третини підлітків стабільно залучені до позитивних практик в рамках здорового способу життя.

Важливою складовою здорового способу життя є фізична активність та відпочинок. Дослідження свідчать, що «практично кожен четвертий підліток (23,7%) щодня займається фізично активною діяльністю не менше години на день. Такий рівень активності більшою мірою характерний для хлопців, порівняно з дівчатами, відповідно 27,8% та 19,4%. Також отримані результати засвідчили прямо пропорційну залежність: чим молодший підліток, тим вищий його рівень фізичної активності – від 30% серед 10–11-річних, котрі щоденно займаються фізичною активністю понад годину, до 17% серед 16–17-річних» [216, с. 75]. «Повна відсутність фізично активної діяльності властива 6% опитаних підлітків, низька активність (один день на тиждень від години на день) – ще 5,8%. Переважають серед таких підлітки 16–17 років. Важливо відмітити, що існують значні статеві особливості щодо фізичної активності. Так, дівчата частіше повідомляють про низький рівень фізичної активності, ніж юнаки» [216, с. 76].

За даними наших досліджень, протягом останнього місяця займалися щодня спортом 39 % респондентів, при цьому даний показник значно вищий у хлопців (46,5 % проти 33 % у дівчат). Не займалися спортом в цілому 13 %, серед дівчат до такої категорії прилічили себе 15 %, роблять зранку зарядку лише 17 % підлітків. Прогулянки на свіжому повітрі здійснюють щодня 53% підлітків, 38 % – декілька разів на тиждень, 7% – дуже рідко, 2% – ніколи. Поряд з цим 10 % респондентів позначили, що повертаються додому з прогулянки о 23 годині, 6 % – опівночі та пізніше. Наведені дані свідчать, що практики, які існують у родинах, дійсно наслідуються.

«Для відновлення сил людині, а особливо молодій, необхідний здоровий сон. У разі недостатньої або надмірної кількості сну людина ризикує захворіти на депресію чи синдром хронічної втоми тощо та, позбавляючи себе необхідних годин відпочинку, зазнає ризику розвитку високого кров'яного тиску і серцево-судинних захворювань. Серед усіх опитаних віком 10–17 років майже кожен шостий (18,3%)

респондент зазвичай лягає спати опівночі чи пізніше в дні, коли завтра потрібно йти до навчального закладу. Серед дівчат таких 16,6%, а серед юнаків – 20,0%. Частка тих, хто пізно лягає в дні навчання, суттєво зростає з віком від 6,6% серед 11-річних до 32,3% серед 17-річних. У вихідні та канікулярні дні частка тих, хто лягає спати після опівночі, стрімко зростає у всіх вікових групах» [216, с. 30]. За даними наших досліджень, режиму 8-годинного сну щодня дотримується лише 34%, дуже рідко – 22 %, ніколи – 5 %.

Тобто у контексті режиму здорового способу життя за позначеними вище показниками можна стверджувати, що живе в ньому приблизно третина сучасних підлітків.

Усі розглянуті компоненти мають свій прояв у дозвіллевих практиках, зважаючи на те, як було зазначено у підрозділі 2.1., що дозвіллеві стратегії також віддзеркалюють спрямованість індивіду на формування та збереження здоров'я.

Для цього ми здійснили співвіднесення дозвіллевих практик та здоров'язбережувальної діяльності підлітків.

Результати емпіричних досліджень¹⁹ дозволили дійти висновку, що сучасне покоління обирає переважно пасивні форми дозвілля (наприклад, дивись табл. 2.5), що не відповідає здоров'язбережувальним процесам. Як демонструє аналіз, перші п'ять рангових місць посідають саме пасивні форми дозвілля, а найбільш розповсюдженими дозвіллевими практиками є «спілкування в соціальних мережах», «прослуховування музики», «просто відпочинок», «зустрічі з друзями, прийом та відвідування гостей», «самоосвітня діяльність» [148]. Ці види дозвіллевих практик, незалежно від корисності, стають такими, що не сприяють здоров'язбереженню. Крім того 60 % респондентів серед усіх видів дозвіллевих

¹⁹ 1) Соціологічне дослідження, здійснене Українським інститутом соціальних досліджень в межах міжнародного проекту HBSC «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2018 р., опитано 13337 учнів та студентів України) ; 2) Міжнародне соціологічне дослідження «Молодь на пограниччях Центральної та Східної Європи», проведено за кураторством в Україні проф. Сокурнянської Л. Г. та проф. Щюдло С. А. (2015 р., опитано 1220 учнів України прикордонних областей); 3) Авторське он-лайн опитування підлітків Немишлянського району м. Харкова щодо обрання ними дозвіллевих практик й відповідності їх здоров'язбережувальній спрямованості способу життя (опитано 362 учня 14-17 років. Із них 60 % дівчата, 40 % - юнаки; підлітків 14-15 років – 75 %, 16-17 років – 25 %).

практик обирають пасивний відпочинок, що, на наш погляд, є також захисною реакцією на інформаційне та психологічне перевантаження. Це теж має певний вплив на стан здоров'я підлітків.

Таблиця 2.5

Найбільш поширені серед підлітків дозвіллєві практики

| Ранг | Види занять у вільний час | |
|------|---|---|
| | Підлітки Немишлянського району м. Харкова | Міські підлітки Харківської області |
| 1 | Спілкування в соціальних мережах | Спілкування в соціальних мережах |
| 2 | Прослуховування музичних записів | Прослуховування музичних записів |
| 3 | Просто відпочинок | Просто відпочинок |
| 4 | Зустрічі з друзями, знайомими, прийом і відвідування гостей | Зустрічі з друзями, знайомими, прийом і відвідування гостей |
| 5 | Самоосвіта | Самоосвіта |
| 6 | Прибирання квартири | Спорт та спортивні ігри |
| 7 | Вивчення іноземних мов | Прибирання квартири |
| 8 | Активний відпочинок | Перегляд телевізійних передач |
| 9 | Спорт та спортивні ігри | Прогулянки по місту, |
| 10 | Прогулянки по місту | читання художньої літератури |

Такі види занять, які укріплюють здоров'я («спорт та спортивні ігри», «активний відпочинок»), обирають від 40% до 70% підлітків. Серед підлітків Немишлянського району «спорт та спортивні ігри» посідають лише 9 рангове місце, але більш затребуваними, ніж у міських підлітків в цілому є такі активні форми відпочинку, як велосипедні прогулянки, катання на роликах, скейтбординг, різного роду вуличні квести, що ще раз підкреслює значущість локальних мереж щодо формування здорового способу життя підлітків.

Поряд з цим, дослідження продемонстрували активне занурення підлітків у віртуальну реальність – близько 90 % регулярно спілкуються в мережі Інтернет, майже третина опитаних щоденно грають в комп'ютері. Більшість дітей та підлітків витрачають на ігри на комп'ютері, планшеті (наприклад iPad), смартфоні або іншому електронному пристрої так само, як і для таких цілей, як домашня робота, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook,

спілкування в чатах і використання Інтернету, від півгодини до двох годин на день. У вихідні дні зайнятість такими видами проведення вільного часу зростає до 3–4–5 і навіть понад 6 годин на день. Натомість у вихідні дні з метою виконання домашньої роботи, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook, спілкування в чатах і використання Інтернету електронними пристроями (комп'ютером, планшетом, смартфоном) у вільний час понад 6–7 годин на день користується майже кожен шостий підліток (17,6 %). При цьому переважають серед них дівчата (20,0 % проти 15,2 % хлопців). Користування електронними пристроями в такій кількості часу (понад 6 годин) і для таких цілей протягом тижня (особливо у вихідні дні) актуалізується для підлітків з віком: від 6,8 % серед 10-річних до понад 23 % серед 16–17-річних, що пояснюється більшим контролем батьків над дітьми молодшого віку, порівняно зі старшим підлітковим віком» [216, с.50]. Надмірне захоплення гаджетами за умов відсутності контролю, зокрема самоконтролю, не лише сприяє поширенню гіподинамії, а й різного роду захворювань таких як розлади нервової системи, захворювання ока та постаті .

У ході дослідження²⁰ ми співставили дозвілєві стратегії 14-15 річних та 16-17 річних підлітків як представників різних фаз підліткового віку для визначення місця активних форм дозвілля серед зазначених дозвілєвих занять, маючи гіпотезу про динамічність дозвілєвих практик. При цьому до активних форм ми віднесли наступні: «спорт і спортивні ігри», «туризм, прогулянки за містом», «прогулянки по місту», «активний відпочинок».

Компаративний аналіз показав, що не зважаючи на те, що жоден із них не став домінуючим серед дозвілєвих стратегій підлітків, все ж таки 16-17-ти річні школярі більшою мірою зорієнтовані на активне дозвілля, ніж 14-15-річні. Так серед вікової групи підлітків 16-17 років 71% тих, хто регулярно займається спортом (не рідше 3-х разів на тиждень), при чому цей показник вище серед юнаків – 64,7% проти 55% із числа дівчат. Лише спортом із всіх активних видів дозвілля

²⁰ Авторське он-лайн опитування підлітків Немишлянського району м. Харкова щодо обрання ними дозвілєвих практик й відповідності їх здоров'язбережувальній спрямованості способу життя (опитано 362 учня 14-17 років. Із них 60 % дівчата, 40 % - юнаки; підлітків 14-15 років – 75 %, 16-17 років – 25 %).

займається 11 %, активно відпочивають – 7%, поєднують зазначені дозвіллі заняття 62% респондентів. Забезпечують фізичну активність лише за рахунок піших прогулянок та туризму 11 % юнаків та дівчат даної вікової категорії. Тож фізично укріплюють своє здоров'я біля 80 % респондентів.

Серед чотирнадцяти – п'ятнадцятирічних займаються спортом 64 % підлітків. При цьому лише спорт обирають – 19 %, активний відпочинок – 13 %, а поєднують ці два види дозвілля – 45 % із числа усіх респондентів 14-15 років. Крім того 6 % школярів обирають лише «туризм, прогулянки за містом», «прогулянки по місту» із активних видів дозвілля. Підсумовуючи, можна стверджувати, що біля 70 % чотирнадцяти та п'ятнадцятирічних підлітків в тій чи іншій мірі здійснюють активну фізичну діяльність.

Отже приблизно 70-80 % підлітків обирають дозвіллі практики, що спрямовані на підтримку фізичного здоров'я. Разом з тим, фіксуємо той факт, що майже 20-30 % підлітків ігнорують активні форми дозвілля.

Таким чином, аналіз дозвіллевих практик демонструє достатньо суперечливий їх потенціал для підтримки індивідуального здоров'я. З одного боку, домінують пасивні форми дозвілля, але приблизно у 70-80 % підлітків вони співіснують з активними дозвіллевими практиками, що надає останнім певної якості компенсаторності першої групи.

У ході дослідження ми також з'ясували розповсюдженість шкідливих звичок підлітків з різними домінуючими дозвіллевими практиками. Для цього виокремили три групи підлітків, в яких домінує та чи інша група дозвіллевої діяльності: «активний спосіб життя», «творчі» та «прихильники розваг». До першої групи нами віднесено тих, хто займається спортом, активно відпочиває, займається туризмом тощо. До другої тих, хто віддає перевагу художній та технічній творчості, суспільній діяльності, відвідуванню музеїв тощо. До третьої групи нами віднесено тих підлітків, у дозвіллевих практиках яких переважають відвідування дискотек, клубів, кафе, барів тощо. Аналіз за ними дозволив виявити певні розбіжності щодо реалізації здоров'язберезувальної життєвої стратегії. Так, найменший відсоток тих, хто палить – серед спортсменів (6%) та активно відпочиваючих (4%). Аналогічна

картина серед тих, хто палить електронні сигарети (7% та 0% відповідно). Для порівняння, доля перших та других серед підлітків, які постійно відпочивають в барах, дискотеках – 14% та 13% відповідно.

Стосовно вживання слабоалкогольних та міцних напоїв, то серед респондентів, які систематично займаються спортом та активно відпочивають таких 18% і 4%, 15% і 11%, відповідно. Але серед тих, хто часто буває в дискотеках їх в рази більше – 41% та 46% відповідно.

Що стосується категорії підлітків, для яких домінуючими були такі дозвіллієві заняття як «художня творчість», «технічна творчість», «суспільна діяльність», то вони мало чим різняться від тих, хто займається спортом. Серед них немає школярів із досвідом вживання наркотиків, але такі є в їх дружньому оточенні (від 14% до 17%). Більше вживають міцні напої респонденти, які дозвілля присвячують суспільній діяльності. До речі в їх оточенні більше половини з аналогічними уподобаннями. Взагалі, серед друзів різних категорій підлітків досить багато тих, для кого шкідливі звички стали нормою життя (від 42% до 48%), що дає можливість зробити припущення про ризикогенний характер найближчого оточення підлітків з точки зору здоров'язберезувальних практик.

Звернення до детального аналізу цього припущення виявило, що характер впливу (здоров'язберезувальний чи руйнівний) однолітків та референтної групи, що простежується в таких дозвіллієвих практиках як «зустрічі з друзями, знайомими, прийом і відвідування гостей», «відвідування дискотек, клубів», «відвідування кафе, бару», обумовлений поведінковими стратегіями, ціннісними орієнтаціями, способами діяльності представників даного соціального оточення. В ході опитування з'ясувалось, що 73% респондентів чотирнадцяти – п'ятнадцяти років товаришують з особами, які палять, майже 70% – з тими, хто палить електронні сигарети, три чверті – хто вживає слабоалкогольні напої, майже 60% – вино та міцні напої, близько 20% – з тими, хто хоча б раз вживав наркотичні речовини, більше 35% мають в своєму оточенні осіб, які проявляли агресію по відношенню до інших.

Проте група респондентів шістнадцяти – сімнадцяти річних, як свідчить

дослідження, більш виважено обирає своє оточення. Так до кола спілкування майже 40 % підлітків входять особи, що палять звичайні сигарети, 35 % – палять електронні сигарети, майже 50 % та 40 % – вживають слабоалкогольні та міцні напої відповідно, кожен десятий спілкується з тими, хто вживав наркотики, кожен п'ятий – хто агресивно поведився з іншими.

Тож соціальне оточення підлітків, що має своє віддзеркалення в дозвіллевій практиці «зустрічі з друзями, знайомими, прийом і відвідування гостей» (4-5 рейтингове місце) примножує ризики здоров'я руйнівного характеру. Протистояти такому деструктивному впливу може особистісна опірність підлітків, що формується під впливом таких інституцій як сім'я та освіта.

Викликає занепокоєння і стан духовного здоров'я підростаючого покоління. Відомо, що на духовність підлітка та його соціальне самопочуття впливають такі види дозвіллевих занять як читання художньої літератури, відвідування музеїв, театрів, концертів, відвідування кінотеатрів, художня творчість, технічна творчість, прослуховування музичних записів, зустрічі з друзями, знайомими, прийом і відвідування гостей, спілкування в соціальних мережах тощо. Як показали дослідження, перші п'ять із названих занять не популярні серед підлітків, особливо серед школярів 14-15 років. Так «читання художньої літератури» посідає лише 13 рангове місце, а «відвідування музеїв, театрів, концертів» взагалі останнє, двадцять п'яте. Тож жодне із зазначених дозвіллевих занять не є домінуючим, тому їх вплив не є визначальним.

Разом з тим, не можна ігнорувати факт заміни традиційних дозвіллевих практик новими способами задоволення потреб. Так, за результатами досліджень, слухають музику в Інтернеті 47,9 % українського населення, дивляться фільми, серіали – 41,2 %, дивляться фотографії, образотворчі матеріали відповідно 15,6 % [225]. Отже відбувається трансформація дозвіллевих практик, активне перенесення їх в Інтернет-мережу, що полегшує просторову та фінансову доступність певних дозвіллевих занять з одного боку, і в той же час відкриває вільний доступ до «агресивних форм культури», що, на наш погляд, й обумовлює високий рівень агресивності в підлітковому середовищі.

Таким чином, у сучасному суспільстві домінують пасивні форми відпочинку, що призводить до поширення ряду соматичних розладів, пов'язаних з гіподинамією, а вільний час підлітків не використовується як ресурс з демонстрування готовності здійснювати здоров'язбережувальну діяльність, тобто слідувати принципам здорового способу життя.

Як зазначалося нами у підрозділі 2.1, сьогодні можна говорити про різні стилі життя підлітків, у тому числі щодо власного здоров'я. Звернення до запропонованої нами типології підлітків з огляду на їх здоров'язбережувальний стиль життя з використанням емпіричних даних підтвердило, що жоден із стилів не існує в чистому вигляді, в дійсності відбувається їх комбінування.

У ході аналізу даних нашого дослідження ми виявили, що із числа тих підлітків, які регулярно займаються спортом та спортивними іграми, тобто проявляють високу фізичну активність:

- не викаркують жодної сигарети – 93,4%;
- не вживають слабоалкогольні напої – 80,3%
- не вживають міцні алкогольні напої – 85%
- жодного разу не спробували наркотичні речовини – 98%
- не проявляли агресивних дій по відношенню до інших – 87%
- вважають, що основними умовами для збереження здоров'я є відмова від шкідливих звичок та дотримання правил здорового способу життя – 88%;
- вважають здоров'я головною життєвою цінністю (ранг 7,8) – 87,7%
- дотримуються режиму сну – 39%.

Серед тих, хто вживає міцні алкогольні напої:

- 82% вважають здоров'я головною життєвою цінністю;
- 50% вважає необхідним для підтримки здоров'я відмову від шкідливих звичок та дотримання правил здорового способу життя;
- 41% іноді роблять зарядку;
- 73% проводять дозвілля, пасивно відпочиваючи;
- 23,5% проявляють агресію по відношенню до інших;
- 100% мають друзів, які теж вживають міцні алкогольні напої.

Також нами виділена група підлітків, яку умовно можна назвати здоров'яруйнівною, що складає приблизно 6% від загального числа респондентів, об'єднуючими критеріями якої є:

- матеріальне благополуччя як найвища життєва цінність,
- гроші, щоб гарно відпочивати та харчуватися, як головна умова для збереження здоров'я;
- вживання ними та їх друзями міцних алкогольних напоїв;
- прояви агресії по відношенню до інших;
- одними із основних форм дозвілля є щоденне спілкування в соціальних мережах, гра щоденно в карти, регулярне (до 3-4 разів на тиждень) відвідування барів.

Якщо взяти категорії підлітків, які переконані, що головними умовами збереження здоров'я є відмова від шкідливих звичок та дотримання здорового способу життя, то серед них лише 58% роблять регулярно зарядку. А поряд з цим 3% палять, 16% вживають слабоалкогольні напої та майже 18% міцні, кожен шостий ніколи або лише декілька разів на місяць займався спортом.

Отримані дані, безумовно значною мірою залежать від ціннісного компоненту здоров'я та здорового способу життя підлітків. У нашому дослідженні²¹ на питання: «Які умови для збереження здоров'я Ви вважаєте найбільш важливими?» близько 80 % респондентів зазначили: «здоровий спосіб життя». Трохи більше половини підлітків вбачають важливим відмову від шкідливих звичок, 40 % – отримання знань про способи збереження та зміцнення здоров'я. Значний відсоток підлітків вважають основними умовами збереження здоров'я якість життя (32%), якісне медичне забезпечення (19%) та екологічну безпеку (34%) (див. рис.2.15).

²¹ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % – юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

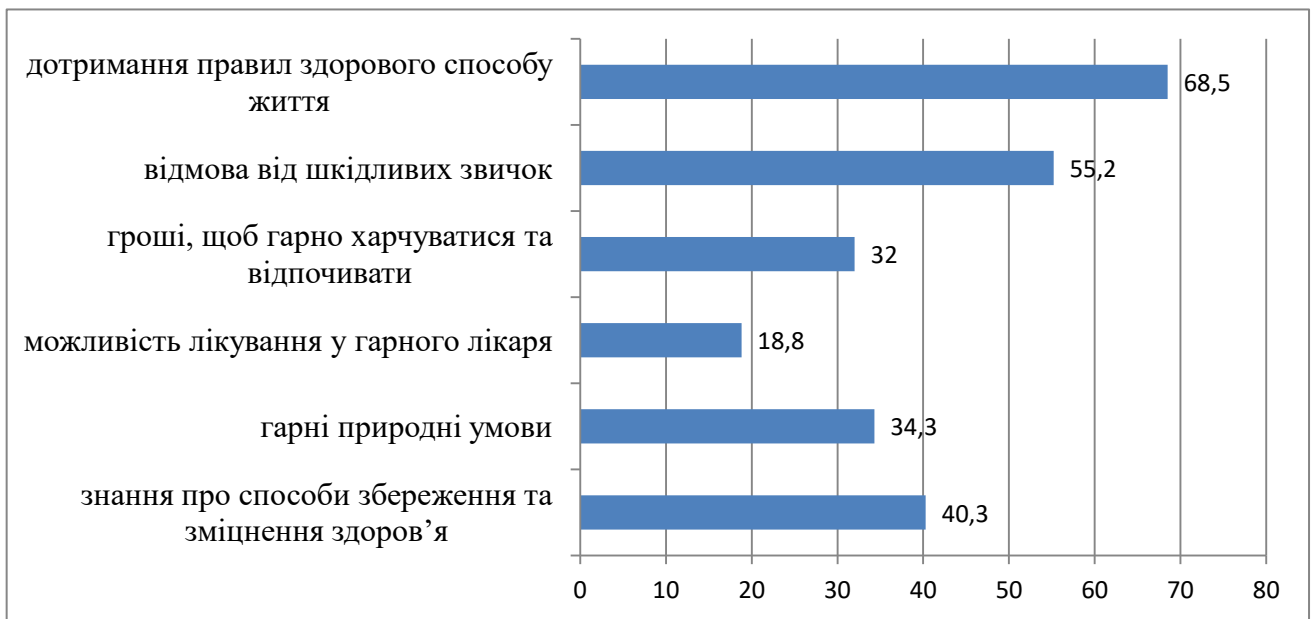


Рис.2.15. Розподіл відповідей на питання: «Які умови для збереження здоров'я Ви вважаєте найбільш важливими?», %

Отже переважна більшість підлітків розуміє важливість ведення здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я, проте для досягнення результативності варто позитивно ставитись до його складових та підкріплювати це власною поведінковою стратегією.

Як зазначають науковці, рівень усвідомленості поведінки стосовно здоров'я можна зафіксувати за уявленням підлітків про здоровий і нездоровий способи життя, іншими словами від рівня інформованості підлітків залежить їх ставлення до здоров'я та обрання відповідних поведінкових практик.

Аналіз відповідей підлітків, отриманих під час дослідження²² на питання про джерела інформації щодо здорового способу життя свідчить, що основним її джерелом є батьки (60,8 %), наступним – Інтернет-ресурси (39%) і лише потім – педагоги (25 %) (див. рис. 2.16)

²² Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % – юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)



Рис.2.16. Розподіл відповідей на питання: «Найбільш важливу інформацію про здоровий спосіб життя за останній місяць ти отримав від...», %

Інформацію про шкідливі звички підлітки черпають з наступних основних джерел: батьки (45,6%), соціальні мережі (38%), педагоги (26%) (див. рис.2.17)

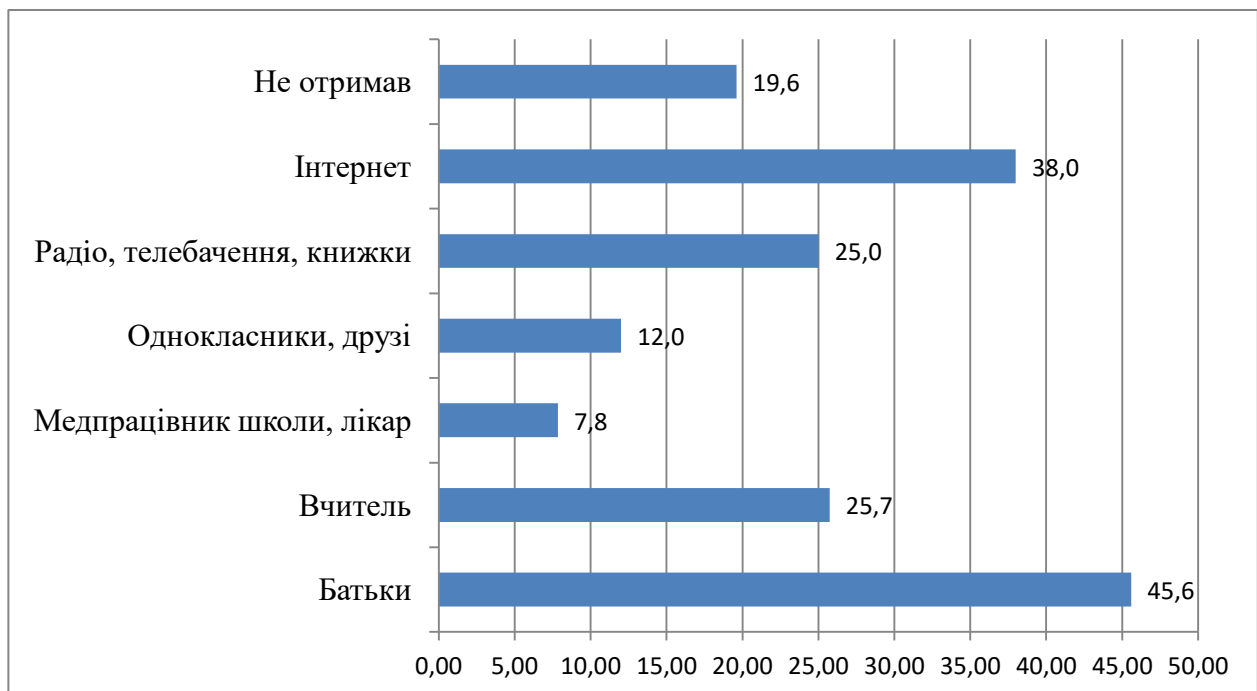


Рис.2.17. Розподіл відповідей на питання: «Найбільш важливу інформацію про шкідливі звички за останній місяць ти отримав від...», %

Таким чином, джерела інформації про здоровий спосіб життя та шкідливі звички є мультирівневими для сучасних підлітків: від мікрорівня до макро-. А це визначає коло суб'єктів, які можуть бути залучені до надання підлітку необхідної інформації й формування в нього мотивації на здоровий спосіб життя та зняття демотивуючих факторів.

Важливим фактором здоров'язбережувальної поведінки виступає аксіологічне ставлення до здоров'я. Саме його місце в системі життєво важливих цінностей визначає особливість способу життя індивіду. Як було показано в підрозділі 1.1, здоров'я – це одна з життєвих цінностей. Тож ціннісне ставлення до здоров'я як власного капіталу спонукає особистість бережливо ставитися до нього й обирати здоровий спосіб життя.

У ході одного з досліджень²³ респондентам запропоновано було оцінити цінність здоров'я за шкалою від 1 (найменш важливе) до 8 (найбільш важливе). Результати продемонстрували, що найвищий ранговий бал «здоров'я» отримало у 66% респондентів (65% дівчат та 68% хлопців), для яких воно є найважливішим в житті. Для 15 % здоров'я входить до групи домінуючих життєвих цінностей, поступаючись родинно-сімейним стосункам; 8 % підлітків вважають можливим поступитися здоров'ям заради інших цінностей. 11 % підлітків воліють жити, не думаючи про здоров'я.

Ці дані корелюють з тими, що отримані в ході вивчення ступеня піклування про власне здоров'я. Тож, не усвідомлюючи цінність здоров'я підлітки відповідно й ставляться до нього, не проявляючи необхідний рівень турботи. Поряд з цим, на наш погляд, здоров'я для підлітків скоріше за все виступає «суспільною загально визнаною цінністю», що не завжди підтверджується поведінковими практиками. Саме вони, з одного боку є наслідками ставлення до власного здоров'я, з іншого – причиною його укріплення чи ослаблення. Набір тих чи інших дій підлітків дозволяє характеризувати їхній спосіб життя як здоровий або навпаки.

²³ Авторське он-лайн опитування підлітків Немишлянського району м. Харкова щодо обрання ними дозвілєвих практик й відповідності їх здоров'язбережувальній спрямованості способу життя (опитано 362 учня 14-17 років. Із них 60 % дівчата, 40 % - юнаки; підлітків 14-15 років – 75 %, 16-17 років – 25 %).

Зважаючи на те, що здоров'я – це значною мірою «результат свідомої поведінки людини та всіх у суспільстві» (І. Брехман), нам цікаво було проаналізувати самооцінку підлітків власної поведінки щодо піклування про здоров'я, безпечності поведінки щодо формування шкідливих звичок, відповідності поведінкових практик принципам здоров'язбереження.

Як продемонстрували результати дослідження²⁴, належно піклуються про своє здоров'я трохи більше 50 % респондентів, взагалі не піклуються – близько 5%. Слід додати, що питанню збереження здоров'я та його зміцненню приділяють більшу увагу юнаки 17 років на відміну від їх однолітків-дівчат. Кожен одинадцятий п'ятнадцятирічний юнак взагалі безвідповідально ставиться до власного здоров'я (див.рис.2.18).

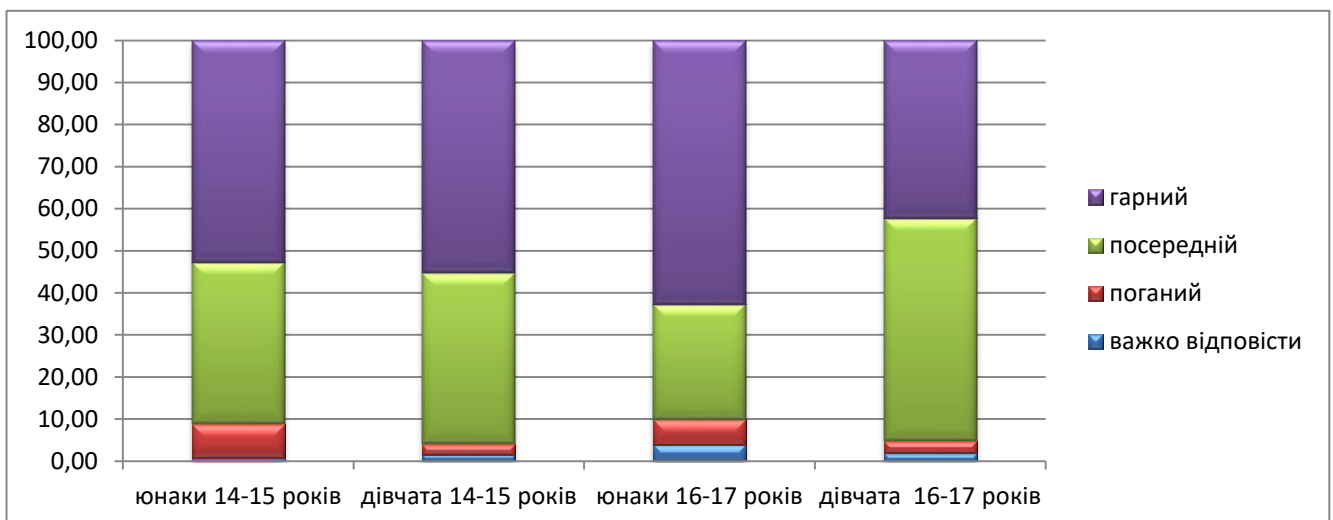


Рис.2.18. Розподіл відповідей на питання: «Як ви оцінюєте рівень піклування про власне здоров'я?», %

Висока доля тих, хто оцінює рівень власного піклування про здоров'я як «гарний» та «посередній» обумовлена на наш погляд наступними факторами:

- належною організацією занять з фізичної культури в рамках навчальної програми;

²⁴ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

- доступністю до спортивної інфраструктури, зокрема до сучасних спортивних майданчиків на території району й конкретно окремих шкіл;
- регулярним контролем за станом здоров'я підлітків через обов'язкові поглиблені медичні огляди;
- подовженим періодом відпочинку в канікулярний час.

Таким чином, самооцінка здоров'язбережувальних практик підлітків, які можуть виступати індикаторами здорового способу життя є досить високою. Поряд з цим, більш значущими характеристиками такого способу життя виступають реальні дії щодо власного здоров'я. Але, як було продемонстровано вище, в цьому аспекті існує низка протиріч між декларативним характером оцінок підлітків своєї поведінки відносно здоров'я та реальними поведінковими практиками.

Взагалі ми маємо можливість фіксувати наявність певної групи підлітків, які дотримуються більшості правил здорового способу життя, бо для них здоров'я є найвищою життєвою цінністю. Існує й інша група, в якій респонденти намагаються час від часу дотримуватися правил здорового способу життя, бо усвідомлюють його значення для підтримки здоров'я. Третя група включає тих, хто «за компанію» долучаються до тютюнопаління чи вживанню алкоголю, пасивно проводять дозвілля, майже не приділяють уваги фізичному розвитку та вдосконаленню, за виключенням ранкової зарядки, та й то іноді. При цьому більшість із них розуміє цінність здоров'я та декларує необхідність відмови від шкідливих звичок. Проте деструктивне соціальне оточення превалює щодо визначення їхніх поведінкових стратегій. У ході нашого дослідження виокремлено мізерну групу підлітків, яким притаманний у чистому вигляді ризиково-активний стиль життя. Приблизно 2,0 % підлітків виявили такі поведінкові практики, як азартні ігри, пасивний відпочинок, а також, поряд з агресивністю та усім різноманіттям шкідливих звичок, бажання суспільного визнання. Ми припускаємо, що дана категорія може пропагувати асоціальну поведінку й негативно впливати на схильних до ризику особистостей.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що в цілому спосіб життя підлітків має протирічливий характер. В тій чи іншій мірі здоровий спосіб життя притаманний трохи більше третині сучасних українських підлітків, а з урахуванням

ситуативності поведуник – 3/5. Характерною рисою його реалізації є лоскутний характер, тобто здоровий спосіб життя реалізується через окремі практики, а не їхню сукупність, що знижує його потенціал. Здоров'яруйнівний спосіб життя характерний для 2/5 підлітків.

Висновки до розділу 2

У розділі узагальнено особливості підлітків як соціально-демографічної групи, а також їхнього способу життя з урахуванням приналежності до покоління «Z». Показано, що нижня вікова межа підліткового віку визначається біологічними особливостями особистості, а верхня – суспільно прийнятими нормами соціальної зрілості, що формує двоїстість цього періоду життя.

Позначено, що спосіб життя підлітків детермінується особливостями їхньої соціальної взаємодії з різними соціальними суб'єктами, які складають соціальне оточення підлітків. Саме вони максимально впливають на процеси їхнього рольового самовизначення та самоствердження, на спосіб життя, в тому числі й щодо власного здоров'я.

Показано, що для аналізу сучасних підлітків та їхнього способу життя використовуються різні теоретичні конструкти, які акцентують увагу на їхніх стрижневих характеристиках, що надає можливість концентрувати увагу на важливих маркерах способу життя підлітків, зокрема значного ступеня залучення до Інтернет-мереж та онлайн комунікації.

Мережевий характер сучасного суспільства поєднує у життєвому світі підлітків різні за спрямованістю та змістом мережі. Тож спосіб життя сучасних підлітків різниться своєю варіативністю, надаючи можливість досліджувати стилі життя підлітків. Стилізація життя передбачає певний спектр доступних можливостей, серед яких підліток обирає ті, що співвідносяться з його цінностями та цілями. На основі виокремлення характерних рис підлітків, які обумовлюють домінування певних поведінкових практик (здоров'язбережувальних/здоров'яруйнівних) запропоновано авторську типологію здоров'язбережувальних стилів життя сучасних підлітків, в основі якої – ціннісне ставлення підлітка до

здоров'я, рівень поінформованості щодо здоров'язбережувальних практик та поведінкова активність підлітка щодо збереження власного здоров'я: здоров'язбережувальний активний; здоров'язбережувальний ситуативний; ризиково-пасивний; ризиково-активний.

Систематизовано практики соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я, що реалізуються для формування здорового способу життя сучасних підлітків. Їх аналіз продемонстрував, що в сім'ї співіснують здоров'язбережувальні і здоров'яруйнівні практики, що сприяє формуванню ситуативного, нестійкого характеру здорового способу життя підлітків. Аналіз шкільних практик з формування здорового способу життя підлітків продемонстрував, що значно змінюються законодавчо-нормативні складові функціонування школи в цьому напрямку, а основими напрямками, які реалізуються школами в цьому напрямі є: структурно-організаційні; змістові; освітньо-технологічні; інформаційно-просвітницькі. Розгляд практик інституту охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків показав, що можна виокремити п'ять основних соціальних суб'єктів, які залучені до цих процесів: підліткові кабінети, сімейні лікарі, шкільна медична служба, інститути охорони здоров'я дітей та підлітків, «Клініки, дружні до молоді?». Аналіз їхньої діяльності, в тому числі і закордонного досвіду, дозволив дійти висновку про наявність протиріччя цієї роботи на організаційному рівні: з одного боку, їхня діяльність створює певну мережу, спрямовану на сприяння здоровому способу життя підлітків, а з іншого – можна говорити про руйнування мережевих компонентів інституту охорони здоров'я, що не сприяє формуванню здорового способу життя підлітків. Звернення до практик мережевої взаємодії інституту охорони здоров'я та шкіл задля підвищення ефективності практик формування здорового способу життя підлітків дозволило угрупувати ризики цієї діяльності: ризики залучення кадрового медичного складу, ризики професійної медичної діяльності, ризики управління.

Узагальнення статистичних даних щодо стану здоров'я підлітків та даних соціологічних досліджень щодо їхнього здорового способу життя дозволило зафіксувати несприятливі тенденції: зростання за останні десять років захворювань

серед українських дітей, поширеність хронічних захворювань, збільшення контингенту дітей-інвалідів тощо. Співставлення об'єктивних характеристик та суб'єктивних оцінок здоров'я підлітків дозволило виокремити коло протиріч: між реальним станом здоров'я та його самооцінкою; між самооцінкою здоров'я та рівнем задоволеності ним; між сприйняттям першорядності здорового способу життя у порівнянні із зовнішніми чинниками впливу на стан здоров'я та відсутністю мотивації позитивного відношення до індивідуального здоров'я; між рівнем поінформованості про способи збереження здоров'я та реальними діями щодо власного здоров'я.

Розгляд здорового способу життя підлітків крізь призму показників, що відповідають його чотирьохсферній моделі, продемонстрував, що його дотримується незначна частка підлітків. Найбільш суперечливими складовими є такі, як харчування, фізична активність, уникнення шкідливих звичок та залежностей. Показано, що сучасне покоління обирає переважно пасивні форми дозвілля, що не відповідає здоров'язбережувальним трендам способу життя. Переважна більшість підлітків розуміє важливість ведення здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я, проте це не завжди відбивається на їхній власній поведінковій стратегії. Узагальнення наведених даних дозволяє стверджувати, що в сукупності трохи більше третини підлітків стабільно залучені до позитивних практик у рамках здорового способу життя.

Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора [72; 148; 248; 249; 254; 255; 297].

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ МЕРЕЖЕВИХ ВПЛИВІВ СОЦІАЛЬНИХ ІНСТИТУТІВ СІМ'Ї, ОСВІТИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

3.1 Трансформація впливів соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків

Як теоретично обґрунтовано нами у підрозділі 1.2, соціальні інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я мають значний потенціал виконання функцій, пов'язаних з формуванням та підтримкою здорового способу життя підлітків. На практичному рівні, як показано у підрозділі 2.2, вони здійснюють різноманітні практики для реалізації функцій, пов'язаних з цим. Але, як демонструють емпіричні дослідження (див. підрозділ 2.3), стан здоров'я підлітків погіршується, а здорового способу життя дотримується приблизно третина підлітків. Це свідчить про наявність «розривів» між практиками реалізації соціальними інститутами сім'ї, освіти та охорони здоров'я функцій щодо формування здорового способу життя підлітків та результатами таких практик. Це підводить нас до необхідності аналізу наявності впливу зазначених соціальних інститутів на компоненти здорового способу життя, що дозволить вийти на практичні рекомендації щодо їхнього корегування.

Для визначення пріоритетів такого аналізу, перш за все, звернемося до підліткових оцінок суб'єктів, які впливають на формування та реалізацію ними здорового способу життя. При цьому зауважимо, що формування здоров'язбережувальної або ризикової поведінки щодо власного здоров'я відбувається під впливом соціального оточення, і в першу чергу соціальної групи, до якої належить підліток, школи, родини тощо.

Дослідження²⁵ демонструє, що перше місце в цьому впливі посідає близьке

²⁵ Соціологічне дослідження соціально-гігієнічних чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %).

оточення. Так, для 18,2% хлопців та 8,3% дівчат значима порада батька, порада матері – для 31,8% хлопців та 45,0% дівчат. Що стосується братів/сестер, однокласників, вчителів, то до їхньої думки прислухається не більше 1,5% респондентів. Трохи більше підлітків (9,4 % хлопців та 5,7% дівчат) дослухається до порад друзів. Тож важливим постає аналіз впливу інституту сім'ї на здоровий спосіб життя підлітків.

«Сім'я, в якій зростає дитина, є одним з головних факторів її розвитку та подальшого благополуччя. В умовах сучасного суспільства роль батьків зростає порівняно з попередніми епохами. На сьогодні важливим фактором формування щасливої та гармонійної особистості є не лише наявність батьків та забезпечення ними вітальних потреб (їжі, одягу, житла), а й їхня емоційна залученість до процесу зростання дитини» [216, с. 32]. Відповідно мова йде як про матеріальні, так і нематеріальні аспекти впливу.

Для оцінки такого впливу ми використали три типи даних: прямий вимір практик родини; процедуру однофакторного дисперсійного аналізу, яка дозволяє визначити наявність впливу незалежної змінної (у нашому випадку соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я) на залежну змінну (компоненти здорового способу життя); та угруповання показників здорового способу життя на «здоров'язберезувальні практики» (наприклад, заняття спортом, вживання соків тощо) та «здоров'яруйнівні практики» (наприклад, вживання нецензурної лексики, тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв тощо).

Перший аспект щодо наявності у родині тих чи інших практик для наслідування здорового способу життя демонструє, що, крім позитивних, як було показано у підрозділі 2.2, існують ті, які знижують мотивацію на реалізацію здорового способу життя у підлітків (див. таблицю 2.1): практики тютюнопаління поширені серед більш ніж третини батьків, 1/5 частини матерів, 16,2% бабусь або дідусів. Вживають алкоголь у родинях від 17,2% до 35,5% дорослих.

Поряд з цим, не можна ігнорувати розповсюдженість сімей, які мають риси, що можуть негативно впливати на практики наслідування підлітків. Так, як свідчить статистика, в Україні кожна п'ята сім'я – неповна, і в 90 % таких сімей

дітей виховує самотня мама, якій складно підтримувати належний рівень фінансового забезпечення. Слід взяти до уваги становище певної кількості сімей, які віднесено до категорії тимчасово переміщених. Побут таких сімей більшою мірою спрямований на виживання. Щодо матеріального становища українських сімей, то за результатами соціологічного дослідження більше ніж 70% сімей зазначили, що за останній рік воно погіршилося [165].

Дослідження²⁶ демонструють, що більш ніж третина підлітків спостерігають неадекватну поведінку власних батьків, що сприяє копіюванню ними негативних практик поведінки. Разом з тим є певна когорта підлітків, у яких шкідливі звички батьків викликають негативні емоції: огиду у 19,0 % підлітків, коли батько палить та у 25,2% коли це робить мати; неприязнь відчувають 32,9 % та 28 % відповідно. При цьому байдужі до паління батька 38,6%, матері – 30,8 %.

Певною ілюстрацією до впливу конфліктогенного сімейного середовища на спосіб життя підлітків є інформація щодо причин конфліктів між підлітками та їх батьками. Як показало дослідження, сварки виникають у 25,8% підлітків через проблеми у навчанні, у 27,0% – через їх небажання допомагати в домашніх справах, у 18,6% – через нерозуміння батьками. І лише 2,5% респондентів зазначили таку причину конфліктів як підліткові шкідливі звички.

Це з одного боку, може свідчити про типовість (з точки зору сім'ї) практик щодо звичок підлітків як позитивних, так і негативних, а з іншого – про байдужість до цих питань з боку батьків.

Зважаючи на позначені тенденції, можемо констатувати, що для сучасних підлітків у сімейному середовищі існують певні негативні практики для наслідування, які не сприяють формуванню у них здорового способу життя.

Поряд з цим, не всі з цих практик позитивно сприймаються підлітками, що доводить наявність впливу інших інституцій. Саме тому важливо виявити точки впливу сім'ї на компоненти здорового способу життя підлітків. Так,

²⁶ Соціологічне дослідження чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %)

однофакторний дисперсійний аналіз щодо харчових вподобань, які формуються інститутом сім'ї ще в перші роки життя дитини, з вірогідністю 0,05 показав, що і сім'я впливає на вживання підлітками соків, ковбасних виробів, риби, молока, сирних продуктів, свіжих фруктів, різного роду соусів, зокрема майонезу (див. табл.5 у Додатку А.).

Аналіз емпіричних даних дозволяє також стверджувати, що батьки впливають на вік першого вживання алкогольних напоїв, наркотичних речовин та початок інтимних стосунків. Проте цей вплив значно слабкіший у порівнянні зі школою. Отримані дані дають можливість також констатувати, що інститут сім'ї має вплив на підлітків у питаннях пов'язаних з палінням (у тому числі його кількісними показниками), вживанням наркотичних речовин, пива, різного роду енергетичних напоїв, слабких та міцних алкогольних напоїв. Це, на наш погляд, пов'язано з поширенням серед батьків таких негативних поведінкових практик як тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин.

Передбаченим є вплив інституту сім'ї на рівень піклування підлітків за індивідуальним здоров'ям, на безпечність поведінки стосовно здоров'я, хоча цей показник є відносно невисоким. Разом з тим, під час аналізу виявлена відсутність будь-якого впливу на емоційну самооцінку підлітками свого здоров'я.

Як позитивне слід зазначити, що батьки впливають на фізичну активність підлітків, зокрема на заняття спортом, що корелює із дозвіллевими практиками, розглянутими нами у підрозділі 2.3 (спорт, активні ігри тощо).

Поряд з цим, як показав однофакторний дисперсійний аналіз, інститут сім'ї має вплив на культуру спілкування підлітків. Але, враховуючи результати дослідження, за якими 34,0% хлопців та 44,0% дівчат використовують нецензурну лексику, вплив батьків в цьому аспекті навряд чи можна вважати позитивним.

Угрупування отриманих даних дозволяє зробити висновок, що родина має вплив на обмежену кількість складових здорового способу життя підлітків, і він майже рівномірно розподілений між «здоров'язберезувальними» та «здоров'яруйнівними» практиками, що ще раз доводить протирічливий характер впливу сучасного інституту сім'ї на здоровий спосіб життя підлітків. Безумовно,

реалізацію виховної функції стосовно формування навичок здорового способу життя ускладнюють численні фактори, зокрема поширення неповних та соціопатичних сімей, недостатній рівень компетентності батьків з питань виховання, дисгармонійні відносини між батьками, авторитарний, ліберальний стилі сімейного виховання чи надмірна опіка дитини, здоров'яруйнівний стиль життя батьків тощо.

Аналіз впливу освітнього закладу на ту чи іншу складову здоров'я засвідчив, що він спроможний суттєво впливати на поведінкові практики, зокрема на паління учнів незалежно від віку, при чому суттєво більше на п'ятнадцятирічних, а це переважно учні 9-х класів, ніж на сімнадцятирічних одинадцятикласників. Слід зазначити, що освітня просвітницька робота має досить вагому дію на учнів 9-х класів щодо зменшення кількості викурених сигарет, аж до повної відмови від куріння (див. табл. А.5).

Відносно вживання наркотиків, що більш актуально для одинадцятикласників, серед яких найбільший відсоток тих, хто спробував їх або продовжує вживати, результати аналізу довели, що освітнє середовище також може вплинути на ці практики. Тож просвітницька робота щодо попередження наркоманії серед підлітків, переважно серед школярів сімнадцяти років, має шанси дати гарні результати.

Передбаченим виявився рівень впливу освітнього закладу в питаннях щодо перших спроб залучення до здоров'яруйнівних практик, зокрема куріння, вживання наркотиків. Більш значним він виявився в питаннях тютюнопаління для учнів 9-х класів, вживання наркотичних речовин для учнів 11-х класів.

За даними проведеного аналізу, школа не в достатній мірі впливає, на ставлення школярів до алкоголю, незважаючи на широкий спектр усіх профілактичних та освітніх програм. Проте виявився певний вплив на регулярність вживання напоїв, зокрема тих, що містять алкоголь. Аналіз даних показав, що школа може змінити ставлення п'ятнадцятирічних підлітків щодо частоти приймання слабоалкогольних напоїв, таких як ром-кола, бренді-кола, при загальному невисокому рівні впливу. Навпаки значний вплив школи

спостерігається на дану складову здорового способу життя серед сімнадцятирічних підлітків щодо різного роду вин, міцних алкогольних напоїв. Разом з тим освітній заклад має низький рівень впливу на кількісні показники щодо вживання підлітками пива.

Ще один напій, який досить популярний в підлітковому середовищі – так званий «енергетик», зростання споживання якого становить небезпеку для здоров'я дитячого організму. Слід зазначити, що до такого ж висновку дійшли фахівці з європейського регіонального офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за підсумками проведеного ними масштабного дослідження, присвяченого вивченню наслідків справжнього «енергетичного» буму, який наклав розвинені країни в останнє десятиліття [183]. Небезпеку становлять складові енергетичних напоїв: кофеїн та алкоголь. Перша речовина викликає неврологічні і серцево-судинні порушення, депресію, зниження когнітивних здібностей, а також призводить до формування залежності і взагалі до схильності до ризикованої поведінки, що веде до наркоманії та алкоголізму, про що не мають гадки підлітки. Дія другої підліткам уже відома.

Слід зазначити як позитивне, що школа через різні освітні програми має вплив на старших школярів щодо регулярності вживання енергетичних напоїв і цей вплив суттєво зростає з їх дорослішанням.

Підкреслимо, що несподіваним виявився рівень впливу освітнього закладу на сексуальну поведінку підлітків. При цьому характер впливу на п'ятнадцятирічних та сімнадцятирічних школярів досить різний. У першій категорії майже не спостерігається така дія через те, що близько у 90 % відсотків підлітків цього віку ще не було жодної спроби інтимних стосунків (до речі, цей показник серед дівчат досягає 96%). Проте для одинадцятикласників питання сексуальної поведінки набуває актуальності (мали досвід інтимних відносин в цілому 43,5 %, серед хлопців – 64,3 %, дівчат – 34,4 %). Тож систематична просвітницька робота шкіл щодо попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ-інфекції має свої наслідки. Характер впливу даної діяльності на сімнадцятирічних підлітків виявився суттєвим.

Взагалі слід зауважити, що системна профілактична робота щодо попередження шкідливих звичок повинна здійснюватися якомога раніше, щоб сформувати стійкі переконання стосовно руйнівного впливу їх на здоров'я. При цьому вкрай необхідно змінювати саму стратегію профілактичної роботи у школі.

Вплив освітнього закладу стосовно харчових уподобань підлітків обмежений та неоднозначний в різних вікових групах. Так, школа може впливати в різній мірі на вживання п'ятнадцятирічними підлітками копченостей, молока, сирів, при цьому – майже ніяким чином на сімнадцятирічних, за виключенням рибних продуктів. Позитивним є реальний вплив школи на вживання підлітками «шкідливої» їжі, зокрема фастфудів, чіпсів, сухариків, продуктів швидкого приготування та так званої «вуличної» їжі. Програми «Здорового харчування», що започатковані в закладах освіти виявились досить ефективними й сприяли підвищенню впливу інституту освіти на обрання підлітками «здорових» продуктів харчування. Внаслідок цього школа суттєво впливає на обмеження споживання підлітками «вуличної» їжі, при цьому більш суттєво на учнів 9-х класів, ніж на учнів 11-х. Також виявлений майже рівноцінний вплив школи на підлітків щодо вживання ними продуктів швидкого харчування, при цьому суттєво більший на сімнадцятирічних. При цьому слід зауважити, що відносно споживання чіпсів, сухариків, фастфудів, школа має важелі впливу лише на учнів 9-х класів. Навчальний ритм сімнадцятирічних лише сприяє такій формі харчування як «перекуси», тож найчастіше вони вимушені обирати таке нездорове харчування.

Слід зазначити, що школа може також впливати на культуру спілкування п'ятнадцятирічних підлітків, особливо в тому, що стосується ненормативної лексики.

Таким чином, школа як і сім'я має вибірковий вплив на різні аспекти здорового способу життя підлітків [247]. Угрупування напрямків такого впливу демонструє переважання в проблемних для здорового способу життя підлітків компонентах, що можна пояснити обмеженістю практик для наслідування в цьому соціальному інституті, а також спрямованістю виховної роботи школи.

Окремо хотілося б звернути увагу на значне ослаблення ролі педагога в

процесі формування переконань і навичок здорового способу життя, що відбувається з кількох причин. На жаль, «учитель» як агент соціалізації не є для учнів авторитетною особою щодо задекларованих правил здоров'язбереження, по-друге, виявляє невисокий рівень здоров'язберігаючої компетентності вчителів.

Однофакторний дисперсійний аналіз продемонстрував, що лише по трьох позиціях є вплив учителя, а саме щодо вживання соків, використання нецензурної лексики та, зважаючи на реалізацію здоров'язбережувального компоненту освітніх програм, на рівень піклування підлітків за станом індивідуального здоров'я.

Як наслідок, вчитель як ретранслятор інформації про здоров'я та здоровий спосіб життя посідає далеко не перше місце в оцінці учнів 9,11 класів середніх освітніх шкіл м. Харкова, поступаючись таким авторитетам як батьки, ЗМІ (телебачення, газети, журнали) і спеціальна література, мережа [255].

Певний потенціал впливу на здоровий спосіб життя підлітків мають представники інституту охорони здоров'я. Доречи вони, в силу позначених нами у підрозділі 2.2 чинників, мають мінімальну кількість зон впливу на здоровий спосіб життя сучасних підлітків, маючи при цьому максимальну компетентність в цих питаннях. Більш того, шкільні медичні працівники майже уникають реалізації просвітницької функції. Тож не випадково, що їх реальний вплив на підлітків виявлений лише за однією позицією – тютюнопаління.

Таким чином, можна констатувати вибіркові можливості соціальних інститутів сім'ї, школи та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків.

Поряд з цим, не варто ігнорувати й той факт, що значний вплив на спосіб життя, в тому числі і у сфері здоров'я, здійснює таке безпосереднє оточення підлітків - однолітки. Саме тому основною причиною виникнення шкідливих звичок підлітки називають «за кампанію з друзями, для утвердження авторитету серед них».

Вивчаючи особливості самосвідомості підлітків, І. Булах та А. Лук'янов констатували, що «постійні взаємодії з однолітками породжують у підлітка прагнення посісти гідне місце серед них. Потреба в самоствердженні настільки

сильна, що заради визнання себе однолітками, підліток здатний на будь-які вчинки: він може поступитися своїми поглядами і переконаннями, може здійснити дії всупереч своїм моральним установкам» [28, с. 158].

У ході дослідження²⁷ ми з'ясували можливість деструктивного впливу на підлітків кампанії, де вони перебувають. Так 50 % респондентів зазначили, що в їх оточенні є ті, що курять, 60% - вживають слабоалкогольні напої, 46% - міцні напої, майже 15% респондентів зазначили, що їх знайомі пробували наркотичні речовини.

Отже, можна стверджувати, що оточення наших респондентів містить ризиковані характеристики в плані впливу на формування навичок здорового способу життя. Разом з тим, аналіз самооцінки безпечності поведінки щодо формування шкідливих звичок респондентів свідчить про заперечення більшістю із них впливу соціального середовища на їхні поведінкові стратегії. Для переважної більшості підлітків їх кампанії не є референтними групами в питаннях здоров'я збереження (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Самооцінка безпечності поведінки щодо формування шкідливих звичок підлітків Немишлянського району (за віком та статтю, %)

| | 15 років | | | 17 років | | |
|---|----------|---------|----------|----------|---------|----------|
| | Хлопці | Дівчата | В цілому | Хлопці | Дівчата | В цілому |
| Цілком безпечна | 73,3 | 83,20 | 78,4 | 82,0 | 80,8 | 81,2 |
| Безпечна, але є ризик, пов'язаний з оточенням | 24,2 | 12,8 | 18,4 | 10,0 | 13,5 | 12,3 |
| Небезпечна | 0,8 | 3,2 | 2,0 | 4,0 | 3,8 | 3,9 |
| Небезпечна, є реальна загроза | 1,7 | 0,8 | 1,2 | 2,0 | 1,0 | 1,3 |
| Інше | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 1,0 | 1,3 |

²⁷ Соціологічне дослідження чинників впливу на здоров'я школярів старшого віку загальноосвітніх закладів Немишлянського району м. Харкова», здійснене Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України за участю дисертанта (2014 р, опитано 408 учнів 14-17 років. Із них - 57 % дівчата, 43 % юнаки, підлітків 14-15 років-62 %, 16-17 років – 38 %).

Поряд з цим є певна група підлітків (переважно п'ятнадцятирічні хлопці), яка визнає наявність ризику у зв'язку з негативним впливом оточення на формування здоров'язбережувальних навичок. І наскільки цей вплив буде вагомим залежить від внутрішніх мотиваційних факторів, зокрема цінностей, установок, особистісних характеристик. Слід зауважити, що не останню роль буде відігравати обрання підлітками референтної групи, інформаційний вплив якої буде досить вагомим.

Таким чином, жоден із соціальних інститутів не має домінуючого, визначального впливу на процес вибору підлітками здорового способу життя. Із 40 показників здорового способу життя, визначених експертами, сім'я здійснює вплив лише на 12; освітнє середовище разом з педагогами – на 25, інститут охорони здоров'я – на 4.

Систематизація результатів однофакторного дисперсійного аналізу демонструє відсутність системності зазначеного впливу. Жодна із складових здорового способу життя не випробовує вплив всіх трьох інститутів.

Під впливом більш ніж одного інституту знаходяться такі зони способу життя підлітків щодо власного здоров'я, як: тютюнопаління, споживання м'яса (інститути освіти та охорони здоров'я); вживання наркотиків, споживання соків, копченої риби, сиру, час першої спроби алкоголю, перших інтимних стосунків (сім'я та освіта).

Без впливу інститутів, що досліджуються, залишається: споживання цукерок, здобних виробів, риби, йогуртів, морозива, свіжих овочів. Жоден із соціальних інститутів не впливає на оцінку безпечності поведінки підлітків та ієрархію життєвих цінностей.

Це надає нам можливість зробити висновок: жодна із інституцій не в змозі самостійно сформувати мотивацію у підлітків з ціннісно-позитивного відношення до здоров'я, обрання ними здорового способу життя. Необхідна системна взаємодія сім'ї, освіти та закладів охорони здоров'я як провідних соціальних інститутів з новими формами пропаганди здоров'я як засобу профілактики різного роду відхилень в його складових, з урахуванням психолого-педагогічних та соціальних особливостей суб'єкта даного процесу – підлітка.

Враховуючи особливості сучасного мережевого суспільства, які описані нами у першому розділі, особливості сучасних підлітків як певного покоління, практики, що здійснюються соціальними інститутами сім'ї, освіти та охорони здоров'я та їхню результативність, вважаємо за доцільне розробку та впровадження мережевої моделі взаємодії соціальних інститутів сім'ї, школи та охорони здоров'я для формування здорового способу життя сучасних підлітків.

3.2 Модель мережевої взаємодії сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як засіб подолання інституційних обмежень у формуванні здорового способу життя підлітків

Як було доведено у підрозділі 3.1, під впливом кількох соціальних інститутів знаходиться обмежена кількість складових здорового способу життя сучасних підлітків. Це свідчить про те, що форми і методи практичної діяльності цих інститутів носять обмежений характер. Найчастіше така діяльність зводиться до проведення спільних круглих столів, тренінгів, лекцій, іноді Днів здоров'я. Тематика проведення батьківського лекторію, який часто не є затребуваним, практично не враховує інформаційні потреби підлітків, окремої родини, не передбачає активний пролог за участю фахівців тощо. У багатьох освітніх закладах існують програми взаємодії школи з установами системи охорони здоров'я, але часто вона полягає лише у проведенні поглиблених медичних оглядів та скринінг-оцінки здоров'я школярів.

Однією із причин такого стану речей ми вважаємо традиційний лінійний (ієрархічний) характер побудови роботи закладу середньої освіти, незважаючи на його законодавчо закріплене право встановлювати мережеві зв'язки із закладами вищої та позашкільної освіти.

Основними ознаками такої лінійної побудови є стійкість, низька адаптивність до змін внутрішнього та зовнішнього середовища, низька здібність до саморегуляції, високий інформаційний супротив, лінійні вертикальні зв'язки, суворі дисципліна і субординація, нормування зобов'язань, визначеність компетенцій, послідовний рух інформації між підрозділами тощо.

Відповідно профілактична робота щодо здорового способу життя теж здійснюється за лінійною моделлю. В її рамках для кожної вікової категорії учнів передбачений перелік питань з формування здорового способу життя, розгляд яких здійснюється традиційними пасивними (бесіда, диспут, лекція, семінар, роз'яснення, переконання тощо) та активними (соціальне проектування, метод відкритої трибуни, ситуаційно-рольова гра, соціально-психологічний тренінг, інтелектуальний аукціон, «мозкова атака») методами. Час від часу в таких заходах беруть участь представники інших соціальних інститутів.

Результати, наведені нами у підрозділі 3.1, дають можливість стверджувати, що попри всі спроби, здійснені інститутом освіти, встановити партнерську взаємодію з різними соціальними інститутами по створенню та реалізації програм для підлітків з пропагування здоров'я й здорового способу життя, підвищення рівня батьківської компетентності зі зазначених питань, дана взаємодія носить епізодичний, безсистемний характер, який, на наш погляд, є наслідком домінування лінійної моделі соціальної взаємодії у закладах освіти. Саме тому виникає потреба у побудові більш ефективної моделі, яка б сприяла формуванню здорового способу життя сучасних підлітків.

Для вирішення питань концептуальної розробки моделі, зазначимо, що поняття «модель» використовується в багатьох наукових напрямках. Так дане поняття інтерпретується як проект, інформаційне, натурно-матеріальне чи описово-макетно представлений об'єкт або явище, що є тотожною чи спрощеною версією модельованого об'єкта, проекту чи явища (прототипу) [204]. У педагогічній літературі поняття модель використовується для відтворення «штучно створеного об'єкту у вигляді схеми, фізичних конструкцій, знакових форм або формул, який, будучи подібним об'єкту (або явищу), що досліджується, відображає і відтворює в більш простому і огрубленому вигляді структуру, властивості, взаємозв'язки і відносини між елементами цього об'єкта» [15].

У соціології цей термін трактується як:

- уявний або умовний образ, аналог об'єкта, процесу або явища, що відтворює в символічній формі їх основні типові риси;

- символічне зображення структури, типу поведінки і зразків взаємодії в соціальних процесах [23].

Тож з огляду на зазначене, модель є спрощеною подобою об'єкту, а метод моделювання передбачає спрощене відтворення реальності і, на наш погляд, подібний методу ідеальних типів М. Вебера.

Незважаючи на те, що соціальні системи з нелінійною структурою важко спрогнозувати, соціологічне моделювання має виняткове значення для виявлення тенденцій, перспектив та варіантів розвитку цих систем. З огляду на те, що взаємодія соціальних інститутів передбачає поліструктурність, складність характеру та багатоваріативність зв'язків, гнучкість та ситуативність реагування на виклики, іноді суперечливість, відкритість, динамізм, пропонуємо використовувати мережеву модель. Мережевий характер моделі обумовлений перш за все глобальними, в тому числі інформаційними, впливами та змінами, народженими у сучасному суспільстві.

Враховуючи теоретичні висновки, представлені у підрозділі 1.2, зацентруємо увагу на особливостях мережевої взаємодії в освіті. Зазначимо, що в освітній галузі представлено декілька інтерпретацій поняття «мережева взаємодія», зокрема:

- спосіб діяльності зі спільного використання ресурсів, вільна взаємодія між рівноправними і рівнозначними суб'єктами в контексті актуального і особистісно значимого змісту;
- спосіб діяльності зі спільного використання інформаційних, інноваційних, методичних, кадрових ресурсів;
- горизонтальна взаємодія між освітніми установами з розповсюдження функціоналу і ресурсів;
- нова культура спільної діяльності, що припускає готовність до партнерства [88, с. 15].

Відносно підходів до моделювання мережевої взаємодії, то у науковій літературі описано їх декілька: контекстний, ресурсний, цільовий.

Контекстний підхід має на увазі не просто передачу певної інформації, а й активне діяльнісне оволодіння нею. До речі, контексти можуть бути соціальними,

діяльними, поведінковими тощо. Зрозуміло, що в офф-лайн режимі організувати таку взаємодію, особливо по формуванню поведінкових стратегій, стиля життя не складно, проте й під час вебінарів, телеконференцій можна передбачити діяльну складову з рефлексією.

Ресурсний підхід полягає в залученні ресурсів партнерів, зокрема кадрових, матеріально-технічних та інформаційних.

Цільовий підхід передбачає пошук партнерів зі схожими цілями діяльності, зокрема тими, що обумовлені їх соціальними функціями.

Враховуючи особливості трьох підходів та спираючись на доробки вчених, пропонуємо при моделюванні мережевої взаємодії сім'ї, освіти та закладів охорони здоров'я щодо формування здорового способу життя використовувати наступні принципи мережевої взаємодії:

- добровільність;
- конгруентність (узгодженість дій);
- взаємовигода;
- колегіальність прийнятих рішень;
- структурування діяльності й розподіл обов'язків;
- солідарна відповідальність;
- рефлексія (зворотній зв'язок) [133].

Важливим питанням для побудови моделі є визначення вузлів партнерів, з якими планується конструювання мережевої взаємодії. У даному випадку, ми ведемо мову про соціальних партнерів.

У літературі «соціальне» означає суспільне, «стосовно до життя людей і їхніх відносин у суспільстві», в свою чергу «партнер» (від французького слова «партія») - учасник спільної діяльності [211, с. 13]. Разом з тим, необхідно розуміти, що «партнерство» й «співпраця» не тотожні поняття й партнерство має особливі риси, що надає «самостійний змістовний статус»: автономія та рівність сторін, взаємне визнання та довіра, взаємна відповідальність та орієнтація на соціально значущі цілі [126]. Поряд з цим вважаємо необхідним зробити уточнення, що в мережі будь-які суб'єкти взаємодії (індивід чи група індивідів) розглядаються як актори (вузли

мережі), між якими встановлюються зв'язки. Разом з тим актор в одній мережі одночасно може бути актором в іншій. І з огляду на зазначене головним є те, які зв'язки він підтримує. І саме взаємозв'язок елементів, вузлів мережі, є ключовою умовою виникнення та розвитку мережі.

Важливим при цьому є урахування особливостей організаційної взаємодії у мережах [243].

Спираючись на розглянуті концептуальні засади та обґрунтовані на їх основі положення, вважаємо доцільним розглядати модель віртуальної мережевої взаємодії соціальних партнерів як схематичне відтворення побудови мережевої (нелінійної) системи (з періодично змінними параметрами), із зазначенням механізмів (варіантів, принципів, зв'язків, тощо) спільного вирішення акторами (інституціями, соціальними групами, індивідами) соціально значущих проблем в режимі он-лайн комунікативної взаємодії.

Саме у такому розумінні ми й пропонуємо авторську модель мережевої взаємодії сім'ї, школи та органів охорони здоров'я, яка спрямована на формування здорового способу життя сучасних підлітків [71; 150; 251; 252]. Конкретизуємо особливості побудови такої моделі.

Розроблена модель має в основі три блоки: методологічний, діяльнісний та результативний. Розглянемо їх ретельніше.

1. Методологічний блок.

Методологічний блок моделі складається з діагностично-прогностичного, цільового та ресурсно-змістовного компонентів.

Діагностично-прогностичний компонент

Розглядаючи діагностично-прогностичний компонент моделі, ми спираємося на позицію І. В. Бестужева-Лади, що прогнози повинні передувати планам, програмам, управлінським рішенням, мають оцінювати хід, а головне, наслідки виконання чи невиконання планів і управлінських рішень. Але слід взяти до уваги, що організація мережевої взаємодії як нелінійної моделі не передбачає чіткого планування, а скоріше за все, визначення основних напрямків спільної діяльності з урахуванням інтересів учасників взаємодії (акторів мережі).

Саме тому, побудові будь-якої моделі мережевої взаємодії передують, по-перше, емпіричні дослідження стану здоров'я та стилю життя підлітків, окреслення найбільш гострих протиріч, які потребують спільного рішення/впливу. На цьому етапі визначаються запити школярів стосовно інформації про здоров'я та фактори впливу на нього, про практики здоров'язбереження та здоров'язміцнення.

Апробація цього компоненту моделі у гімназії №14 м. Харків показала²⁸, що підлітки 14-15 років потребують додаткової інформації з наступних питань: профілактика захворювань, зокрема діабету, ожиріння, діагностики СНІДу та гепатиту, генетичних та онкозахворювань, становлення репродуктивної функції та вплив тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків на репродуктивні органи, безпечна сексуальна поведінка та види контрацепції, сексуальне насильство, гендерна психологія, переваги та ризики вакцинації, генетичні захворювання, дієтотерапія, раціональне харчування, вітамінізація, методи психологічної допомоги, корекція порушень постаті, зору, корекція залежностей, діагностика та підготовка до різних видів обстежень, вплив фізичних навантажень та наслідки гіподинамії, що передбачає залучення фахівців в сфері медицини: педіатра, ендокринолога, невропатолога, психолога, інфекціоніста, ЛОР-спеціаліста, гінеколога/уролога, ревматолога, кардіолога, інфекціоніста. Не зважаючи на включення багатьох проблемних питань в освітню програму, у підлітків виявлено також дефіцит наукових знань про організм, чинники впливу на здоров'я людини, взагалі кваліфікованої інформації, яка їм життєво необхідна. Тож обмін науково-обґрунтованими та практично-спрямованими знаннями про наслідки здоров'яруйнівної поведінки, про моделі здоров'язбережувальних та здоров'язміцнюючих поведінкових практик, на що є запит у сучасних підлітків, сприятиме формуванню в них мотивації до збереження власного здоров'я, власної відповідальності за його стан.

На основі діагностики визначаються цільові аудиторії, як споживачів

²⁸ Авторське он-лайн опитування підлітків, їх батьків, педагогів щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (2016 р., опитано 266 респондентів. Із них 90 підлітків 14-15 років (56 % дівчата, 44 % - юнаки) 81 педагог, 95 батьків (14 % чоловіків, 86 % жінок)

конкретної інформації. В рамках цього етапу апробації моделі нами було здійснено сегментацію, тобто виокремлено різні цільові аудиторії:

- школярі молодшого підліткового віку;
- школярі старшого підліткового віку;
- окремо групи за гендерними ознаками;
- батьки учнів різних вікових груп;
- педагоги та інші.

У кожному сегменті можна виокремити кілька підгруп. Наприклад, в питаннях дотримання принципів здорового харчування виокремлюємо групу вегетаріанців, іншу групу – тих, хто вживає некорисні продукти, третя група – хто охоплені дієтоманією тощо. Такий поділ ґрунтується на аналізі результатів моніторингових досліджень діагностичного етапу.

У рамках методологічного блоку важливо визначити коло партнерів мережевої взаємодії. Цей процес відбувається при ретельному вивченні пропозицій ринку в сфері реалізації профілактично-просвітницької функції соціальними інститутами, зокрема з питань збереження здоров'я підлітків, пропаганди здорового способу життя.

У ході аналізу інформації окреслюється коло майбутніх партнерів – суб'єктів взаємодії на підставі інституційного підходу. Такими партнерами, в першу чергу, можуть бути організації, які відповідно до своїх функцій вирішують проблему формування та підтримки здорового способу життя дітей і підлітків, мають певний досвід роботи з даною віковою категорією. Крім того суб'єктами можуть бути окремі фізичні особи, зокрема батьки, професійна діяльність яких пов'язана з медичною галуззю.

Важливим, на наш погляд, є потенціал залучення територіально віддалених партнерів. Наприклад, є певна практика співпраці шкіл з різних куточків України з Інститутом охорони здоров'я дітей та підлітків (м. Харків). Поряд з цим є практика запрошення в якості партнерів медичних закладів III-IV рівня акредитації. В їх участі ми вбачаємо серйозні переваги, по-перше в тому, що студенти-медики відносяться майже до однієї з підлітками соціально-демографічної групи, по-друге,

відбувається обмін фаховими знаннями, а по-третє, у студентів формуються компетентності в сфері профілактичної медицини та здорового способу життя тощо.

Слід зазначити, що коло учасників взаємодії може розширюватися за рахунок кластеризації однодумців.

Розглядаючи потенційних партнерів, доцільно ретельно проаналізувати їхні ресурсні можливості, зокрема кадрові, інформаційно-комунікативні, технічні.

Поряд з цим, слід взяти до уваги, що мережа є відкритою системою, тож будь-який суб'єкт взаємодії індивідуально вирішує коли йому приєднатися чи вийти із мережі на будь-якому етапі реалізації проекту. Тож масштаб, широту мережі, кількість партнерів не можна заздалегідь повністю спрогнозувати.

Разом з тим, реалізація будь-якого проекту передбачає прогнозування результатів, тобто моделювання якісних змін у поведінкових стратегіях підлітків щодо здоров'язбереження та здоров'язміцнення. Тому актуальності набуває цільовий компонент моделі.

Цільовий компонент

Цільовий компонент визначає основну мету та завдання мережевої взаємодії по окремим напрямкам діяльності. Компонент цілепокладання передбачає також визначення принципів, підходів до організації мережевої взаємодії, а також її нормативно-правове забезпечення.

Зазначимо, що в цьому аспекті важливо враховувати розбіжності між термінами «формування здоров'я» та «збереження здоров'я», які використовуються як характеристики двох взаємопов'язаних діяльнісних процесів у контексті розгляду феномену здоров'я. В практичній площині формування здоров'я передбачає діяльність щодо його зміцнення, покращання порівняно з даним індивіду природним психофізіологічним потенціалом: заняття фізкультурою, спортом, загартовування, збалансоване харчування тощо. Збереження здоров'я означає діяльність індивіду з попередження погіршення його природного потенціалу здоров'я. Це, окрім зазначених методів, формування звичок безпечної для здоров'я поведінки, зокрема чітке дотримання режим відпочинку, домінування

активних форм дозвілля, відмова від куріння та вживання алкогольних напоїв, дозування роботи з гаджетами, оволодіння технологіями управління емоціями тощо. Іншими словами, дотримання здорового способу життя.

У випадку нашої моделі її ціль спрямована на формування ціннісного відношення підлітків до власного здоров'я, свідоме розуміння необхідності та дотримання ними здорового способу життя.

Серед завдань мережевої взаємодії можна назвати наступні:

- створення спільного інформаційного середовища, змістовна наповнюваність його відповідно до запитів та потреб суб'єктів взаємодії;
- розвиток здоров'язбережувальної, комунікативної, інформаційної компетентності підлітків та студентів медичних начальних установ;
- формування цілісного сприйняття підлітками людського організму в результаті інтеграції наукових знань з різних галузей;
- оволодіння підлітками методами самооцінки, самоконтроля та самокорекції способу життя;
- підвищення рівня професійної майстерності педагогів в питаннях формування здорового способу життя учнів та усвідомлення цінності власного здоров'я;
- підвищення рівня комунікативної та інформаційної культури педагогів;
- підвищення рівня батьківської компетентності з питань здоров'язбереження та здоров'яформування тощо.

Наведений перелік може бути доповнений, або скорегований у залежності від виявлених проблемних моментів та кількості зв'язків між різними суб'єктами взаємодії.

Виходячи із завдань, партнерами визначаються напрямки спільної діяльності. Як зазначалось у підрозділі 2.2, протягом десятиріччя акцент був зміщений на превентивні заходи виховного характеру, проте школярам бракує практично орієнтованих наукових знань про людський організм як біологічну систему. Оскільки «знання створює, взагалі кажучи, здатність діяти (знання є передумовою дії), а інформація являє собою знання, оброблене для цілей використання»

необхідно не лише надавати інформацію, а й формувати в школярів науковий погляд в питаннях здоров'язбереження, використовувати наукові дані у вигляді «цілісних наукових комплексів», впроваджувати міждисциплінарні програми [36]. Звідси, відповідно, з'являється обумовлена необхідність у здійсненні партнерської взаємодії в декількох напрямках:

- спільної реалізації міждисциплінарного компоненту освітніх програм в ході чого здійснюється неперервна інтеграція наукових знань про людський організм як біологічну систему, про фактори позитивного та негативного впливу на неї;

- реалізація профілактичних програм, що формують поведінкові стратегії відносно індивідуального здоров'я;

- реалізація спільного проекту «Відповідального батьківства» [150; 249; 251; 255].

На наш погляд, це буде сприяти процесу трансформації знань й інформації здоров'язбережувального спрямування в навички здорового способу життя не тільки підлітків, а й батьків та педагогів.

Стосовно принципів, що покладені в основу мережевої взаємодії, то вони визначаються спільно її суб'єктами, при цьому можуть доповнюватися у разі розширення мережі.

На наш погляд, зазначені вище принципи мережевої взаємодії доречно доповнити наступними: відкритості, довіри, перманентності та системності, наступності, диференціації, компетентності, відповідності, конфіденційності, розвитку ініціативності.

Відносно підходів до організації мережевої взаємодії, то вони визначаються з точки зору як організації самої взаємодії (контекстний, ресурсний, цільовий тощо), так і процесу формування здорового способу життя (системний, компетентнісний, аксіологічний, антропологічний, особистісно-діяльнісний тощо).

З приводу функцій мережевої взаємодії, то, на наш погляд, при організації її міжінституційної форми реалізуються функції аналогічні тим, що й між суб'єктами освітньої діяльності, Зокрема:

- аналітична, що передбачає аналіз внутрішнього мережевого середовища;
- організаційна – організація та координація діяльності мережі;
- інформаційна – створення інформаційних каналів всередині мережі та обмін інформацією;
- контрольно-діагностична – моніторинг динаміки розвитку мережі та проміжних якісних показників щодо формування здорового способу життя;
- прогностична – розробка стратегії розвитку мережі;
- науково-методична функція – підготовка спільних рекомендацій, просвітницьких програм тощо [6; 133].

Наступна складова компоненту цілепокладання – це нормативно-правове забезпечення мережевої взаємодії, тобто її легітимізація. Враховуючи міжінституційність взаємодії, між її суб'єктами укладаються угоди (між юридичними та фізичними особами), де оговорюється, в першу чергу, міра відповідальності. Угоди можуть бути між двома або більшою кількістю сторін.

Цільовий компонент моделі передбачає також і планування функціонування моделі у відповідності з поставленими цілями та задачами.

Планування – це процес розробки й опису методів застосування всіх ресурсів суб'єктів взаємодії для досягнення мети. Тож планувати діяльність суб'єктів мережевої взаємодії означає розробити програму дій, яка дасть змогу отримати бажаний результат за визначений період часу. Планування може здійснюватися як за окремими напрямками діяльності, так і за окремими сегментами споживачів. Важливою складовою цього процесу є вирішення ресурсних питань.

Ресурсно-змістовний компонент

Даний компонент складається з визначення ресурсів та змісту їх спільного використання суб'єктами взаємодії.

До ресурсів відносять кадрові, технічні, інформаційно-комунікативні. Стосовно кадрових, то одним із проблемних питань є здатність спеціаліста вести дискусію з дитячою аудиторією, зокрема в он-лайн форматі, підтримувати «градус» зацікавленості й спонукати до рефлексії.

Щодо технічних ресурсів, то сьогодні є можливість використовувати будь-

які програми, адаптовані під мобільні пристрої, не «прив'язуючись» до стаціонарних приладів. У рамках моделі можливо створення спільного інформаційного банку за програмами, визначеними партнерами.

Таким чином, в рамках методологічного блоку побудови моделі на основі діагностичних процедур визначаються суб'єкти мережевої взаємодії, її цілі та завдання, принципи та ресурсні можливості. Це дозволяє створити певний «каркас» моделі.

2. Діяльнісний блок.

Цей блок передбачає організацію активностей соціальних партнерів у мережі у відповідності з планом, їх узгодження між собою. Для цього необхідно вирішення *управлінсько-координаційних* питань. З цієї точки зору в якості базової нами була обрана модель «концентрованої мережі» (див. рис. 3.1).

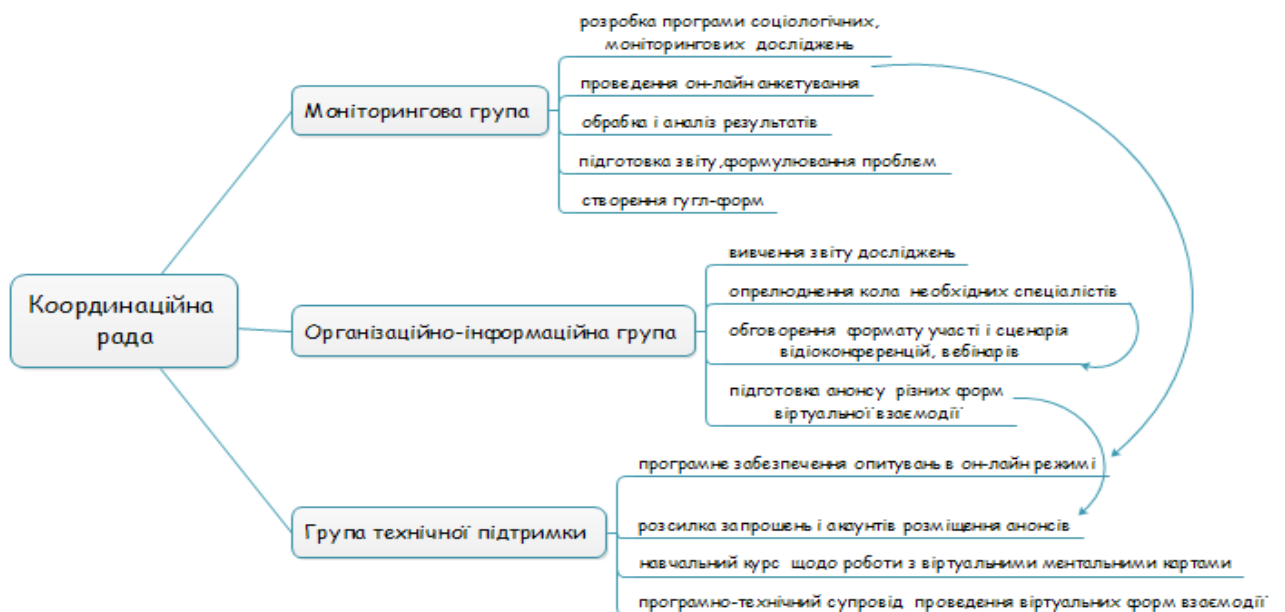


Рис. 3.1 Базова модель мережевої взаємодії сім'ї, школи та закладів системи охорони здоров'я

Управління мережевою взаємодією здійснюється координаційною радою, до складу якої входять представники закладів-партнерів. Координуючим органом створюються цільові групи з чітко визначеними функціями: моніторингова, організаційно-інформаційна, група технічної підтримки тощо. До їх складу можуть входити представники як усіх суб'єктів-партнерів, так і окремих, у залежності від

специфіки їх основної діяльності. Так, до складу моніторингової групи доцільним є введення спеціалістів Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків, які протягом десятиріч проводять різного роду дослідження стосовно здоров'я школярів. Група технічної підтримки включає спеціалістів в сфері ІТ різних установ та окремих фізичних осіб, що виявили готовність здійснювати технічне супроводження.

Реалізація самої моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я включає декілька етапів: пілотний, етап практичної реалізації, експертно-аналітичний.

На пілотному етапі відпрацьовується механізм функціонування представленої моделі мережевої взаємодії, апробуються різні форми віртуальної подачі інформації та її інтерактивне обговорення, різні стилі ведення он-лайн дискусії, здійснюється підготовка модераторів. Крім того, тестуються небінарні майданчики, канали зворотного зв'язку для отримання оперативної інформації (зокрема можливості серверу Kahoot, Google-форми).

На даному етапі реалізації кількість суб'єктів взаємодії може бути мінімальною. Наприклад у межах апробації моделі, у тестовому режимі проведено телеконференції для груп підлітків за участю спеціалістів ІОЗДП, ХМАПО з питань здорового харчування, після закінчення якої в режимі індивідуального консультування (Skype) школярі отримували відповіді на особисті питання. Також відпрацьовувалась технологія спільного складання «mind map» за участю спеціалістів різного фаху. Випробувано таку форму профілактичної роботи як вебінари студентів вищих навчальних закладів медичних спеціальностей для різної цільової аудиторії, зокрема батьків і педагогів.

Розглянемо приклад одного із сегментів мережевої взаємодії, де соціальними акторами виступають як юридичні особи (А, Б, В – школа, медична установа, освітній заклад медичної спеціалізації та ін.), так і цільові групи або індивідууми (А₁, А₂,..., В₁, В₂, В₃) (див. рис. 3.2). При цьому одні актори є «трансляторами» інформації, інші – «активними споживачами». Слід зауважити, що зв'язки можуть встановлюватися як на рівні різних інституцій, цільових груп, так і в форматі «ear to ear» між окремими індивідуумами.

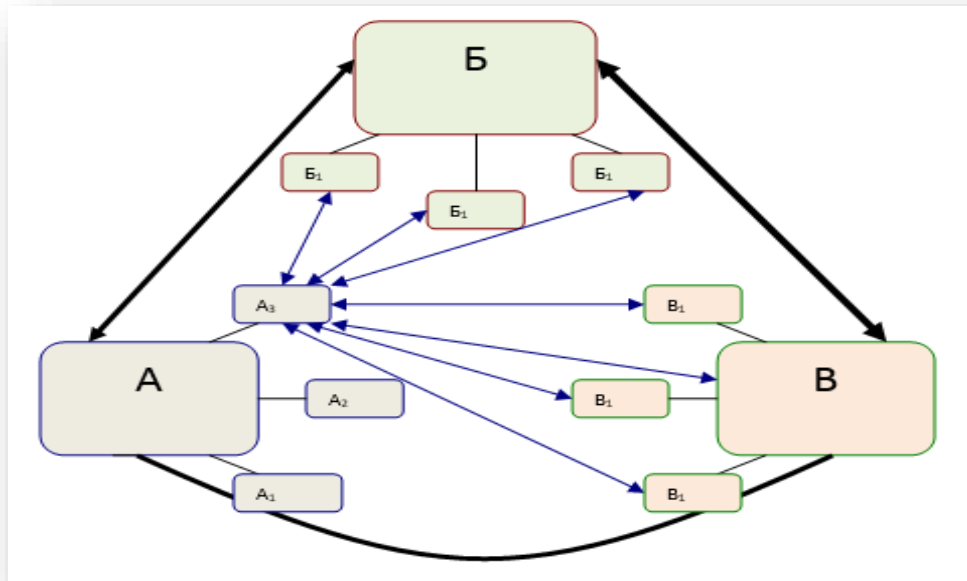


Рис. 3.2 Сегмент мережі суб'єкт-суб'єктної взаємодії між соціальними агентами

Таких сегментів в мережі може бути велика кількість, при цьому взаємодія характеризується багаторівневістю та варіативністю, що стає приводом до виникнення певних ризиків.

Ми пропонуємо на пілотному етапі обмежити кількість суб'єктів взаємодії для більш якісного відпрацювання технології подачі інформації та оцінки її сприйняття «споживачами».

І лише на етапі практичної реалізації рекомендується одночасно запроваджувати варіативні он-лайн просвітницькі програми з якісно підготовленими модераторами, при цьому сприяти встановленню різного типу індивідуальних мережевих зв'язків між «трансляторами» та «споживачами».

У процесі моделювання мережевої взаємодії практично можливе використання моделі «ланцюга», коли освітній заклад виступає в ролі першої ланки, що самостійно визначає мету, завдання, партнерів та організує діяльність. При цьому послідовність участі суб'єктів взаємодії чітко визначається в залежності від поставлених цілей (див. рис. 3.3).

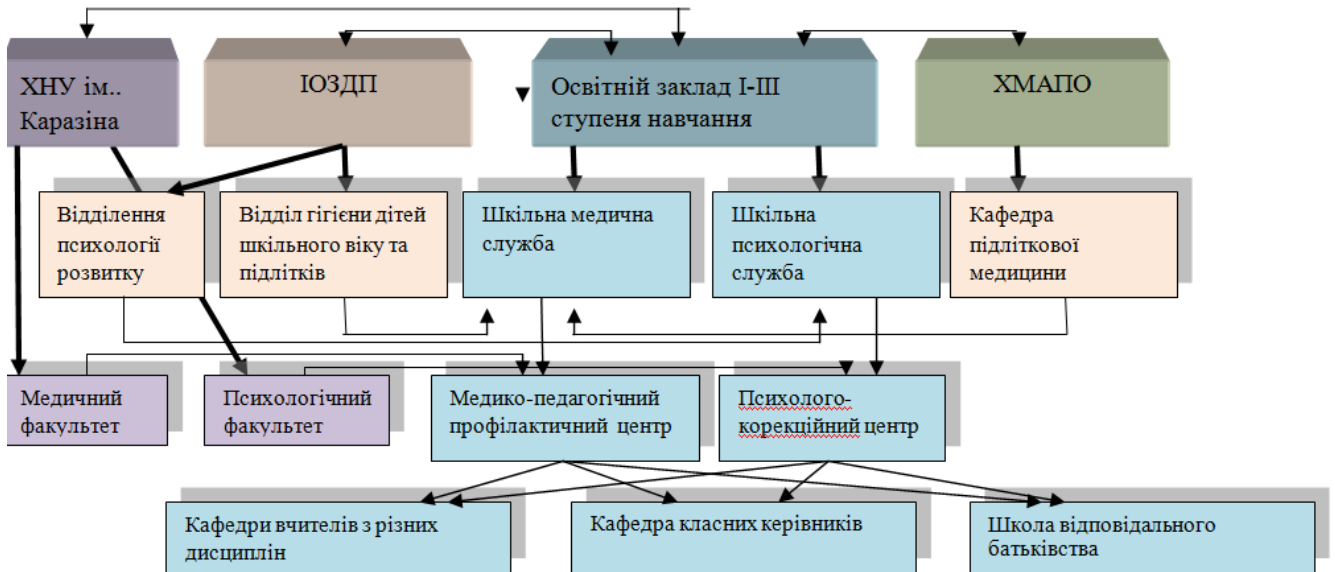


Рис. 3.3 Модель ланцюга на прикладі організації роботи під час навчальної та виховної діяльності щодо формування в школярів навичок здорового способу життя (розроблена дисертантом на основі аналізу практичного досвіду Харківської гімназії № 14)

Що стосується моделі розподільної мережі, то її запровадження має сенс при реалізації окремих проектів із залученням ресурсної бази партнерів. Наприклад, реалізація проекту з формування батьківської компетентності «Школа відповідального батьківства» потребує залучення кадрових ресурсів ІОЗДП (на моделі – А), ХНУ імені В.Н. Каразіна (медичний та психологічний факультети – В), ХМАПО (Н) та коучерів за програмою ICDP(I). У проведенні моніторингових досліджень, скринінгів, соціологічних досліджень буде краще, якщо візьмуть участь спеціалісти ІОЗДП, ХНУ імені В.Н. Каразіна, ХГУ «НУА» (F) (див. рис. 3.4). До мережевих науково-дослідницьких та соціальних проектів варто залучити співробітників не тільки зазначених установ, а й медичного коледжу ХМАПО, Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України (Д), Харківського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом (G).

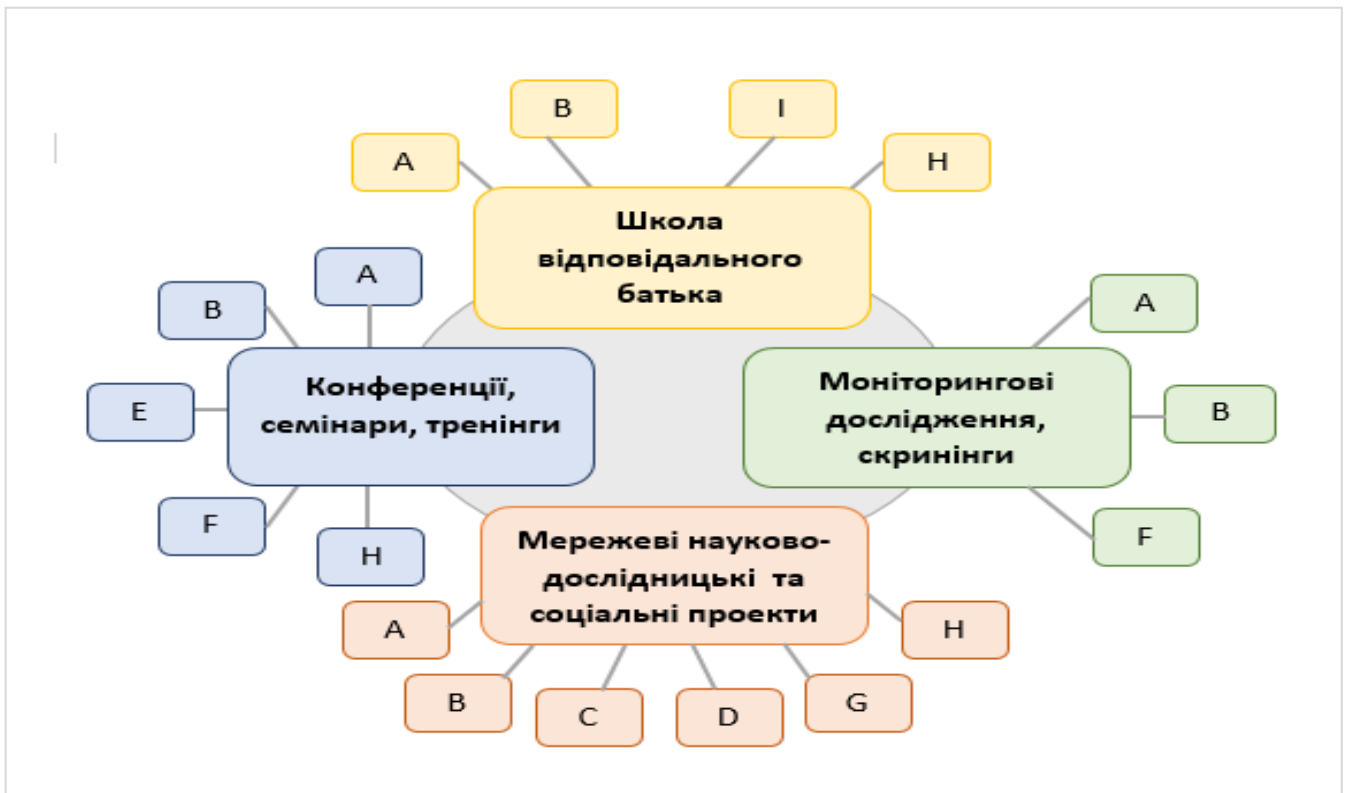


Рис. 3.4. Модель розподільної мережі на прикладі організації мережі закладів – партнерів за різними напрямками здоров'язберезувальної діяльності

Слід зазначити, що реалізація моделі мережевої взаємодії розкривається через систему методів, форм та засобів організації роботи. Іншими словами, як зазначила Ле-ван Т., це «організаційно-процесуальна характеристика діяльності суб'єктів мережевої співпраці по досягненню ними запланованої мети або вирішення загального завдання» [133].

Оскільки в нашій моделі привалює он-лайн взаємодія, то й форми роботи переміщуються у віртуальну площину. Серед більш ефективних форм он-лайн комунікацій, на нашу думку, є телеконференції з використанням конференц-платформи ZOOM, вебінари, чати (чат-руми), блоги, потокове мовлення в мережі, лендинг пейдж. Крім того, такі електронні додатки як Facebook, Twitter и Google+ забезпечують унікальні функціональні можливості і визнані перспективним інструментом для комунікацій [303].

На експертно-аналітичному етапі реалізації моделі моніторинговою групою здійснюється оцінка відповідності заходів та тематики цілям моделі та потребам

цільових груп, які визначено на діагностичному етапі.

В рамках третього – *результативного блоку* організується й проводиться соціологічне опитування усіх агентів взаємодії, визначається ступінь досягнення мети за окремими компонентами: мотиваційним, когнітивним, діяльнісним, рефлексивним. Враховуючи мету спільної діяльності суб'єктів взаємодії (формування здорового способу життя та підлітків), критеріями мотиваційного компоненту буде позитивна мотивація школярів, що полягає в необхідності зберігати здоров'я та дотримуватись здорового способу життя, а також ціннісне відношення до здоров'я як власного так інших людей і взагалі до ідеї здорового способу життя. Критеріями когнітивного компоненту є повнота та обсяг знань про здоров'я, здоровий спосіб життя та шляхи його дотримання. Діяльнісний компонент може бути оцінений за такими критеріями: сформованість компетентностей по основним напрямкам здорового способу життя, стійкість норм поведінки, які йому відповідають (поведінкові практики харчування, зокрема обрання корисної їжі та уникнення шкідливих продуктів; активні форми дозвілля, відмова від шкідливих звичок тощо). Показниками рефлексивного критерію є здатність школярами оцінювати себе як суб'єкта здоров'язбереження й безпечної життєдіяльності, оволодіння методами самооцінки, самоконтролю й самокорекції способу життя.

На цьому етапі визначається рівень сформованості потреби в школярів в дотриманні ними здорового способу життя. Так, високий рівень характеризується відповідальним ставленням до збереження власного здоров'я та життя, постійним інтересом і мотивацією до вивчення принципів здорового способу життя, наявною динамічною системою знань з даних питань, сформованістю комплексу вмінь та навичок високопродуктивної діяльності й самоконтролю в сфері здоров'язбереження. На відміну від високого рівня, низький характеризується превалюванням ситуативного інтересу до проблем здорового способу життя. При цьому спостерігаються фрагментарні, вузькоприкладні знання в сфері здоров'я, не розвинені самоорганізація, самоконтроль і самооцінка. Здоров'я в ієрархії цінностей посідає далеко не перше місце, відношення до здоров'я має

споживацький характер. Середній рівень відповідає володінню певними знання здоров'язбережувального характеру, в недостатній мірі розвиненим навичкам самоорганізації, самоконтролю і самооцінки, фрагментальному/вибірковому дотриманню принципів здорового способу життя, переважно декларативному ціннісному сприйняттю власного здоров'я.

Варто враховувати, що у процесі мережевої взаємодії різних інституцій та юридичних осіб в сфері формування здорового способу життя школярів виникає потреба у визначенні специфіки результативності та ефективності мережевої взаємодії.

У сучасному науковому дискурсі «ефективність» розглядається як відносний ефект, результативність процесу, операції, проекту, що визначаються як відношення ефекту, результату до витрат, що обумовили й забезпечили його отримання [187]. Тож під ефективністю ми розуміємо співвідношення результату до затрачених ресурсів. У той же час «результативність» визначається як ступінь досягнення запланованих результатів. Тому, крім змін у свідомості та практиках поведінки підлітків щодо власного здоров'я, результатом функціонування мережевого центру може розглядатися процес розширення мережі, встановлення нових зв'язків, залучення нових ресурсів, поява нової проблематики та розширення тематики спільних проектів тощо. Чим більше зв'язків буде встановлено в мережі, чим вище коефіцієнт задоволеності суб'єктів мережевою взаємодією, тим вище результативність мережевої взаємодії. Важливими також постають зміни самих суб'єктів мережевої взаємодії.

Таким чином, в рамках результативного етапу моделювання розглядаються кілька складових оцінки моделі.

Враховуючи зазначені особливості запропонованої моделі, у гімназії №14 м. Харків було здійснено її апробацію, одна складова якої представлена у формі віртуального консультативного кабінету (див. рис. 3.5).

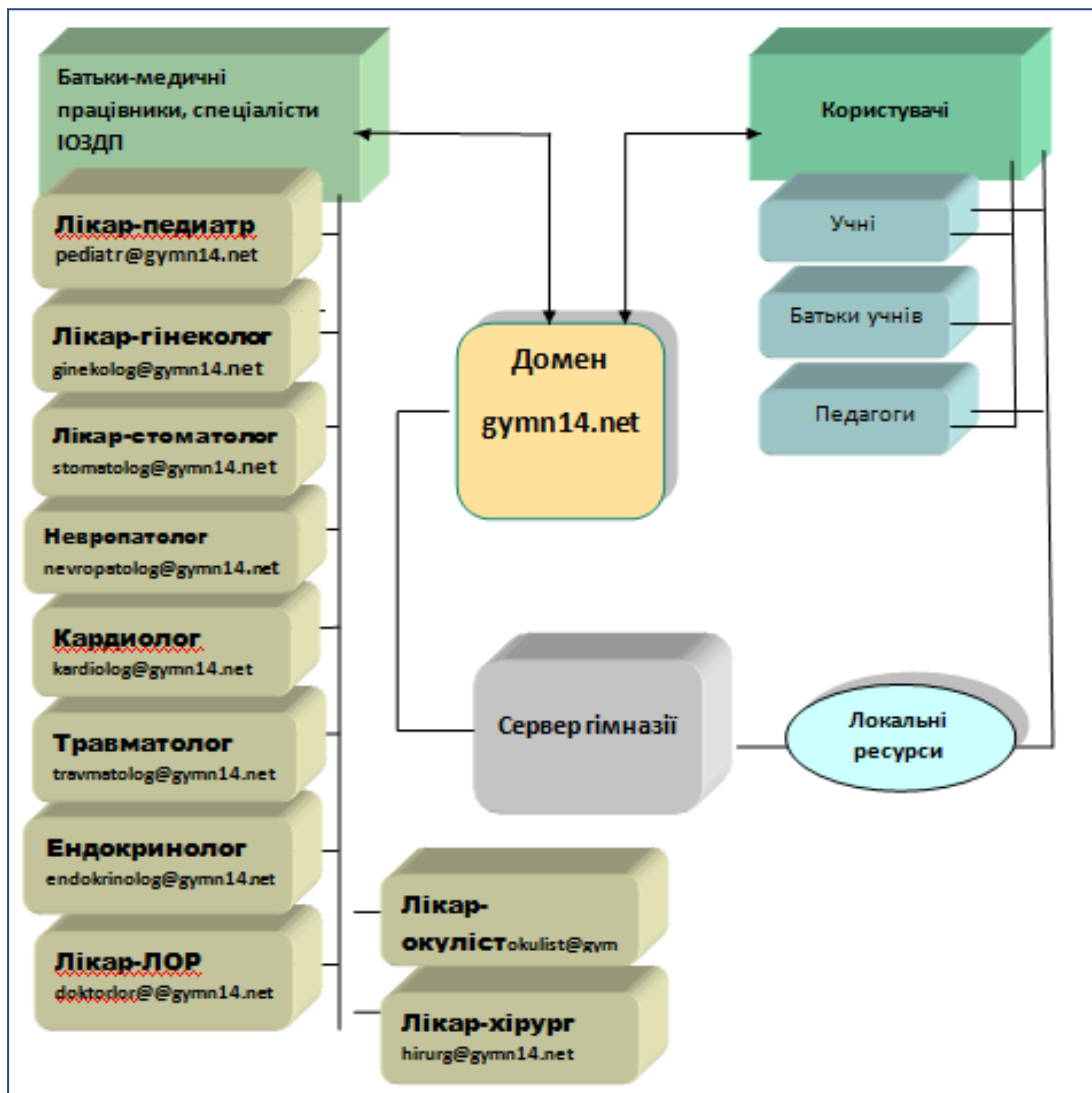


Рис. 3.5 Віртуальний консультативний кабінет як елемент мережевої моделі взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я

Створення віртуального консультативного кабінету базувалось на основі потреби представників різних соціальних інститутів у добровільному об'єднанні та вирішенні спільних проблем, а також задоволення інтересів усіх учасників мережевого спілкування; передбачало синергетичне підвищення ефективності діяльності сім'ї, школи та медичних установ.

Дана стратегія профілактичної роботи будується на принципах: відкритості та довіри; високого професіоналізму; розвитку громадської ініціативи; всебічного соціального партнерства та співпраці.

Управління мережевою взаємодією здійснюється координаційною радою, якою чітко визначені етапи реалізації даної інноваційної стратегії: методологічний;

діяльнісний; результативний.

На методологічному етапі здійснюються наступні організаційно-управлінські, нормативно-правові дії:

- створення ресурсного центру на домені gymn14.net платформи Google Apps;
- розробка нормативно-правової бази, де зазначені права, обов'язки та відповідальність учасників мережі (угоди, плани співпраці);
- створення інформаційного банку;
- розробка програми діяльності віртуального профілактичного кабінету;
- визначення критеріїв динаміки розвитку мережі;
- прогнозування результату.

Кожен представник віртуальної спільноти – учні, вчителі, батьки, медичні працівники, отримав аккаунт в домені, що забезпечило доступ до обміну інформацією в режимі офф-лайн і он-лайн та участі в телеконференціях, вебінарах.

На діяльнісному етапі апробовано та відпрацьовано механізм функціонування представленої моделі мережевої взаємодії. Учні, батьки та педагоги отримали можливість оцінити переваги такої співпраці різних соціальних інститутів, а саме оперативне отримання від кваліфікованого спеціаліста потрібної інформації, її обговорення з учасниками спілкування, багаторівневість взаємодії, а при необхідності – конфіденційність.

На етапі практичної реалізації стоїть завдання залучити як можна більше спеціалістів, виокремити найбільш значимі проблеми, що турбують підлітків, розробити цикл вебінарів та телеконференцій за визначеною тематикою, посилити вплив науково-просвітницької інформації.

На результативному етапі здійснюється оцінка ефективності роботи.

Апробація запропонованої моделі в гімназії №14 м. Харків протягом кількох років дозволила нам виміряти її результативність у всіх зазначених вище аспектах.

Так, щодо змін у різних аспектах здорового способу життя підлітків ми розглянули динаміку його окремих показників від початку реалізації мережевої

моделі у 2016 році²⁹ та на проміжному етапі у 2018 році³⁰.

Аналіз показників результативності реалізації мережевих програм показав, що у 2018 році серед життєвих цінностей у 80% опитаних підлітків здоров'я посідало найвищу ієрархічну ступінь, 20% - цінують самовираження та самореалізацію, а також цікаву творчу роботу; трохи менше 50% підлітків цінують дружбу, спілкування; трохи більше 40% - любов та сімейне життя тощо. Це свідчить про те, що для кожного п'ятого підлітку здоров'я є природною даністю, тож немає усвідомлення його цінності, доки воно не погіршиться.

У порівнянні з 2016 роком загальні ціннісні пріоритети майже не змінилися, але зросла кількість підлітків, до яких прийшло усвідомлення цінності здоров'я (+12,4%) (див. рис.3.6).

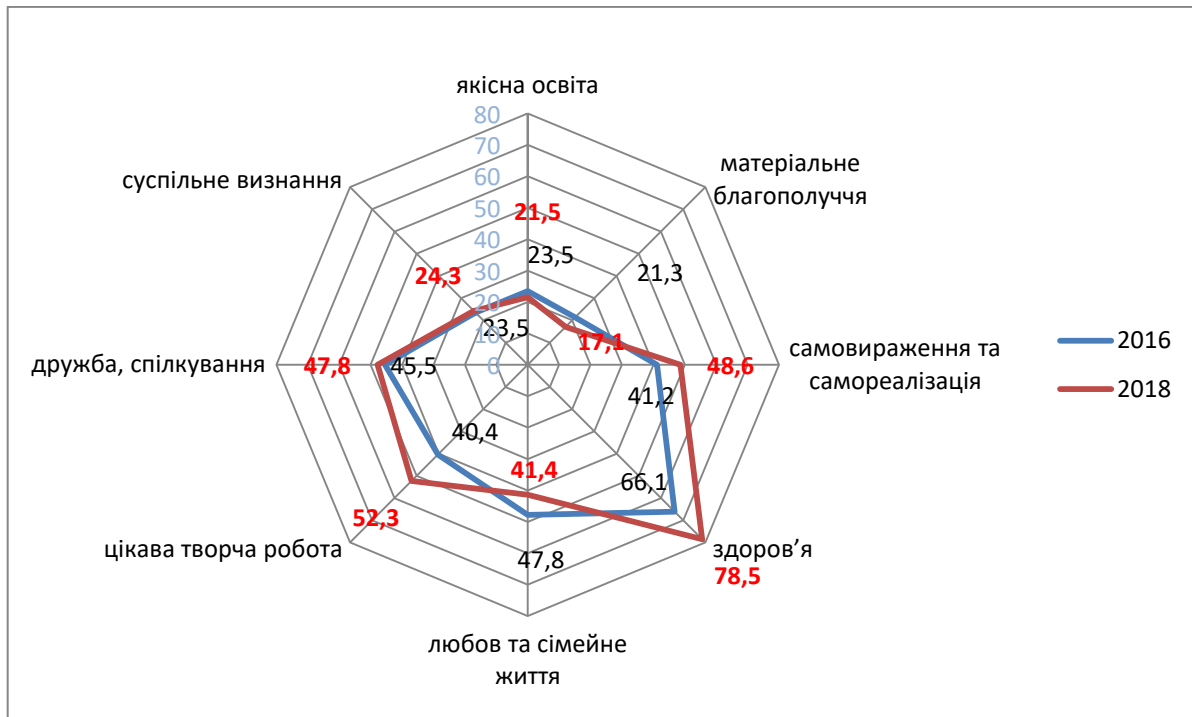


Рис.3.6. Відповіді на питання: «Що для Вас є найбільш цінним для відчуття щасливого життя?» (% від тих, хто відповів)

²⁹ Авторське он-лайн опитування підлітків, їх батьків, педагогів щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (2016 р., опитано 266 респондентів. Із них 90 підлітків 14-15 років (56 % дівчата, 44 % - юнаки) 81 педагог, 95 батьків (14 % чоловіків, 86 % жінок).

³⁰ Авторське он-лайн опитування підлітків, їх батьків, педагогів щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (2018 р., опитано 308 респондентів. Із них 54 підлітка 16-17 років (56 % дівчата, 44 % - юнаки) 81 педагог, 173 батьків (29 % чоловіків, 71 % жінок).

Звернення до оцінки факторів, що впливають на здоров'я показало велику значущість способу життя (97,9%). Поряд з цим 30,6% зазначили такий фактор впливу, як спадковість, 36,3% - екологічний стан, 18,5% - стан медичного обслуговування. Такий високий відсоток тих, хто вважає спосіб життя провідним фактором здоров'я свідчить про розуміння впливу власних практик на його стан. Це корелює із тим фактом, що усвідомлюючи цінність здоров'я, 79,8% респондентів намагаються перебувати в безпечному соціальному оточенні, 61,6% та 31,4% - добре та посередньо піклуються за своє здоров'я.

Як зазначалося нами вище, важливою складовою здорового способу життя є поведінка. Звернення до аналізу її змін щодо здорового способу життя продемонструвало, що тут існує позитивна динаміка. Так, на питання: «Що Ви робите, щоб зберегти здоров'я?», переважна більшість підлітків обирає спортивні заняття та прогулянки (див.рис.3.7) і цей показник має тенденцію до зростання порівняно з 2016 роком.

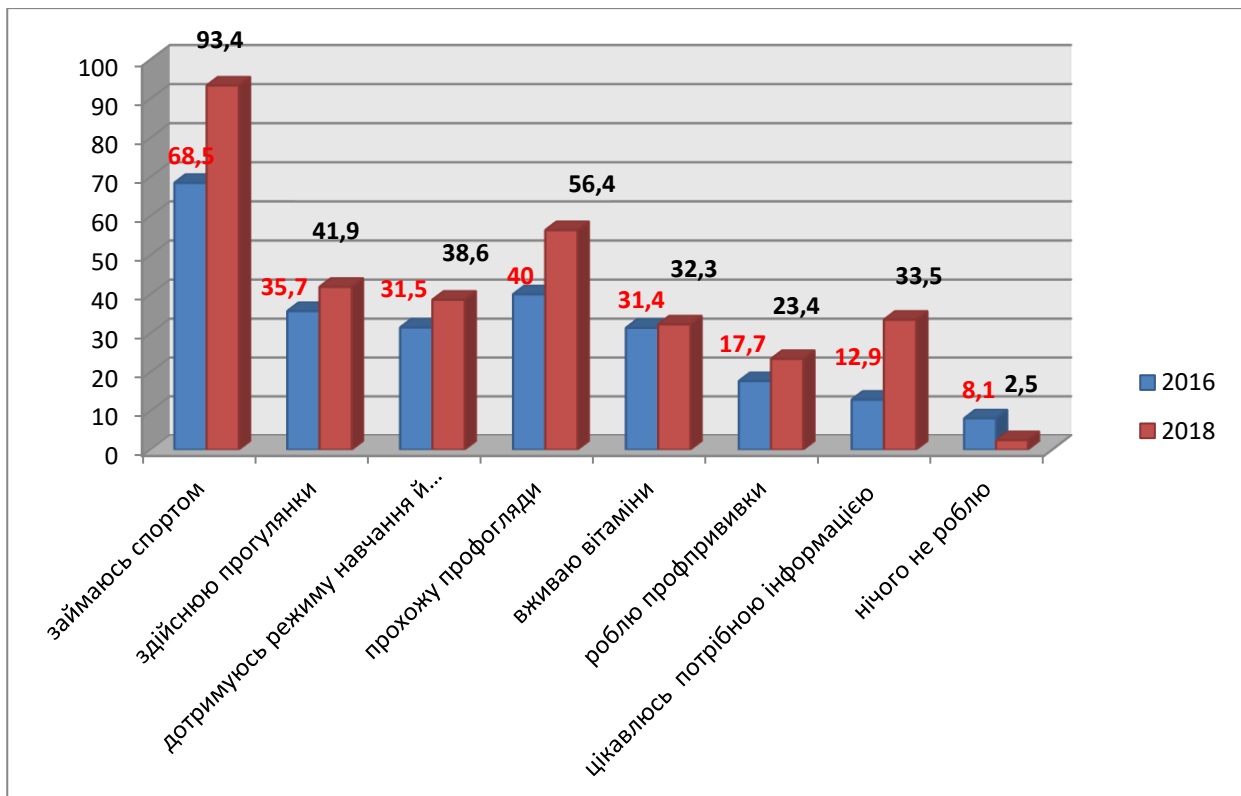


Рис.3.7. Відповіді на питання: «Що Ви робите, щоб зберегти здоров'я?», (% від тих, хто відповів)

Аналогічна тенденція зростання характерна для всіх видів діяльності, спрямованих на збереження здоров'я. При цьому зменшилась кількість тих підлітків, хто нічого не робить в цьому напрямку. Це є ще одним свідченням дієвості мережевої моделі.

Позитивна динамка поведінкових змін щодо здорового способу життя підлітків зберігається і стосовно вживання корисної їжі. Дослідження також продемонструвало, що підлітки рідше стали вживати шкідливі продукти або солодощі. Свідченням позитивних змін у здоровому способі життя підлітків є також відмова від шкідливих звичок.

Таким чином, мотиваційні, діяльнісні та рефлексивні компоненти здорового способу життя підлітків під впливом мережевої моделі мають позитивну динаміку, що підтверджує її результативність.

Поряд з цим, завданням реалізації моделі є також вплив на інших суб'єктів цієї взаємодії, зокрема батьків. У ході аналізу було з'ясовано, що у 2016 році при виникненні проблеми з чотирнадцяти-п'ятнадцятирічними підлітками батьки обирали практику психологічного приниження (крик), обмеження, заборонів, рідше відчуження. Виявлена також категорія підлітків, до яких застосовувалося фізичне покарання. В рамках цього опитування підлітки зазначали, що під час конфліктів батьки:

- обмежують дії, замикають в кімнаті (8,4 % хлопців та 3,6 % дівчат);
- перестають розмовляти (5,3% хлопців та 7,2% дівчата);
- відбирають гаджети (31,6% та 27,7 %);
- забороняють займатися улюбленою справою (8,4% та 3,6 %);
- не пускають гуляти (2,1% та 7, 2%);
- кричать (33,7 % та 38,6 %);
- б'ють (4,2 % та 2,4 %).

Тематика спілкування батьків з підлітками включала наступні питання (див. рис.3.8)

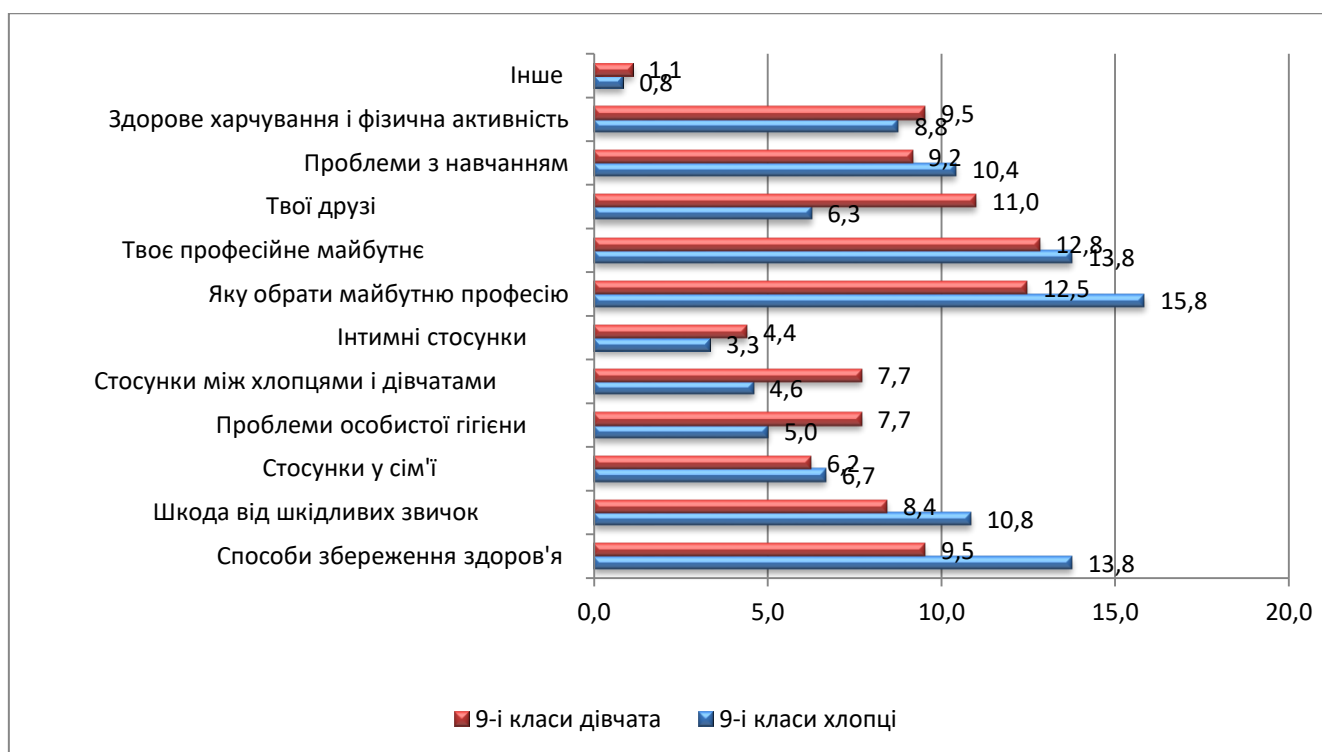


Рис. 3.8. Розподіл відповідей учнів щодо тематики спілкування з батьками (% до тих, хто відповів), 2016 рік

Опитування групи батьків, учасників проекту «Відповідальне батьківство», що проведено в травні 2018 року³¹, свідчить про суттєві зміни у виховних стратегіях батьків. Аналіз відповідей на питання «Як змінилася ваша позиція в стосунках з дитиною?» виявив позитивні тенденції як в конфліктних ситуаціях, так і в психологічному кліматі взаємовідносин взагалі:

- 74% зазначили, що стали більше розмовляти з сином/донькою, разом аналізувати ситуацію;
- 15,3% - іноді висувають вимоги в категоричній формі, але пояснюють мотиви своєї поведінки;
- 8,3% - не можуть повністю позбутися авторитарного стилю виховання, особливо в критичній ситуації;
- 45 % - пропонують різного роду спільні форми дозвілля у вихідні дні;

³¹ Авторське он-лайн опитування батьків, учасників проекту «Відповідальне батьківство» щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (2018 р., опитано 144 респондента. Із них 30 % чоловіків, 70 % жінок)

- 97,2% - простежують певну залежність між власними виховними практиками та практиками своїх батьків;
- 91% - стали більше приділяти уваги особистому здоров'ю та здоров'ю дитини;
- 17,4 % зазначили, що їм потрібна індивідуальна психологічна допомога;
- 63,9% - запропонували організувати клуб сімейного дозвілля в освітньому закладі;
- 36,1% - потрібні навички управління власними негативними емоціями;
- 5,5% побачили усі недоліки як суперопіки, так і ліберального стилю виховання;
- 22,2% - не можуть переконати чоловіка/жінку у необхідності зміни виховної стратегії.

Опитування учнів свідчать, що з 2016 по 2018 рр. суттєво змінилась тематика спілкування батьків з підлітками. Значно більше приділяється уваги питанням здоров'язбережувальної спрямованості (див.рис.3.9).

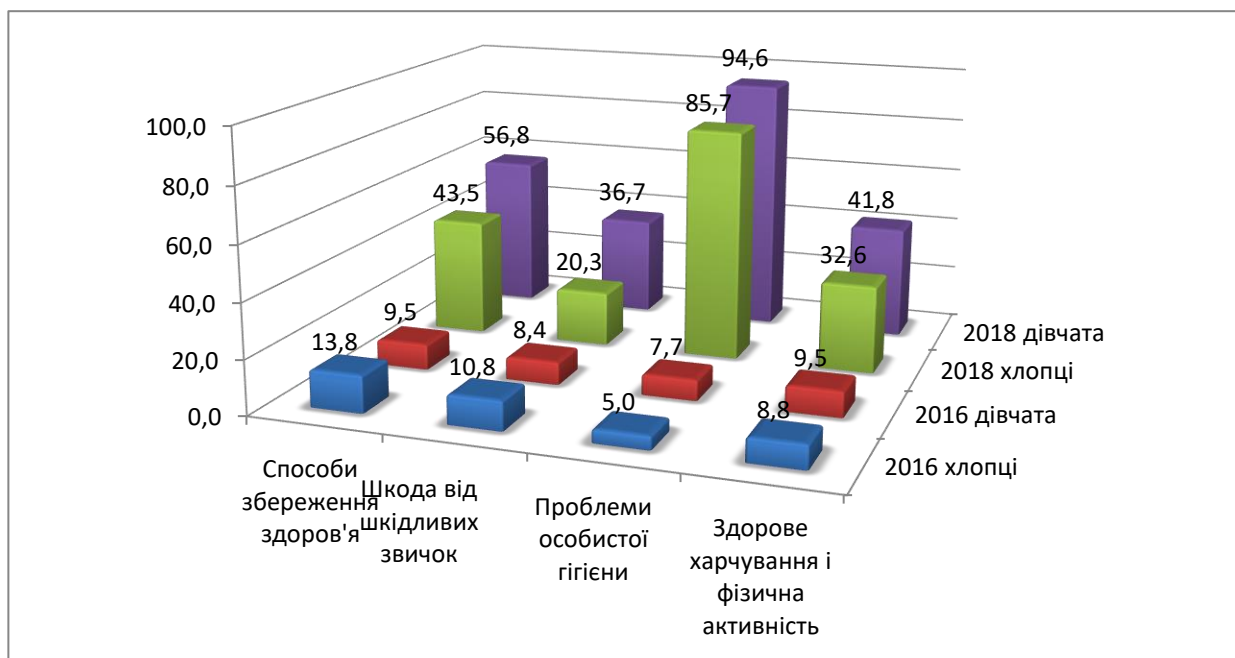


Рис.3.9. Розподіл відповідей учнів щодо тематики спілкування з батьками на питання здоров'я збережувальності (% до тих, хто відповів), 2018 р.

Наше дослідження³² продемонструвало також і той факт, що зросла питома вага батьків як джерел інформації про здоровий спосіб життя для підлітків (див.рис.3.10). Зазначимо, що аналогічна ситуація склалася і відносно всіх суб'єктів мережевої моделі, що ще раз свідчить про її результативність.

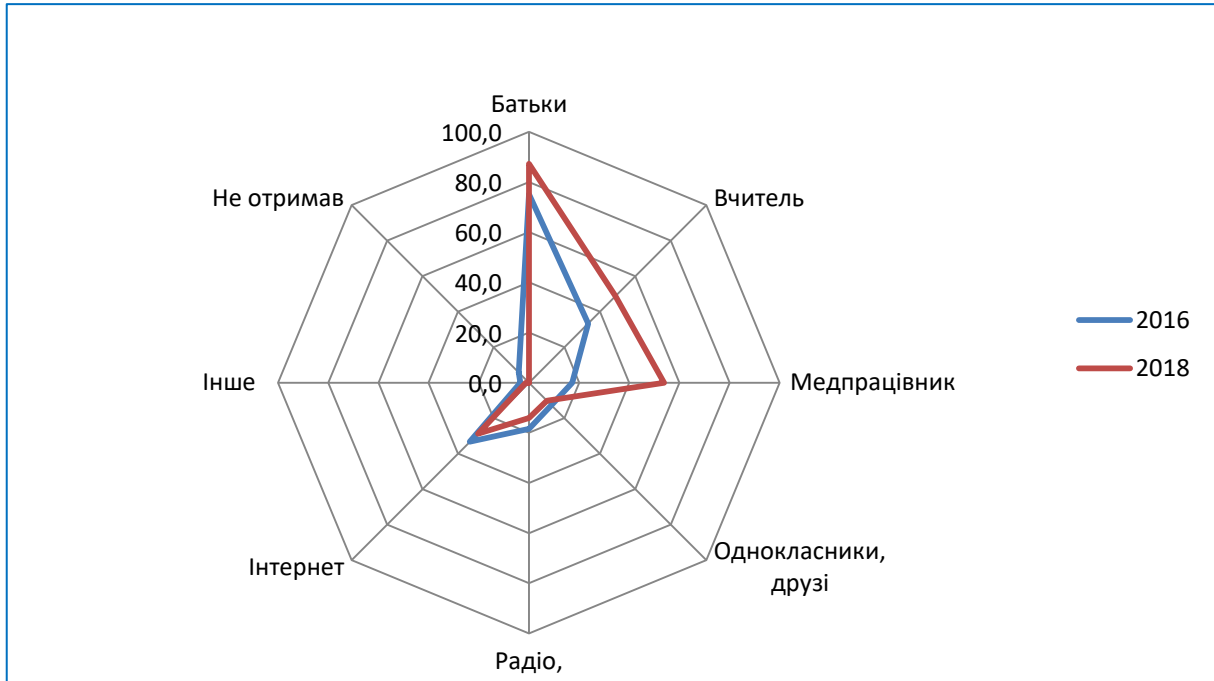


Рис.3.10. Динаміка питомої ваги джерел інформації про здоровий спосіб життя за останній місяць (% до тих, хто відповів).

Участь в проекті вплинула, хоча і не в значній мірі, на поведінкові практики батьків. За результатами їх опитування (2018 рік) майже не змінилися звички стосовно тютюнопаління, вживання різної міцності алкогольних напоїв. Проте 19,5% батьків стали відвідувати спортивні зали, 6,9% виїжджають на велопогулянки разом з дітьми, 9,9% - змінили практики харчування, 15,5% пройшли комплексне медичне обстеження.

Таким чином, результати опитування свідчать про позитивні зміни серед батьків підлітків, що безумовно впливає на їх здоровий спосіб життя.

Важливими показниками результативності функціонування мережі є

32 Авторське он-лайн опитування підлітків, їх батьків, педагогів щодо реалізації ними поведінкових стратегій здоров'язбережувальної спрямованості та здорового способу життя (2018 р., опитано 308 респондентів. Із них 54 підлітка 16-17 років (56 % дівчата, 44 % - юнаки) 81 педагог, 173 батьків (29 % чоловіків, 71 % жінок)

позитивні зміни в її параметрах. По-перше розглянемо, як змінювалась сама мережа (див. рис.3.11).

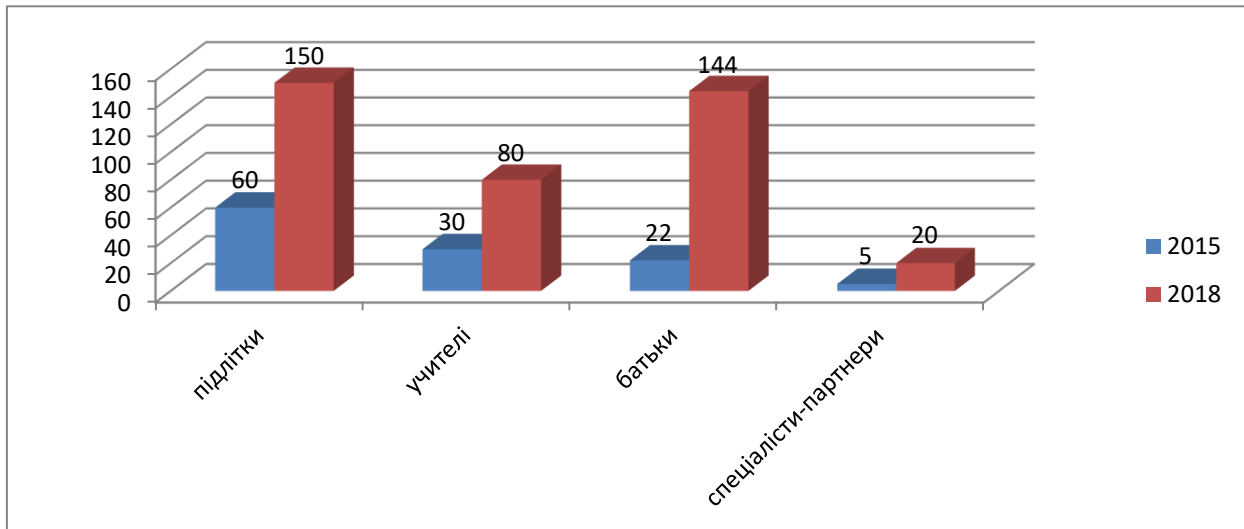


Рис.3.11. Динаміка основних складових мережі 2015-2018 рр.

Аналіз продемонстрував, що приріст за окремими категоріями партнерів склав: підлітки – у 2,5 рази, учителі – 2,66, батьки – у 6,5 рази, партнери – у 4 рази.

За період з 2016 року суттєво змінились якісні та кількісні показники залучення спеціалістів, що опікуються проблемами підлітків (без врахування студентів закладів вищої медичної освіти) (див. рис. 3.12).

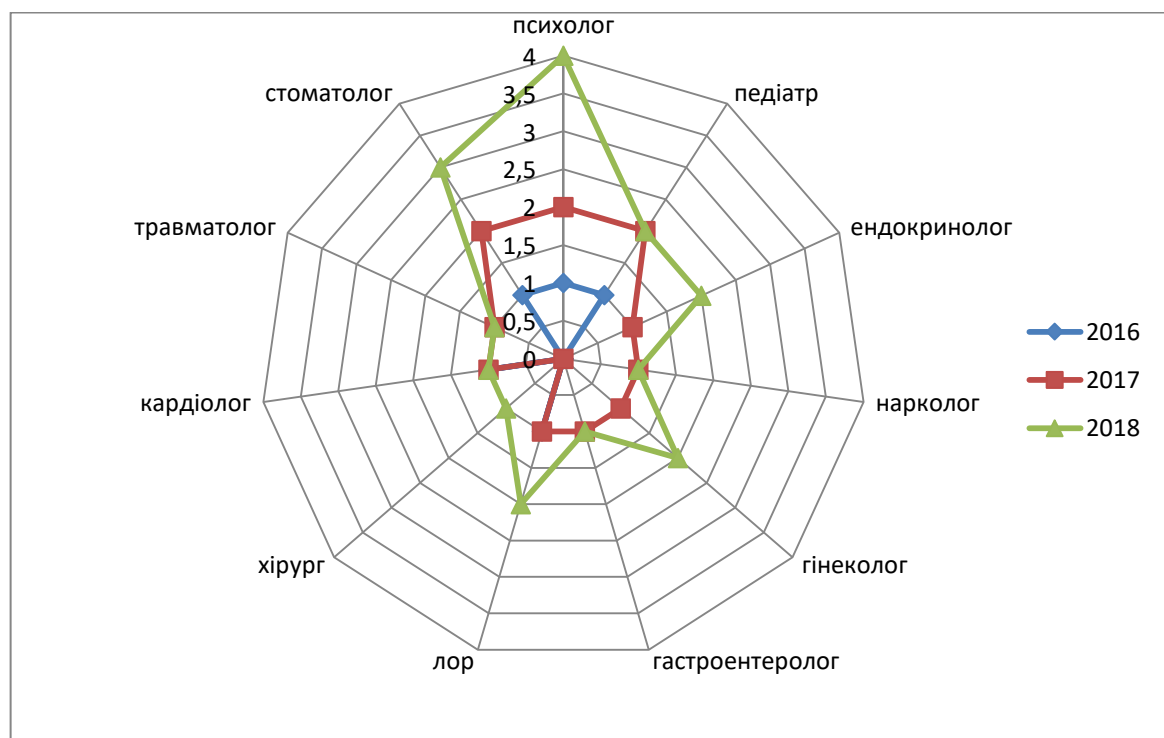


Рис. 3.12. Динаміка участі спеціалістів-партнерів в мережевій взаємодії

Змінилась також інтенсивність включеності батьків до проекту «Відповідальне батьківство», особливо з боку матерів (див. рис. 3.13).

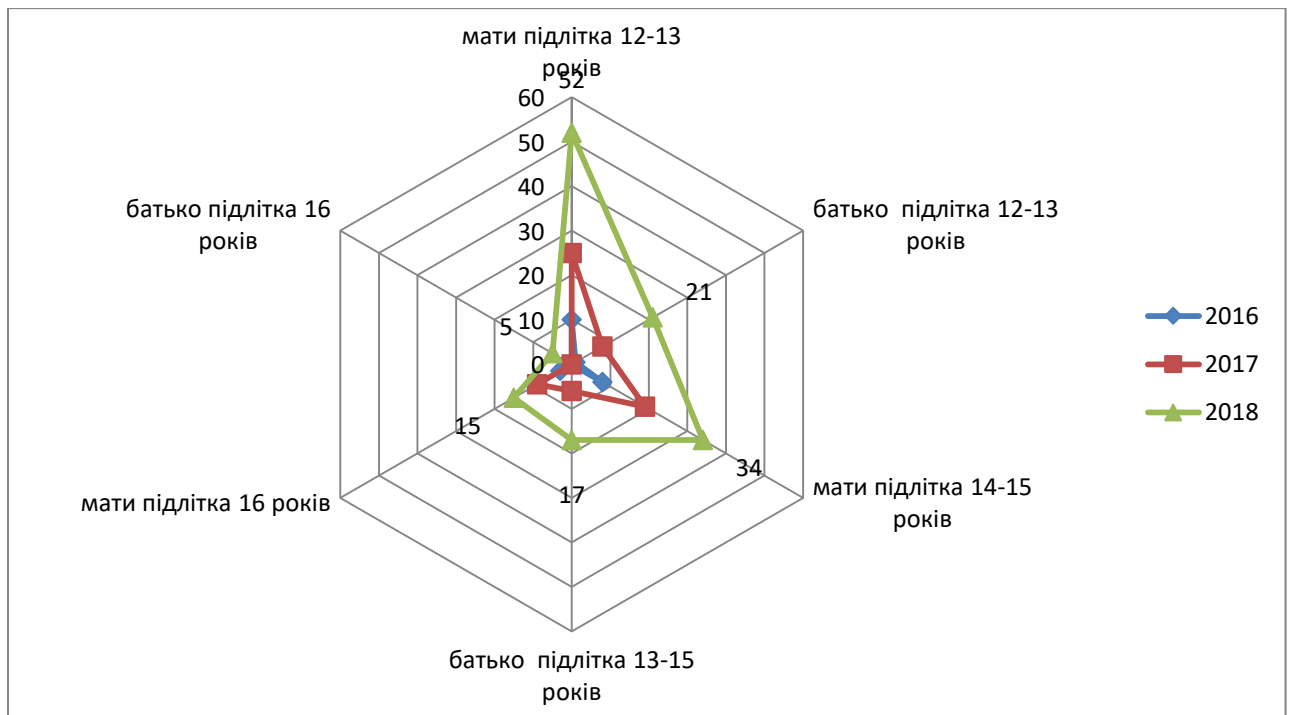


Рис.3.13. Динаміка участі батьків підлітків 12-16 років у проекті «Відповідальне батьківство»

Найбільш затребуваною такою формою підвищення батьківської компетентності виявилась серед батьків дванадцяти-тринадцяти річних підлітків. Саме на цей вік приходить пік невирішених проблем серед батьків та дітей. Проте батьки шістнадцятирічних підлітків вважають, що їх вплив на дітей суттєво зменшується, тож активності щодо підвищення власного рівня батьківської компетентності майже не проявляють.

Важливим аспектом оцінки результативності моделі, поряд з оцінками окремих складових її функціонування, є її комплексна оцінка. Для здійснення такої оцінки ми порівняли результативність впливів на здоровий спосіб життя мережевої (нелінійної) моделі (гімназія №14) та лінійної (загальноосвітні школи).

На основі дисперсійного однофакторного аналізу нами визначено наявність впливу освітнього середовища на окремі чинники, що визначають поведінкові практики стосовно здоров'я. Так, в умовах лінійної моделі формування здорового

способу життя, освітнє середовище впливає на сім чинників, що складає 21% від досліджених. Це стосується перш за все такого аспекту здорового способу життя, як здорове харчування. Тож «лінійна» школа з рівнем достовірності $p < 0,05$ впливає на обмеження споживання шкідливих продуктів, зокрема газованих солодких напоїв, копченостей, майонезі, соусів, фастфудів, «вуличної їжі», чіпсів та сухариків. Крім того виявлений вплив на самооцінку рівня піклування за здоров'ям (див. табл. 6 у додатку А).

У той час вплив, хоча і в суттєво різному ступені, освітнього середовища, в якому реалізується мережева (нелінійна) модель взаємодії інституту сім'ї, освіти та охорони здоров'я, спостерігається відносно 22 чинників, що складає 66,6% від досліджених. Так з'ясовано, що «нелінійна школа» з рівнем достовірності $p < 0,05$ спроможна впливати на відмову від паління підлітків, на зменшення спалених сигарет, на недопущення або відмову від вживання наркотиків, пива, слабоалкогольних напоїв як ром-кола, «енергетиків», міцних алкогольних напоїв, а також обмеження на перебування в компанії, де вживають алкоголь. Також під вплив підпадають харчові уподобання підлітків, а саме споживання ковбас, копченостей, риби, сиру, свіжих овочів. Позитивним є те, що нелінійна модель впливає на обмеження споживання шкідливої їжі, зокрема солодких газованих напоїв, соусів, фастфуду, «вуличної їжі», чіпсів, сухариків, «швидкої їжі». Крім того спостерігається вплив на культуру спілкування підлітків, зокрема в питаннях використання нецензурної лексики. Незважаючи на те, що детермінантою освітнього процесу є інтелектуальний розвиток, фізичному розвитку підлітків приділяється значна увага. Тож зрозумілим є те, що освітнє середовище впливає на обрання підлітками різного роду спорту. Під впливом соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я формується об'єктивна самооцінка підлітком ступеню піклування за власним здоров'ям, а також поведінковий еталон стосовно здорового способу життя, співвідношення безпечна/небезпечна поведінка. Аксіологічне ставлення до здоров'я, його місце у власній ієрархії життєвих цінностей визначає ставлення підлітка до здорового способу життя. В цьому питанні ми також спостерігаємо суттєвий вплив нелінійної моделі профілактичної діяльності

освітнього закладу.

Резюмуючи викладене, можна стверджувати, що реалізація моделі мережевої взаємодії таких соціальних інститутів як сім'я, освіта та охорона здоров'я більшою мірою, ніж лінійна модель, впливає на різні аспекти здорового способу життя підлітків. Це пов'язано з виникненням синергетичного ефекту, коли взаємодія соціальних інститутів призводить до посилення впливу кожного із них окремо. Але при цьому необхідно взяти до уваги, що деякі чинники здорового способу життя знаходяться в лінійній залежності від стилю та якості життя родини, зокрема це споживання життєво необхідних для підлітка продуктів харчування.

Ще один аспект вимірювання результативності моделі як цілісної системи впливу – це загальна якість її організації та тих просвітницьких програм, що реалізуються в мережі. Зважаючи на те, що нам потрібно було врахувати як якісні, так і кількісні показники й індикатори, ми звернулися до методу аналізу ієрархій (MAI) [231, с. 104].

Метод аналізу ієрархій передбачає структурування показників у вигляді ієрархій та подальше їх попарне порівняння по відношенню до їх впливу на загальну мету. Для реалізації таких задач використовують експертні оцінки. За результатами експертного опитування³³ нами була сформована ієрархія показників та індикаторів. На першому рівні ієрархії було виокремлено такі групи укрупнених показників:

- досягнення цілі щодо побудови мережі;
- оцінка якості мережевих програм, орієнтованих на формування здорового способу життя.

До складу цих двох груп входять показники та індикатори другого рівня, представлені на рис. 3.14.

³³ Експертне опитування представників медичних установ, медичних освітніх закладів, адміністрації освітніх закладів (n=20, 2016 р.).

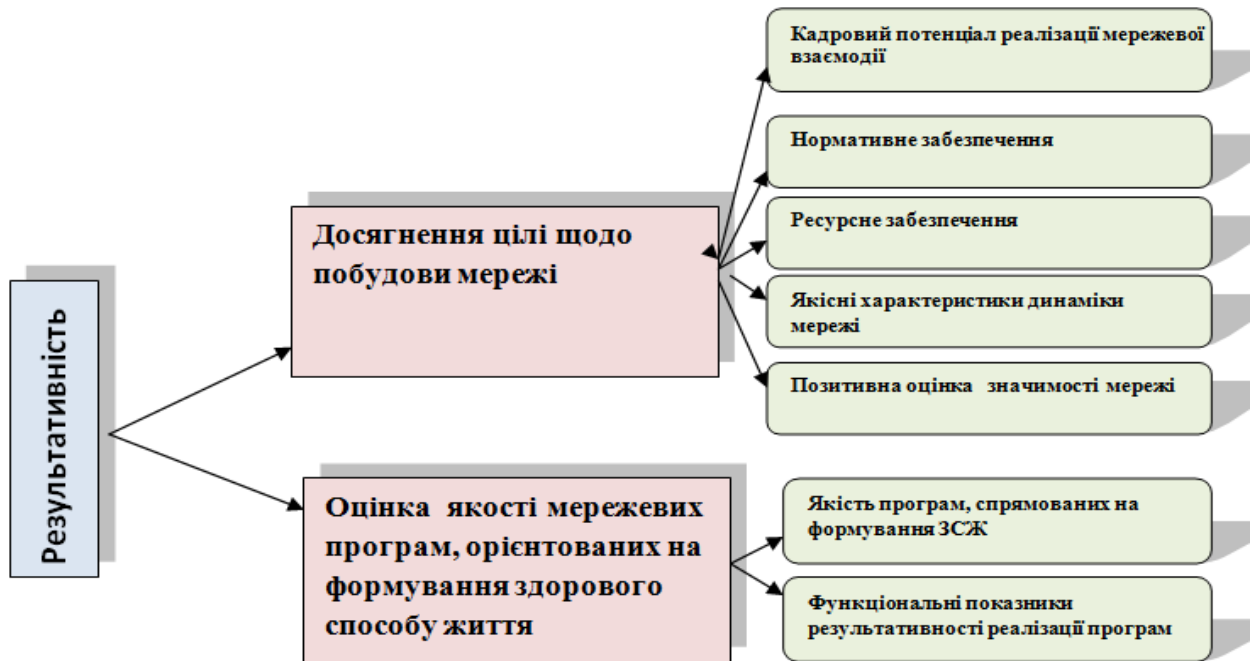


Рис. 3.14. Показники та індикатори для оцінки результативності моделі

У цілому експертами було виокремлено показники трьох рівнів: перший – показники за групами критеріїв (наприклад, структурні особливості мережі). З точки зору експертів, показники 1 рівня впливають на результативність діяльності мережі в рівній мірі, тож їх вагомість буде складати 0,5 (див. табл. А.7). Показники другого рівня є конкретизуючими щодо першого рівня, його складовими (наприклад, нормативно-методичне забезпечення, кадрове забезпечення мережі тощо). Сума їхньої ваги дорівнює 0,5 – вазі показнику першого рівня. Показники третього рівня є індикаторами показників другого рівня (наприклад, наявність спільних просвітницьких програм для різних цільових аудиторій, що будуть реалізуватися в мережі) і їхня сума дорівнює вазі показників другого рівня.

За допомогою експертних оцінок шкали та вагомість індикаторів та показників оцінки узгоджені між собою (див. табл. А8). Вимірювання за цими показниками за участю експертів дозволило отримати дані, що надають можливість оцінити результативність експерименту.

Для прикладу розглянемо показники та індикатори для оцінки результативності моделі крізь структуру мережевої взаємодії. За результатами експертного опитування вагомість показників, що свідчать про наявність мережевої

структури, не рівноцінна. Для встановлення відносної важливості елементів ієрархії використовується шкала парних порівнянь (див. табл.3.2).

Таблиця 3.2

Шкала парних порівнянь (за Т. Сааті) [195]

| Відносна важливість (бали) | Визначення | Пояснення |
|---|--|--|
| 1 | однакова важливість | обидва елементи вносять однаковий вклад |
| 3 | один елемент трохи важливіший за другий | досвід дозволяє поставити один елемент трохи вище за другий |
| 5 | суттєва перевага | досвід дозволяє встановити безумовну перевагу одного над другим |
| 7 | значна перевага | один елемент настільки важливіший за другий, що є практично значимим |
| 9 | абсолютна перевага одного над другим | очевидність переваги підтверджується більшістю |
| 2,4,6,8 | проміжні оцінки між сусідніми твердженнями | компромісне рішення |
| обернені величини чисел, наведених вище | якщо при порівнянні одного елемента з другим, отримане одне з вищевказаних чисел (1-9), то при порівнянні другого з першим, матимемо обернену величину | |

У ході експертного опитування та подальшого обговорення було визначено відносну важливість кожного показника при їх попарному порівнянні (див. табл. 3.3).

Матриця парних порівнянь для другого рівня ієрархії

| Наявність структури мережевої взаємодії | Кадровий потенціал реалізації мережевої взаємодії | Нормативно-методичне забезпечення | Ресурсне забезпечення | Якісні характеристики динаміки мережі | Позитивна оцінка значимості | Вектор пріоритетів | Нормалізований вектор | Власне число |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------|--------------|
| Кадровий потенціал | 1 | 1/2 | 3 | 2 | 3 | 1,55 | 0,34 | 1,41 |
| Нормативне забезпечення | 2 | 1 | 3 | 1/2 | 3 | 1,55 | 0,34 | 1,41 |
| Ресурсне забезпечення | 1/3 | 1/3 | 1 | 1/3 | 1/2 | 0,46 | 0,10 | 1,2 |
| Якісні характеристики динаміки мережі | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0,25 | 0,05 | 0,24 |
| Позитивна оцінка значимості | 1/3 | 1/3 | 2 | 1 | 1 | 0,78 | 0,17 | 0,78 |
| Сума по стовпчику | 4,16 | 4,16 | 12,0 | 4,83 | 8,5 | 4,59 | 1 | 5,04 |

На основі результатів попарного порівняння нами було зроблено розрахунок вектору пріоритетів для кожного показника:

$$1\text{-го показника: } 5\sqrt{1 * 0,5 * 3 * 2 * 3} = 1,55 ;$$

$$2\text{-го: } 5\sqrt{2 * 1 * 3 * 0,5 * 3} = 1,55;$$

$$3\text{-го: } 5\sqrt{0,33 * 0,33 * 1 * 0,33 * 0,5} = 0,46;$$

$$4\text{-го: } 5\sqrt{2 * 2 * 3 * 1 * 1} = 0,25;$$

$$5\text{-го: } 5\sqrt{0,33 * 0,33 * 2 * 1 * 1} = 0,78.$$

Сума вектора пріоритетів дорівнює: $S = \sum a, b, c$, тоді нормалізований вектор знаходимо за формулою:

$$x_{1,2,3,..n} = (a,b,c..) / S$$

$$\lambda_{\max} = \sum_{kl} (\sum a_{kl}) x_{k,}; \text{ де}$$

k- номер строки, l- номер стовбця, a_{kl} – судження із матриці парних порівнянь,

x_k – компонента нормалізованого вектору пріоритетів X

$$\lambda_{\max} = (\sigma_{1.1} + \sigma_{2.1} + \sigma_{3.1} + \sigma_{4.1} + \sigma_{5.1}) * X_1 + (\sigma_{1.2} + \sigma_{2.2} + \sigma_{3.2} + \sigma_{4.2} + \sigma_{5.2}) * X_2 + \dots$$

$$\lambda_{\max} = 5,04$$

$$(IY) = \frac{5,04 - 5}{5 - 1} = 0,1$$

Для n=5 ВУ=1,12. Узгодженість $0,1/1,12=0,09$ або 9 %.

Даний числовий показник свідчить про узгодженість думок експертів.

Враховуючи вагомість показника 1 рівня (наявність структури мережевої взаємодії) знаходимо коефіцієнти вагомості для показників 2 рівня (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Таблиця узгодження показників вимірювання результативності мережі першого та другого рівнів

| Показники ієрархії 2 –го рівня | Розрахунок коефіцієнту вагомості |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Кадровий потенціал | $0,5 * 0,34 = 0,17$ |
| Нормативне забезпечення | $0,5 * 0,34 = 0,17$ |
| Ресурсне забезпечення | $0,5 * 0,1 = 0,05$ |
| Якісні характеристики динаміки мережі | $0,5 * 0,05 = 0,025$ |
| Позитивна оцінка значимості | $0,5 * 0,17 = 0,085$ |

Таким же чином розраховуємо вагомість інших показників усі рівнів ієрархії.

Оцінювання результативності з урахуванням значимості кожного із показників розраховується за формулою:

$$P = \sum_{i=1}^{n-1} w_i \frac{x_{\text{факт } i}}{x_i}, \text{ де}$$

P- оцінка результативності

n - кількість цільових показників;

w_i – вага i -го цільового показника;

x_i - заплановане значення i -го цільового показника;

У разі $P \geq 0,75$ – програма результативна

$0,5 < P < 0,75$ - модель результативна, але потребує корегування

$P < 0,5$ – модель не результативна.

Користуючись наведеною нами ієрархічною системою показників, ми здійснили розрахунки оцінки результативності реалізації моделі мережевої взаємодії сім'ї, школи та органів охорони здоров'я. Показник результативності реалізації запропонованої моделі у Харківській гімназії № 14 був розрахований за наведеною вище формулою (див. табл. А.8), що у підсумку дає можливість визначити ефективність експерименту.

$$P=0,766$$

Враховуючи, що даний показник вище 0,75, запроваджена нами модель мережевої взаємодії вважається результативною.

Резюмуючи викладене, можна стверджувати, що реалізація моделі мережевої взаємодії таких соціальних інститутів як сім'я, освіта та охорона здоров'я сприяє поширенню впливу на різні аспекти здорового способу життя підлітків.

Висновки до розділу 3

У розділі здійснено аналіз зон впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків в сучасних умовах та запропоновано мережеву модель їхньої взаємодії. Для оцінки такого впливу використано три типи даних: оцінка практик соціальних інститутів щодо формування здорового способу життя підлітків; процедура однофакторного дисперсійного аналізу, яка дозволила визначити наявність впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на компоненти здорового способу життя; угруповання показників здорового способу життя на «здоров'язбережувальні практики» та «здоров'яруйнівні практики».

Емпіричні дослідження дозволили зробити висновок, що в сучасних умовах

родина має вплив на обмежену кількість складових здорового способу життя підлітків, і він майже рівномірно розподілений між «здоров'язберезувальними» та «здоров'яруйнівними» практиками.

Школа, як і сім'я, має вибірковий вплив на різні компоненти здорового способу життя підлітків. Угрупування напрямків такого впливу демонструє перевагу проблемних для здорового способу життя підлітків компонентів, що можна пояснити обмеженістю практик для наслідування в цьому соціальному інституті.

Інститут охорони здоров'я має мінімальну кількість зон впливу на здоровий спосіб життя сучасних підлітків, володіючи при цьому максимальною компетентністю в цих питаннях.

Доведено наявність потенціалу деструктивного впливу на підлітків кампанії, в якій вони перебувають.

Узагальнення результатів однофакторного дисперсійного аналізу продемонструвало відсутність системності впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на здоровий спосіб життя підлітків. Жодна із складових здорового способу життя не випробовує вплив усіх трьох інститутів. Під впливом більш ніж одного інституту знаходяться такі складові здорового способу життя підлітків, як: тютюнопаління, споживання м'яса (інститути освіти та охорони здоров'я); вживання наркотиків, споживання соків, копченої риби, сиру, час першої спроби алкоголю, перших інтимних стосунків (сім'я та освіта). Без впливу інститутів, що досліджуються, залишається: споживання цукерок, здобних виробів, риби, йогуртів, морозива, свіжих овочів. Жоден із соціальних інститутів не має вирішального впливу на оцінку безпечності поведінки підлітків та ієрархію життєвих цінностей.

На основі комплексного аналізу напрямків впливу соціальних інститутів на здоровий спосіб життя підлітків зроблено висновок, що жодна із інституцій не в змозі самостійно сформуванати у підлітків ціннісно-позитивне ставлення до здоров'я, обрання ними здорового способу життя. Необхідна системна взаємодія сім'ї, освіти та закладів охорони здоров'я.

Взявши до уваги результати вивчення впливу різних інституцій на процес формування вибору підлітками здорового способу життя, спираючись на потенціал теоретичних розробок щодо створення мережі, зокрема в освіті, запропонована модель мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя підлітків. Модель вибудована на основі багатосторонньої та багаторівневої взаємодії мережевих вузлів. Обґрунтовано, що найбільш відповідним варіантом структурування моделі є матрична структура, заснована на горизонтальній взаємодії з максимально можливою кількістю з'єднань та залученням будь-якої кількості учасників.

Схарактеризовано організаційно-процесуальні компоненти діяльності суб'єктів мережевої взаємодії у вирішенні спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків, а також підвищення батьківської компетентності в контексті здоров'язбереження. Запропоновано етапи її побудови та реалізації: методологічний, діяльнісний та результативний.

Здійснено аналіз результативності запропонованої моделі мережевої взаємодії. Виявлено, що у результаті впровадження моделі зросла кількість підлітків, які усвідомлюють цінність здоров'я, цікавляться відповідною інформацією, займаються спортом, проходять медичні огляди тощо. Також спостерігається позитивна динаміка поведінкових змін щодо здорового способу життя підлітків за параметрами: споживання корисної їжі, відмова від шкідливих звичок.

Опитування батьків – учасників проєкту «Відповідальне батьківство» свідчить про суттєві зміни у виховних стратегіях батьків: з 2016 по 2018 рр. суттєво змінилась тематика спілкування батьків з підлітками – значно більше уваги стало приділятися питанням здоров'язбережувальної спрямованості; більше батьків стали відвідувати спортивні зали, виїжджати на велопрогулянки разом з дітьми, змінили практики харчування, пройшли комплексне медичне обстеження.

Важливим аспектом оцінки результативності моделі, поряд з оцінками окремих складових її функціонування, є її комплексна оцінка порівняно з іншими моделями. Порівняння результативності впливу на здоровий спосіб життя

мережевої та лінійної моделей продемонструвало, що в умовах лінійної моделі освітнє середовище впливає на 21% від досліджених складових здорового способу життя підлітків. У той час вплив освітнього середовища, в якому реалізується мережева модель взаємодії інституту сім'ї, освіти та охорони здоров'я, спостерігається на 66,7% складників.

Комплексна оцінка якості реалізації програм, що наявні в мережі, здійснена за допомогою методу аналізу ієрархій, продемонструвала, що показник ефективності моделі складає 0,766, і це дає змогу зробити висновок, що запропонована модель мережевої взаємодії є результативною.

Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора [71; 150; 251; 252; 257].

ВИСНОВКИ

На підставі вирішення наукового завдання в результаті досягнення мети дослідження у дисертації виявлено потенціал мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя сучасних українських підлітків та обґрунтовано її оптимальну модель.

Аналіз наукової спадщини продемонстрував наявність різних підходів до розуміння здоров'я, способів його збереження та зміцнення. Спираючись на поліпарадигмальний підхід у дослідженні здоров'я та метод ретроспективного аналізу досліджено генезис парадигми здоров'я в різні епохи розвитку людства та визначено загальні сутнісні риси даного феномену задля осмислення дискурсу здорового способу життя сучасних підлітків.

Аналіз філософської, соціологічної спадщини продемонстрував, що визначення сутності феномена здоров'я здійснювалось в контексті таких підходів як холістичний, дискурсивний, еволюціоністський, соціокультурний, нормоцентричний, аксіологічний, феноменологічний, антропоцентричний, акмеологічний, адаптаційний тощо. Їх розгляд дозволив дійти висновку про доцільність використання в сучасних умовах інтегративного підходу, який розглядає здоров'я як сукупність фізичних, соціальних, психологічних та духовних компонентів, диференційований стан яких характеризує здатність людини адаптуватися до навколишнього середовища та виконувати соціальні ролі та функції у ньому. При розгляді феномена здоров'я акцентовано увагу на можливість його аналізу в різних контекстах: «здоров'я – здатність», «здоров'я – потреба», «здоров'я – можливість», «здоров'я – цінність», «здоров'я – норма», «здоров'я – капітал», «здоров'я – ресурс».

Проведений теоретико-методологічний аналіз моделей здоров'я (п'ятивимірної, чотирьохсферної та трьохкомпонентної пірамідальної) дозволив обґрунтувати ефективність використання для соціологічного дослідження здорового способу життя чотирьохсферної моделі, яка містить складові фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я, що в сукупності визначають стан

здоров'я людини.

Показано, що комбінація різних складових в індивідуальному здоров'ї пов'язана зі способом та/або стилем життя особистості. Аналіз теоретичних підходів до вивчення способу життя свідчить, що найбільш прийнятними в контексті тематики дисертаційного дослідження є розгляд впливу соціальних детермінант умов життєдіяльності, характерних для конкретного етапу розвитку суспільства на суспільні практики соціального суб'єкта, а також акцентування уваги на механізмах саморегуляції соціального суб'єкта, пов'язаних з його ставленням до умов життя та діяльності, з його потребами, ціннісними орієнтаціями, ставленням до соціальних норм. Відповідно, використання поняття «спосіб життя» пов'язується з такими основними акцентами аналізу, як види життєдіяльності та способи їх здійснення. Використання цього поняття передбачає акцентування уваги на типізованих соціальних практиках крізь призму їхньої нормативності.

Аналіз теоретичних підходів до вивчення стилю життя свідчить про його полісемантичність. Він розглядається в якості складової способу життя, способу повсякденної поведінки індивіда тощо. Продемонстровано, що поняття «стиль життя» є відображенням індивідуального в соціальному, тож стиль життя передбачає варіативність вибору в межах соціально можливих варіантів.

Проведений порівняльний аналіз понять «спосіб життя» і «стиль життя» дозволив виокремити п'ять основних ліній розбіжностей між ними, на основі яких зроблено висновок про субкатегоріальність «стилю життя» щодо «способу життя». Показано можливості використання цих понять для дослідження феномену індивідуального здоров'я. При цьому здоровий спосіб життя постає як сукупність типізованих практик, спрямованих на збереження та підтримку здоров'я, що має суспільну цінність та значущість для виконання соціальних ролей. Здоровий спосіб життя розглядається як загально-нормативна суспільна практика життя, еталонна модель поведінки стосовно здоров'я, в той час як здоровий стиль життя обумовлюється індивідуальними особливостями здоров'я людини та її потребами у певному стані здоров'я. Здоровий стиль життя передбачає вільне обрання індивідуальних поведінкових практик стосовно здоров'я. Відповідно здоровий стиль

життя можна представити як індивідуалізований варіант здорового способу життя.

Аналіз структури здорового способу життя дозволив угрупувати його складові таким чином: фактологічна, оцінна, інструментальна групи. До першої віднесено ті компоненти, які характеризують спосіб життя людини відносно свого здоров'я та знання про нього, до другої – компоненти, що пов'язані з оцінками різних аспектів здоров'я людини, третя – відбиває макро-, мезо-, мікрое впливи на людину відносно її поведінки по відношенню до здоров'я. Доведено доцільність використання показників цих груп для емпіричних досліджень феномену здорового способу життя підлітків.

Здійснено аналіз теоретичних та практичних аспектів функціонування сучасних суспільств, які визначають специфіку впливу макрофакторів на здоровий спосіб життя особистості. Враховуючи мережевий характер сучасного суспільства, здійснено теоретичний аналіз базових елементів мережевої концепції, що дозволило продемонструвати багат шаровість впливу соціуму на процес формування та реалізації здорового способу життя підлітків.

Проведений аналіз функціонального потенціалу впливу соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я на формування здорового способу життя підлітків показав, що ці соціальні інститути задають певні рамки життєдіяльності підлітків та конструюють мережі, до яких вони можуть залучатися. При цьому в мережевій взаємодії соціальні інститути можуть розглядатися як мережеві структури, які завдяки реалізації своїх функцій формують здоров'язбережувальний або здоров'язирикований простір.

Зважаючи на те, що вивчення способу і стилів життя сучасних підлітків зумовлено специфікою їх психофізіологічного розвитку, зокрема в тих культурно-історичних умовах, в яких відбувається соціалізація даної соціально-вікової категорії, у роботі зосереджено увагу на розгляді їх характерних рис та поведінкових практик, в першу чергу в контексті здоров'язбереження, віддзеркалення яких спостерігається в різних сферах їх життєдіяльності.

Для портретування підлітків використано як теорії психічного розвитку особистості, так і теорію поколінь, що надало можливість доповнити перелік

універсальних характеристик підлітків специфічними, які продукуються інформаційним суспільством і мають суттєвий вплив на їхні стилі життєвої практики. Показано, що сучасні підлітки як представники цифрової генерації проводять значну кількість часу в мережі Інтернет, який стає фактором, що визначає спосіб їхнього життя. Інтернет розширює межі соціальних зразків поведінки, завдяки чому підлітки засвоюють різні поведінкові стратегії.

Мережевий характер взаємодії соціальних суб'єктів у сучасному суспільстві надає можливість поєднання у життєвому світі підлітків різних за спрямованістю та змістом мереж. Тож спосіб життя сучасних підлітків різниться варіативністю, надаючи можливість досліджувати стилі життя підлітків. На основі систематизації характерних рис підлітків, їхніх поведінкових практик, які відповідають здоровому або руйнівному способу життя, запропоновано наступні стилі життя: здоров'язбережувальний активний, здоров'язбережувальний ситуативний, ризиково-пасивний залежний, ризиково-активний.

Систематизація практик соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я, що реалізуються для формування здорового способу життя сучасних підлітків, продемонструвала, що, незважаючи на їхню різноманітність, вони не враховують специфіки сучасного суспільства та підлітків, що негативно відбивається на формуванні їхнього здорового способу життя. Використання спонтанних форм мережевої взаємодії не є дієвим у цьому напрямку.

Узагальнення статистичних даних, щодо стану здоров'я підлітків, результатів емпіричних досліджень, показники та індикатори яких відповідають обраній нами чотирьохсферній моделі здоров'я, свідчить про загальну тенденцію до зростання захворюваності та поширеності хвороб серед підлітків 15-17 років, що є наслідками їх способу життя. Зважаючи на те, що конструювання способу життя значною мірою детермінується оцінками підлітками індивідуального здоров'я, суб'єктивна оцінка здоров'я при наявності проблем з його реальним станом впливає на поведінкові практики, тобто спосіб життя. Так, завищений показник задоволеності власним здоров'ям мінімізує потребу в його збереженні чи корегуванні, що не стимулює здоровий спосіб життя.

Слід зазначити, що при сприйнятті переважною більшістю підлітків першорядності способу життя у порівнянні із зовнішніми чинниками впливу на стан здоров'я, спостерігається відсутність у них позитивного відношення до здорового способу життя. Показано, що інформованість про чинники впливу на стан здоров'я не гарантує зміни установок свідомості на здоровий спосіб життя. Тож в контексті дотримання режиму здорового способу життя, раціонального харчування, рухової активності, уникнення шкідливих звичок та залежностей, лише незначна частка підлітків реалізують здоров'язбережувальні поведінкові практики.

На основі теоретичного базису (розкриття сутності понять «дозвілля», «здоров'язбережувальна практика») та емпіричних досліджень показано домінування пасивних видів дозвіллевої діяльності підлітків над активними. Провідними видами дозвілля є спілкування в мережі Інтернет, прослуховування музики, зустріч з друзями, просто відпочинок. Аналіз дозвіллевих практик підлітків демонструє достатньо суперечливий їх потенціал для підтримки індивідуального здоров'я, вільний час підлітків не використовується як ресурс з демонстрування готовності слідувати принципам здорового способу життя. Більшість дозвіллевих заходів підлітків не сприяють підтримці здоров'я.

У вітчизняній та зарубіжній соціології набув поширення погляд стосовно того, що найважливішими агентами впливу на формування здорового способу життя підлітків є, окрім інституту сім'ї, соціальні інститути освіти та охорони здоров'я. Зважаючи на те, що вони задають певні рамки життєдіяльності особистості та впливають на спосіб/стиль життя такої соціальної групи як підлітки здійснено аналіз їх практик щодо формування здорового способу життя підлітків.

Аналіз теоретичних викладів та емпіричних досліджень свідчить про суспільну детермінованість інституту сім'ї, незважаючи на всі трансформаційні процеси та функціональні зміни, що відбуваються в межах даної інституції. При цьому акцентується увага на прямій залежності процесу формування здорового способу життя та ступеня виконання інститутом сім'ї соціальних функцій в межах поліваріативних моделей, що існують в постіндустріальному суспільстві.

Інститут освіти, зокрема школа, має вагомий потенціал у формуванні ціннісного ставлення підлітків до індивідуального здоров'я, здоров'яформуючого та здоров'язбережувального способу життєдіяльності. Зважаючи на те, що здоров'язбережувальна та здоров'яформуюча спрямованість даної освітньої структури закріплена чинними законодавчими актами країни, школа реалізує міждисциплінарні комплексні оздоровчі та профілактичні програми. Існує позитивна практика функціонування «Шкіл сприяння здоров'ю», яка базується на загальному («whole school approach to health») конструюванні здоров'яформуючої освіти (як в рамках навчальних програм, так і позанавчальної діяльності), формуванні соціально і фізично безпечного освітнього простору, розвитку в дітей та підлітків відповідних життєвих компетенцій, ефективної системи взаємодії освітніх установ з інститутом сім'ї та громадськістю, також створення дієвої медичної служби. Показано, що на практиці не всі школи здійснюють здоров'язберігаючу і здоров'яформуючу діяльність, а інститут сім'ї часто уникає залучення до системної співпраці.

Соціальним інститутом, функції якого безпосередньо пов'язані з процесом формування здорового способу життя є інститут охорони здоров'я. Здійснений структурно-функціональний аналіз цієї інституції та різних її секторів свідчить про низьку ефективність виконання ними медико-профілактичної та просвітницької функцій. Виокремлено ризики, які притаманні сучасним формам мережевої взаємодії освіти та структур охорони здоров'я.

За результатами проведеного однофакторного дисперсійного аналізу показано, що інститути сім'ї, освіти та охорони здоров'я впливають на різні аспекти здорового способу життя підлітків. Цей вплив розподілений між здоров'язбережувальними та здоров'яруйнівними практиками. Жоден із інститутів не має домінуючого впливу на процес обрання підлітками здорового способу життя й не в змозі самостійно сформувати ціннісно-позитивне ставлення підлітків до індивідуального здоров'я, обрання ними здорового способу життя.

Взявши до уваги результати вивчення впливу різних інституцій на процес формування вибору підлітками здорового способу життя, спираючись на потенціал

теоретичних розробок щодо створення мережі, зокрема в освіті, запропонована модель мережевої (нелінійної) взаємодії соціальних інститутів, основною особливістю якої є наявність багатосторонніх та багаторівневих зв'язків між усіма компонентами, її відкритість, динамізм. Показано, що найбільш відповідним варіантом структурування моделі є матрична структура, заснована на горизонтальній взаємодії з максимально можливою кількістю з'єднань та залученням будь-якої кількості учасників. Дана структура може відобразитися в трьох варіантах: «концентрована мережа», «розподільна мережа», «ланцюгова модель». Показано, що мережеві структури, побудовані за типом «концентрованої мережі» та «ланцюгової моделі» є більш керованими в аспекті формування здорового способу життя.

Викладена організаційно-процесуальна характеристика діяльності суб'єктів мережевої взаємодії по вирішенню спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків, а також підвищення батьківської компетентності в контексті здоров'язбереження. Запропоновано етапи її реалізації.

Доцільність впровадження моделі мережевої взаємодії (блок оцінно-результативний) пропонується визначати за трьома аспектами: ефективність, результативність, а також зміни у різних аспектах здорового способу життя. Ефективність практичної реалізації моделі мережевої взаємодії інституту освіти, сім'ї та охорони здоров'я передбачає з одного боку визначення ефективності функціонування мережі, з іншого – ефективності програм, що реалізуються в мережі. Перший критерій визначається за ступенем реалізації кожним партнером зобов'язань, ступенем задоволеності акторів взаємодії досягнутими результатами, динамікою мережі, рівнем ресурсоемності взаємодії. Ефективність програм автором запропоновано визначати по характеру впливу середовища на різні аспекти здорового способу життя.

У ході дисперсійного однофакторного аналізу визначено, що в умовах лінійної моделі формування здорового способу життя освітнє середовище впливає на 21% показників здорового способу життя підлітків, визначених експертами, а в умовах мережевої – на 66,7%, що дає нам право стверджувати про сприяння

мережевої форми партнерської взаємодії поширенню впливу на різні аспекти здорового способу життя за рахунок виникнення синергетичного ефекту.

Використання методу аналізу ієрархій, який задіяно для оцінки результативності моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я дозволило виокремити дві групи показників, які описують *якість програм, спрямованих на формування здорового способу життя* (відповідність програм віковим особливостям цільових груп та їхнім потребам; наявність чітко сформульованих цілей і завдань; наявність механізмів забезпечення зворотного зв'язку; відповідність програмних методів мережевої взаємодії особливостям цільових груп тощо) та *функціональні показники результативності програм* (динаміка зростання частки підлітків, для яких характерно: визнання цінності здоров'я, високий рівень інформованості щодо здоров'язберезувальної поведінки, підвищення рівня відповідальності за стан індивідуального здоров'я, цілеспрямованість та активність щодо складових здорового способу життя; динаміка зростання частки батьків, які підвищили власний рівень батьківської компетентності). Шкали та вагомість індикаторів, показники оцінки отримані за допомогою експертних оцінок, узгоджені між собою. Розрахунок результативності моделі показав, що вона знаходиться на рівні 0,766, що свідчить що запропонована модель мережевої взаємодії є результативною. Це підтверджується також даними соціологічних опитувань: вони визначили характер змін у здоровому способі життя підлітків та батьків. Позитивна динаміка змін є свідченням доцільності впровадження представленої моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я з формування здорового способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б. С. Социологический словарь. М. : Экономика, 2000. 420 с.
2. Авиценна (Абу Али ибн Сина). Канон врачебной науки. Кн. 1. 2-е изд. Ташкент : Фан, 1981. 550 с. URL: <https://www.litmir.me/br/?b=12383>
3. Агамір'ян Л. В. Творчі дозвіллієві практики сучасної підліткової молоді: специфіка, функції, прояви. *Український соціум*. 2018. № 3 (66). С. 82-93. URL: <https://ukr-socium.org.ua/uk/archive/no-3-66-2018/tvorchi-dozvillievi-praktiki-suchasnoi-pidlitkovo-i-molodi-specifika-funkcii-projavi/>. (дата звернення 15.10.2019)
4. Адлер А. Наука жить. К. : Директмедиа Паблшинг, 1997. 288 с.
5. Азашиков Г. Х., Хагурова Н. Е. Взросление в пространстве подростковых сообществ: современные тенденции и риски. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzroslenie-v-prostranstve-podrostkovyh-soobschestv-sovremennye-tendentsii-i-riski> (дата звернення: 09.06.2019).
6. Алексеев В. Н. Сетевое взаимодействие субъектов образовательной деятельности как условие формирования гражданской компетентности обучающихся. *Современные проблемы науки и образования*. 2013. № 6. URL: <http://www.science-education.ru/113-11703>
7. Антонов А. И., Карпова В.М., Ляликова С.В., Новоселова Е.Н., Синельников А.Б. Ценности семейно-детного образа жизни (СЕДОЖ-2019). Аналитический отчет по результатам межрегионального социолого-демографического исследования. Под ред. А.И. Антонова. 2020. Москва: Изд-во ООО «МАКС Пресс». 486 с.
8. Артюнина Г. П. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. Москва : Академический Проект; Фонд «Мир», 2009. 766 с.
9. Асланов Д. И. Системные представления о здоровье как основном компоненте человеческого капитала. *Фундаментальные исследования*. 2011. № 12-1. С.202-206. URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=28880>.
10. Бабинцев В. П., Колпина Л. В. Проблема формирования категориального

аппарата понятия «социальное здоровье». *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право.* № 12(52). 2008. С. 49-67. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-formirovaniya-kategorialnogo-apparata-ponyatiya-sotsialnoe-zdorovie>

11. Багнетова Е. А. Образ жизни родителей и поведенческие привычки старшеклассников. *Фундаментальные исследования.* 2011. № 2. С. 31–36.

12. Баєвський Р. М., Берсенева А. П. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоров'я. *Валеология. Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья.* Москва : Санкт Петербург : Наука, 1993. С. 33-47.

13. Бахтин М. М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура Средневековья и Ренессанса. Москва, 1990.

14. Бек У. Общество риска. На пути к новому модерну. Москва : Прогресс-Традиция, 2000. 384 с.

15. Бешенков С. А. Моделирование и формализация. Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2002. 336 с.

16. Білан Є. О. Практики підтримки здорового способу життя серед студентської молоді. *Грані.* 2014. № 4. С. 98-103. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Grani_2014_4_20

17. Бобкова О. В. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення профілактики захворювань підлітків в «Клініках дружніх до молоді» : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2017. 24 с.

18. Богдан М. С., Горецька О. В. Психологічні особливості спілкування залежних від соціальних мереж. *Психологія і соціологія: проблеми практичного застосування.* 2014. С. 25-29.

19. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. Москва : Культурная революция : Республика, 2006. 260 с. URL: <https://www.rulit.me/books/obshchestvo-potrebleniya-read-88332-1.html>

20. Боженова А. С., Трошкін Е. І. Структура та теоретичні основи поняття «здоровий спосіб життя». *Політичний вектор-А.* 2016. №1- 2. С. 156-158.

21. Бойко В. А. Феномен покоління: особливості соціологічної концептуалізації. *Грані*. 2014. № 12. С. 158-162. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Grani_2014_12_29.

22. Большой психологический словарь / Под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. Москва : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. URL: <https://www.elkniga.ru/static/booksample/00/19/15/00191530.bin.dir/00191530.pdf>

23. Большой толковый социологический словарь. URL: https://gufo.me/dict/social_dict

24. Бондар Т. В. Сильові особливості повсякденних практик українських підлітків. Дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04 / Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. Харків, 2010. URL: https://studwood.ru/609817/sotsiologiya/stilovi_osoblivosti_povsyakdennih_praktik_ukraynskih_pidlitkiv

25. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Ленинград : Наука, 1987. 113с.

26. Брилін Б. А. Педагогічні проблеми організації вільного часу школярів. *Педагогіка і психологія*. 1996. № 4 (13). С. 72–78

27. Бровко М. Мистецтво в контексті розгортання культурного потенціалу дозвіллевих практик. *Соціологія та суспільство: взаємодія в умовах кризи. II Конгрес САУ: тези доповідей* (Харків, 17-19 жовтня 2013 р.). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2013. С. 525-527.

28. Булах І. С., Лук'янов А. О. Специфіка становлення самоствердження особистості підліткового віку. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. 2013. Вип. 14. С. 154-163.

29. Буленко Т. В. Тенденції розвитку української сім'ї та її проблеми на сучасному етапі. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / За ред. Максименка С. Д. Київ, 2001. Т. III, Ч.4. С. 2024.

30. Бурдые П.. Структура, габитус, практика. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1998. Том 1, № 2. С. 44-59. URL: <http://www.old.jourssa.ru/1998/2/4bourd.html>

31. Бурова С. Н. Социология семи. Минск : БГУ, 2011. 195 с., URL: <https://docplayer.ru/33759987-Burova-s-n-sociologiya-semi.html>
32. Быкова Е. С. Парадигмы здоровья в контексте философской антропологии: дис. ... канд. филос. наук : 09.00.13. Тула, 2007. 155 с. URL: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/216882.html>
33. Бэкон Ф. Новый органон. Москва : Директмедиа Паблишинг, 2002. 283 с.
34. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. Соч. в 2 т. Т. 1. Москва, 1971. С. 264. <http://www.vostlit.narod.ru/Texts/rus7/Bacon/text2.htm>
35. Вайнгарт П. Социальная оценка науки или деинституционализация науки как профессия? *Социальные показатели в системе наукотехнической политики* : сборник переводов с англ. / ред. А. С. Васильев ; ред. Д. Д. Райкова ; ред. А. А. Игнатъев; ред. Г. В. Осипов. Москва : Прогресс, 1986. 483с.
36. Вайнер Е. Н. Валеология. Москва : Наука, 2001.
37. Вайнер Э. Н., Кастюнин С. А. Краткий энциклопедический словарь : Адаптивная физическая культура. Москва : Флинта, 2003.
38. Ващенко О. М. Характеристика школьных факторов риска, влияющих на состояние здоровья младших школьников. *Тенденції та перспективи розвитку науки й освіти в умовах глобалізації* / Державний вищий навчальний заклад «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Рада молодих учених університету. 2016. № 15. С. 44-48.
39. Вебер М. Избранные произведения. Москва : Прогресс, 1990. 809 с.
40. Вебер М. Основные понятия стратификации. *Социологические исследования*. 1994. № 5. С. 146-156.
41. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і гол. ред. В.Т.Бусел. 5-те вид. Київ ; Ірпінь : Перун, 2005.
42. Верещагина А. В., Шахбанова М. М. Этнокультурная специфика демографического поведения дагестанской семи. *Социологические исследования*. 2013. № 6. С. 78-85.
43. Вілланова А. Салернський кодекс здоров'я / Переклад з латинської, передмова і коментарі А. Содомори. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право»,

2011. 64 с.

44. Виленский М. Я., Авчинникова С. О. Методологический анализ общего и особенного в понятиях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни». *Теория и практика физической культуры*. 2004. № 11. С. 2-7.

45. Возняк С. Антропоцентризм філософської думки України: ретроспективний погляд. URL: <http://www.mesoeurasia.org/archives/5882>

46. Возьмитель А. А. Образ жизни: тенденции и характер изменений в пореформенной России. Москва : Институт социологии РАН, 2012.

47. Возьмитель А. А. Реконцептуализация социологического подхода к изучению способа жизни. *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия социальные науки*. 2017. №4(48). С. 55-64.

48. Возьмитель А. А., Осадча Г. І. Спосіб життя: теоретико-методологічні основи аналізу. *Соціологічні дослідження*. 2009. № 8. С. 58-65.

49. Волков Ю. Г., Добренков В. И. Социология. URL: http://society.polbu.ru/volkov_sociology/ch127_i.html

50. Волкова І. В., Марінушкіна О. Є., Покроєва Л. Д., Рябова З. В. Становлення шкіл сприяння здоров'ю. Харків: ХОНМІБО, 2007. 40 с.

51. Волошко Н. І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. пр. К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. Вип. 11. С. 115-124. <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/161278/160450>

52. Воробьёв Р. В. Здоровье как онтологический феномен. *Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика*. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-kak-ontologicheskij-fenomen>

53. Все про соціальну роботу : навчальний енциклопедичний словник-довідник / за заг. ред. В. М. Пічі. Львів : «Новий Світ – 2000», 2012.

54. Всемирная Организация Здравоохранения / Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения. *Основные документы, включающие поправки, принятые до 31 декабря 2014 г.* URL:

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basicdocuments-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>

55. Выготский Л. С. Педагогическая психология / под ред. В. В. Давыдова. Москва : Педагогика, 1991. 480 с. URL: <https://studfile.net/preview/3836290/>

56. Гавриленко І. М. Соціологія. Кн. 1. Соціальна статика. Київ, 2000. С. 230-302.

57. Галус О. М. Соціалізація особистості: сутність, концептуальні підходи у наукових теоріях, напрямках, школах. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2010. № 2. С. 69-75.

58. Ганаба С. О. Мережева взаємодія як новий вид соціальних відносин. *Філософія та політологія в контексті сучасної культури*. 2015, 1(1(9)), С. 33-39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/filipol_2015_1_7

59. Гиппократ. Избранные книги / пер. с греч. В. И. Руднева. Москва : ТОО «Сварог», 1994. С. 114-115. URL: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_005274224/

60. Глотов М. Б. Поколение как категория социологии. *Социологические исследования*. 2002. №1. С. 96. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/295/764/1231/005.GLOTOV.pdf>

61. Головатий М. Ф., Панасюк М. Б. Соціальна політика і соціальна робота : Термінол.-понят. слов. Київ : МАУП, 1997. URL: <http://maup.com.ua/assets/files/lib/book/nw53.pdf>

62. Голуб А. Український спорт: вправи і результат. *Тиждень*. 17 квітня 2018 р. URL: <https://tyzhden.ua/society/212256>

63. Гороя В., Петрова Н. Идея системности в определении понятия здоров'я. *Фундаментальные исследования*. 2006. № 3. С. 25-27. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi4xLCSqYbqAhWLyqYKHfAmAoIQFjACegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fzo.rshu.ru%2Ffile250.pdf&usg=AOvVaw3aJXmEy4KIIEdOjgD9qy9>

64. Горючий В. Соціальні інформаційні комунікації, їх наповнення і ресурс. Київ, 2010. С. 56–87

65. Горючий В., Горюча С. Термінологічні характеристики

постіндустріального суспільства. *Наукові праці Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського*. 2016. Вип. 43. С. 11-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nprnbuimviv_2016_43_3.

66. Гребенщикова А. В. Лингвоинформационное сетевое взаимодействие субъектов образовательного процесса в высшей школе: понятие, закономерности, принципы. *Вестник Московского университета. Серия 19: Лингвистика и межкультурная коммуникация*. 2014. № 3. С. 158-166. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-osmysleniyu-suschnosti-setevogo-vzaimodeystviya-v-vysshem-obrazovanii>

67. Гуріненко Н. О., Рибалка О. Я. Освітні здоров'язберігаючі технології – шлях до збереження здоров'я школярів. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/3276>.

68. Гурко Т. А. Трансформация института современной семьи. *Социологические исследования*. 1995. № 10. С. 95-99. URL: https://www.isras.ru/files/File/publ/Gurko_socis_1995.pdf

69. Гусельцева М. С. Отрочество: миф или реальность? Междисциплинарный подход к проблеме. *Психологические исследования* : электрон. науч. журн. 2008. N 1(1). URL: <http://psystudy.ru>

70. Давидова Н. Формування нових моделей організації культурно-дозвілєвої діяльності в сучасній Україні. *Соціологія та суспільство: взаємодія в умовах кризи. II Конгрес САУ: тези доповідей* (Харків, 17-19 жовтня 2013 р.). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2013. С. 547-548.

71. Даниленко Г. Н., Шкурапет Н. И. Сетевое взаимодействие социальных институтов семьи, школы и учреждений здравоохранения как составляющая стратегии профилактической работы по формированию здорового образа жизни учащихся. *Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики* : материалы V Междунар. науч.- практ. конф., г. Белгород, 5-6 декабря 2013 г / под ред. М.С. Жирова, О.А. Волковой, В.В. Бахарева, Е.И. Мозговой. – Белгород : ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. С. 101-104. URL: <http://dspace.bsu.edu.ru/bitstream/123456789/10214/1/Social%20work%20in%20the%20>

modern%20world.pdf

72. Даниленко Г. Н., Шкурапет Н. И. Школа содействия здоровью как социальный институт профилактики девиантного поведения. *Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики* : материалы IV Междунар. науч.- практ. конф., г. Белгород, 2012 г. / под ред. М.С. Жирова, О.А. Волковой, В.В. Бахарева, Е.И. Мозговой. Белгород : ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2012.

73. Даниленко Г. М., Шкурапет Н. И., Циганок Н. И. Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підґрунтя впровадження здоров'яформуючих технологій в загальноосвітньому навчальному закладі. *Формування здоров'я дітей, підлітків та молод в умовах навчального закладу*: матеріали Всеукр. наук.-прак. конф., Суми, 17-19 квітня 2006 р. / СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2006. С. 56-61.

74. Декарт Р. Страсти души : Сочинения: в 2 т. Москва: Мысль, 1994. Т. 2. 650 с.

75. Демкина Е. П. Формирование здорового образа жизни как фактор повышения качества жизни современного российского студенчества (на материалах республики Татарстан): дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05. Казань, 2016. 184 с. URL: http://dissov.pnzgu.ru/files/dissov.pnzgu.ru/2016/coziologiy/demkina/dissertaciya_demki_nou_e_p_.pdf

76. Державний стандарт базової та повної загальної середньої освіти. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1392-2011-*****%D0%BF

77. Державний стандарт початкової освіти. URL: <http://obrazovanie.domohozyaika.in.ua/zakonodatelstvo-v-sfere-obrazovaniya/gosudarstvennyi-standart-nachalnoi-shkoly-v-ukraine/>

78. Джуринський П. Б. Формування здоров'язберігаючого способу життя в історико-соціальній ретроспективі (від реліктових цивілізацій до епохи Середньовіччя) *Педагогічний дискурс*. 2012. Вип. 12. С. 133-139. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/0peddysk_2012_12_29

79. Дикань Л. В. Творчі дозвіллі практики як фактор формування

- соціальної суб'єктності сільських підлітків : Дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04 / Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна. Харків, 2019. URL:http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/bitstream/123456789/14637/3/%D0%94%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C_%D0%90%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82_10.04.19.pdf
80. Дубогай О. Навчання в русі. Київ : Шкільний світ, 2005. 112 с.
81. Дьюи Дж. Демократия и образование / Пер. с англ. Москва: Педагогика-пресс, 2000. 384 с.
82. Дюркгейм Э. Метод социологии. *Западноевропейская социология XIX - начала XX веков*. Москва, 1996. С. 256-309.
83. Дюркгейм Э. Социология образования. Москва, 1996.
84. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». ВОЗ, 2005. 29 с.
85. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І.Д. Звереві. Київ-Сімферополь : Універсум, 2012.
86. Ефимова А. А. Образ жизни сельского жителя. *Молодой ученый*. 2015. №20. С. 411-414. URL <https://moluch.ru/archive/100/22403/>
87. Єжова О. О., Бєсєдіна А. А., Бєрежна Т. І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика: монографія; за заг. ред. О. О. Єжові. Суми: Сумський державний університет, 2016. 288 с.
88. Жданов А. В., Иванова С. В. Анализ развития и интерпретации понятия «сетевое взаимодействие» в профессиональной педагогической культуре *Особенности и специфика сетевого взаимодействия в сфере образования* : Сб. статей для работников системы общего, профессионального образования, управления образованием / отв. ред. С. В. Кривых, технич. ред. С. В. Иванова. Санкт Петербург. : Экспресс, 2014. С. 14-27
89. Жизномірська О. Я. Психологічні особливості самоствердження молодших та старших підлітків: дис. ... кандидата психол.наук: 19.00. 07. Київ : 2010
90. Жмайло І. М. Соціальна ситуація розвитку сучасних підлітків. *Вісник*

післядипломної освіти. 2013. Вип. 9(2). С. 143-150. URL:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpro_2013_9%282%29__21

91. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. Москва : Изд-во Института социологии РАН, 2002. 240 с.

92. Журавлева И. В., Лакомова Н. Здоровье подростков во временном контексте. *Здоровье как ресурс: V. 2.0* / под общей редакцией проф. З. Х. Саралиевой. Нижний Новгород : Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 75-79.

93. Загруднинова А. Г. Здоровье подростков в трансформирующейся России: социологический анализ (на материалах республики Татарстан) : дис. ... канд. соц. наук : 14.02.05. Волгоград, 2014.

94. Закон України «Про освіту». URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>

95. Закон України «Про загальну середню освіту». URL:
<http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/ua-sch-2016/konczepczziya.html>

96. Захарченко Є., Захарченко К., Підлубна Е. Вплив соціально-економічних умов життя на сім'ю як соціальний інститут. *Економіка України*. 2006. № 9. С. 26-33.

97. Зборовский Г. Е. Социология образования. Ч. I. Екатеринбург, 1993.

98. Здоров'язберігаючі технології. URL: <http://www.novapedahohika.com/noloms-331-1.html>.

99. Зиммель Г. Общение: пример чистой или формальной социологии / Г. Зиммель. *Избранное*. Т. 2. Созерцание жизни. Москва : Юрист, 1996. 488 с.

100. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека. *Валеология*. 1982. №1. С. 49-58.

101. Идентичность: юность и кризис. Москва : Прогресс, 1996. 344с.

102. Изуткин А. М. Социология и здравоохранение. Горький : Волго-Вятское нижнее издательство, 1967. 30 с.

103. Исаева М. А. Поколение. *Знание. Понимание. Умение*. 2011. № 1. С. 265–268.

104. История теоретической социологии. В 4-х т. Т. 4 / ред. и сост. Ю. Н. Давыдов. Москва : Канон, 2002. 270с.
105. Казин Э. М., Литвинова Н. А. и др. Основы индивидуального здоровья человека. *Введение в общую и прикладную валеологию*. Москва : Владос, 2000.
106. Карабанова О. А. Возрастная психология. Конспект лекций. Москва: Айрисс-пресс, 2005. 238 с.
107. Касимов Р. А. Формирование регионального здоровьесберегающего образовательного пространства : Автореф. дис. докт. пед. наук : 13.00.01 / Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского. Ярославль, 2017. 44 с.
108. Кастельс М. Галактика Интернет. Размышления об Интернете, бизнесе и обществе. Москва, 2004.
109. Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура. Москва : ГУ ВШЭ, 2001
110. Кастельс М. Становление общества сетевых структур. *Новая постиндустриальная волна на Западе. Антология* ; под ред. В. Л. Иноземцева. Москва : Academia, 1999. С. 494-505.
111. Келли Дж. Психология личности. Теория личностного конструкта. 1969.
112. Килимова Л. В., Ветрова О. А., Нишнианидзе О. О. Особенности организации досуговых практик в современных социокультурных условиях. URL: <https://www.km.ru/referats/335252-osobennosti-organizatsii-dosugovykh-praktik-v-sovremennykh-sotsiokulturnykh-usloviyakh>
113. Кириленко Е.И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования. Автореф. дис.д-ра филос. наук: 24.00.01 /Е.И.Кириленко; Томский гос. ун-т. Томск, 2009.
114. Кириленко С. В., Бережная Т. П. Украинская сеть школ содействия здоровью. *Вестник Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина*. Серия «Валеология: современность и будущее» № 1149, С. 144-152. URL:[http://periodicals.karazin.ua/valeology/issue /viewIssue/320/424](http://periodicals.karazin.ua/valeology/issue/viewIssue/320/424)
115. Кіреєва У. Психологічний аналіз Я-концепції у контексті самосвідомості.

Психологія і суспільство. 2010. № 1. С.120-130 URL:
<http://journals.uran.ua/index.php/1810-2131/article/view/122185/117044>

116. Князева Е.И. Сетевая теория в современной социологии. *Социология*. 2006. №2. С. 82-88.

117. Коган К. М. Соціальні мережі як елемент нового соціального середовища. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент* : зб. наук. праць ; ред. кол. : Євтух В. Б. (гол. ред.). Київ : ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2014. Вип. 16. С. 61-71.

118. Колбанов В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения. Санкт-Петербург : ДЕАН, 1998. 232 с.

119. Кон И. С. Родители и дети. *Психология ранней юности*. Москва : Просвещение, 1989. С. 16-19.

120. Кон И. С. Этнография родительства. Москва, 2000. 114 с.

121. Коpecь Л. В. Психологія особистості. Київ : Києво-Могилянська академія, 2007. 406 с.

122. Коробейникова Л. А., Гиль А. Ю. Сетевые структуры в условиях глобализации. *Известия Томского политехнического университета*. 2010. Т. 316. № 6. С. 105-109. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/setevye-struktury-v-usloviyah-globalizatsii>

123. Кочубей Н. Синергетичні концепти і нелінійні контексти : монографія. – Суми : Унів. кн., 2009. 236 с.

124. Кравченко А. И. Социология : Словарь. Москва, 1997. 240 с.

125. Кравченко Т.В. Сучасна сім'я у фокусі наукових досліджень. *Український соціум*. 2006. С. 43-48 URL:<https://ukr-socium.org.ua/uk/archive/no-2-13-2006/suchasna-sim-ja-u-fokusi-naukovih-doslidzhen/>

126. Креденець Н. Я. Соціопедагогічна категорія «соціальне партнерство» в міжнародних документах та дослідженнях. *Наук. зап. Терноп. нац. пед. ун-ту*. Сер. Педагогіка. 2011. № 4. С. 85-90.

127. Кузанский Н. О предположениях. *Соч.*: В 2-х т. Москва, 1979. Т.1. С. 259-260.

128. Кукса В. О. До еволюції визначення поняття «здоров'я». URL: <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis/kuksa>.

129. Курс лекцій по социологии образования : учеб. пособие для студентов вузов; под общ. ред. В.И.Астаховой; Нар. укр. акад. Изд. 2-е, перераб. и доп. Харьков : Изд-во НУА, 2009. 442 с. URL: <http://dspace.nua.kharkov.ua/jspui/bitstream/123456789/184/1/soc-obr%202009.pdf>

130. Кучерявенко Л. В. Детермінація і специфіка девіантної поведінки підлітків в умовах промислового регіону (на прикладі Криворізького регіону): дис. канд. соціол. наук: 22.00.04. Кривий Ріг, 2007. 209 с.

131. Лазарович Н. Людина у світлі концепцій інформаційного суспільства. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/10345/1/6.pdf>.

132. Лапаєнко С. В. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя: дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.07 – теорія та методика виховання. Київ, 2000. 203 с.

133. Ле-ван Т. Н. Сетевое взаимодействие образовательных организаций по вопросам формирования культуры здоровья: теоретико-методологический аспект профессиональной подготовки педагогических кадров. *Образование и наука*. 2015. № 9 (128). С.83-106

134. Литвинова С. Н. Организация досуга детей и подростков : Методические разработки педагогов дополнительного образования. Москва, 2007.

135. Лысенко О. В. Школа как социальный институт в обществе переходного типа : автореф. дис. .. канд. соц. наук. Москва, 1998. 20 с.

136. Майер-Штейнег Т. Древняя медицина (Медицина Древнего Востока и классической древности). 2-е изд, испр. и доп. Москва : Вузовская книга, 2007. 120 с.

137. Максименко С.Д. Структурно-функціональна характеристика психології життя. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України 2012. Випуск 17. С. 3-13.

138. Малина О. Г. Психологічні особливості становлення стилю життя особистості в підлітковому і юнацькому віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук :

19.00.07. Київ, 2009. 21 с. URL:
<http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/146/3/Malyna.pdf>

139. Маркс К., Энгельс Ф. Немецкая идеология. Избранные труды. Москва : Политическая литература, 1955. Т. 1– тв., т.3.

140. Марчук М., Слухенська Р. Парадигма здоров'я людини з погляду сучасної гуманітарно-наукової методології. *Науковий вісник Чернівецького університету. Філософія*. 2012. Вип. 602-603. С. 64-72. URL:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvchu_fil_2012_602-603_15.

141. Масленцева Н. Ю. Социологические основания концепции стиля жизни. *Вестник ЧелГУ*. 2010. №31. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskie-osnovaniya-kontseptsii-stilya-zhizni-2010>

142. Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья. Москва : Наука. 1992. 156 с.

143. Мачуліна І. І. Соціокомунікативний підхід: методологічні виміри та реалізація в сучасних освітніх практиках. *Науковий журнал «Габітус»*. 2020. №13. С. 18-24.

144. Меренков А. В.. Тенденции изменения семейного воспитания в современном обществе. *Социологические исследования*. 2013. № 2. С. 101-109

145. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура (Фрагменты) / под общ. ред. В. В. Танчера ; реферат. пер. и вступ. статья В. Костинский. Киев : Ин-т социол., 1996. 112 с.

146. Мешко Г. М. Формування здоров'язбережувального освітнього середовища як аспект діяльності керівника загальноосвітнього навчального закладу. Зб. наук. праць. Серія «Педагогіка. Соціальна робота» ; гол. ред. І.В. Козубовська. Ужгород, 2017. Випуск 1(40). С. 157–161.

147. Мешкова О. М. Аналіз діяльності Центрів/відділень/кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініки дружні до молоді» в Україні за 2015 рік; МОЗ України, Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ». URL:
<http://kdm3lidd.org.ua/uploads/files/1465440275Аналіз%20діяльності%20КДМ%20за%202015%20Мешкова.pdf>.

148. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Дозвіллієві практики сучасних підлітків в контексті здоров'язбереження: соціологічний аналіз. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2019. Вип. 84. С. 110-122.

149. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Потенціал використання понять «спосіб життя» та «стиль життя» для соціологічного аналізу практик щодо індивідуального здоров'я. *Соціологічні студії*. Науково-практичний журнал. 2020. № 1 (16). С.

150. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу школярів. *Грані : Науково-теоретичний альманах*. 2019. Т. 22, № 12. С.67-76.

151. Милованова Н. Ю. Воспитание, социальное воспитание и социальная адаптация личности в контексте социализации. *Вестник ТГУ*. 2013. №1 (117).

152. Мільчевська Г. С. Соціально-психологічні особливості старшого підліткового віку.
URL:http://конференция.com.ua/files/image/konf_13/doklad_13_3_3_07.pdf.

153. Міністерство охорони здоров'я України, наказ від 12.12.2002 № 465 «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/57384__57384

154. Молчанов С. В. Психология подросткового и юношеского возраста : учебник для академического бакалавриата. Москва : ООО «Издательство Юрайт», 2016. 351 с.

155. Мурадян О. С. Спосіб життя як система соціальної дії: спроба концептуалізації. *Соціологічні студії*. 2012. № 1. С. 81-87. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/socst_2012_1_17.

156. Назарчук А. В. О сетевых исследованиях в социальных науках. *Социологические исследования*. 2011. №1. С. 39-51

157. Назарчук А. В. Сетевое общество и его философское осмысление. *Вопр. философии*. 2008. № 7. С. 61–75.

158. Науменко Н. В. Формування духовного здоров'я особистості як сучасна

педагогічна проблема. *Наукові записки НАУ ім. М. Гоголя*. Психолого-педагогічні науки. 2012. № 2. С. 32-35.

159. Никитская Е. А, Маркова С. В. Ценностные ориентации подростков с девиантным поведением, обучающихся в специальной общеобразовательной школе. *Вестник ПСТГУ*. Серия IV: Педагогика. Психология. 2011. Вып. 3 (22). С. 89-94. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnye-orientatsii-podrostkov-s-deviantnym-povedeniem-obuchayuschih-sya-v-spetsialnoy-obscheobrazovatelnoy-shkole/viewer>

160. Никишина Т. Г. Проблема человека в парадигме западного антропоцентризма: дис. ... канд. филос. наук : 09.00.13. Ростов-на-Дону, 2008. 142 с. РГБ ОД, 61:08-9/85. URL: <https://www.dissercat.com/content/problema-cheloveka-v-paradigme-zapadnogo-antropotsentrizma/read>

161. Нова українська школа: порадник для вчителя ; під заг. ред. Бібік Н.М. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.

162. Оксфордський словник. URL: <http://uk.chipbuddy.eu/keyword/9622d08e2ec4f75330fcaee753aa81478d1cfea3>

163. Олійник Н. Діагностика та розвиток ціннісних життєвих орієнтацій у старшокласників. *Психолог. Шкільний світ*. 2004. № 17.

164. Олпорт Г. Становление личности : Избранные труды / Пер. с англ. Л.В.Трубицыной и Д.А.Леонтьева; под общ. ред. Д.А.Леонтьева. Москва : Смысл, 2002.

165. Опрос IRI: динамика общественно-политических взглядов в Украине URL:<https://gordonua.com/ukr/news/politics/-ekonomichne-stanovichche-71-ukrajinskih-simej-pogirshilosja-opituvannja-192259.html>

166. Ортега-и-Гассет Х. Избранные труды : пер. с исп. / Сост., предисл. и общ. ред. А. М. Руткевича. Москва : Весь мир, 1997. 704 с.

167. Осипов А. М., Иванова В. А. Институциональные функции – «пороговая» проблема современной социологии образования. *Социологические исследования*. 2016. № 1. С. 117-124. URL: http://socis.isras.ru/files/File/2016/2016_1/117_124_Osipov.pdf

168. Оцінка клінік, дружніх до молоді: [аналітичний звіт]. Київ : К.І.С., 2008. 104 с.
169. Осьмак Л. П. Психологические особенности самоутверждения подростков (в условиях семейного воспитания в школе-интернате для детей-сирот и детей, которые остались без родительского попечения) / дис. ... канд.. психол. наук : 19.00.07. Київ : 1990.
170. Павлов С. В. Досуговые практики городских подростков в современной России: социологический анализ: дис. ... канд. соц. наук : 22.00.06. Москва, 2013. 130 с.: ил. РГБ ОД, 61 13-22/154. URL: http://emsu.ru/face/dissert/avtoreferat_pavlovsv.pdf
171. Панина Н. В. Избранные труды по социологии. В 3 т. Т. II : Теория, методы и результаты социологического исследования образа жизни, психологического состояния и социального самочувствия населения. Киев : Фак, 2008. 312 с.
172. Парфенова А. А., Проскурнина М. В., Цой В. С. Образ жизни и здоровье человека. *Онлайн библиотека «Наука и философия»*. URL: [http:// tomb-raider6.narod.ru/lib/mm/materialy_vtorogo_mezhdunarodnogo/](http://tomb-raider6.narod.ru/lib/mm/materialy_vtorogo_mezhdunarodnogo/)
173. Пархоменко Л. К. Медико-соціальні проблеми підліткового віку та шляхи їх вирішення. *Современная педиатрия*. 2017. № 4. С. 16-21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped_2017_4_4
174. Пахолок О. О. Орієнтація на здоровий спосіб життя: до проблеми логічної формалізації об'єкта дослідження. *Соціальні виміри суспільства*. 2011. № 3. С. 187-197.
175. Пахолок О. О. Феномен здоров'я в соціокультурному вимірі : дис. ... канд. соціол. наук : 22.00.01. Київ, 2014. 192 с.
176. Педагогический словарь : Для высш. и сред. пед. учеб. заведений / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. Москва : Академия, 2000. 175 с. URL: <https://refdb.ru/look/1940555-pall.html>
177. Пенькова О. Роль сімейних ціннісних орієнтацій у становленні громадянина. *Психолог. Шкільний світ*. 2006. № 37. С. 22-24.
178. Підліток у великому місті: фактори та механізми соціалізації / ред. Л. Г.

Сокурянська. Харків, 2000. 206 с.

179. Полішко Н. Сім'я як соціальний інститут та природне середовище для виховання дитини. *Журнал "Юридична наука"*. 2012, №12. С. 29-34

180. Полька Н. С., Бердник О. В. Сучасні підходи до оцінки стану здоров'я в гігієні дитинства (огляд літератури та власних досліджень). *Журнал Національної академії медичних наук*. 2013. Т. 19 (№ 2). С. 226–235.

181. Поняття «здоров'язберігаючі технології» та їх класифікації. URL: https://school89.ucoz.ua/publ/zdorov_39_ja/ponjattja_zdorov_jazberigajuchi_tekhnologij_i_ta_jikh_klasifikaciji/25-1-0-132.

182. Попова И. Н. Сетевое взаимодействие как ресурс развития общего и дополнительного образования. *Интернет-журнал «Мир науки»* 2016, Том 4, № 6. URL: <http://mir-nauki.com/PDF/47PDMN616.pdf>

183. Потребление энергетических напитков в Европе: обзор рисков, неблагоприятных последствий для здоровья и вариантов политики для реагирования. URL: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00134/full

184. Практическая психология образования / под ред. И. В. Дубровиной. Москва : Просвещение, 2003. 480 с.

185. Психология подростка. Полное руководство / под. ред. А.А.Ренина. Санкт-Петербург : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2003. 432 с. URL: <https://www.libex.ru/detail/book467939.html>

186. Пылаева Т. В. Стили жизни студенческой молодежи :типология и детерминанты формирования: дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04. Харків, 2009. URL: <http://library.univer.kharkov.ua/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:562114/Source:default>

187. Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш. Словарь современных экономических терминов. 4-е изд. Москва : Айрис-пресс, 2008. 480 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/555993/>

188. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста [пер. с англ. Н. Мальгиной и др.]. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 624 с.

189. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология.

Санкт-Петербург, 1999. 110 с.

190. Рішення Координаційної Ради МОЗ України з питань впровадження «дружніх до молоді» медичних послуг від 21 грудня 2016 р. URL: <http://www.health-loda.gov.ua>.

191. Розин В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема. *Философия здоровья* / отв. ред. А. Шаталов. Москва : Ин-т философии Рос. академии наук, 2001. 242 с. URL: https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/2001/Phil_zdor_1.pdf/

192. Роуз Р. Достижение целей в квазисовременном обществе: социальные сети в России. *Общественные науки и современность*. 2002. № 3. С. 23–38.

193. Роцина Я. М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? *Экономическая социология*. 2016. Т. 17, № 3. С. 13–34. URL: https://ecsoc.hse.ru/2016-17-3/annot.html#doc_183184673

194. Ручка О. А. Дозвілля. *Енциклопедія сучасної України*. URL: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=20509

195. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. Москва : «Радио и связь», 1993. 278 с.

196. Савельева Т. П. Сучасне мережеве суспільство: проблеми визначення. *Сучасне суспільство*. 2012. Вип. 1. С. 87-92. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/cuc_2012_1_14.

197. Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки. Київ : Академвидав, 2005.

198. Саенко Л. А., Егоров М. В. Сетевое общество в контексте современных социальных трансформаций. *Дискуссия*. 2014. № 7(48).

199. Сафарян А. В. Понятие стиль жизни в социологии. 2008. URL: http://www.zpu-journal.ru/zpu/2008_1/Safarian.pdf

200. Саяпин В. О. Социокультурная трансформация после индустриальной эры: процессы виртуализации. *Философские традиции и современность*. 2014. № 2 (6). С. 84-105.

201. Сенников С.А., Костович Л. Школы укрепления здоровья. Рекомендации

по внедрению программ. *Школа здоровья*. 2000. Т.1. №4. С. 51-59.

202. Слухенська Р. Світоглядно-філософські та методологічні засади наукової парадигми здоров'я людини. *Науковий вісник Чернівецького університету. Філософія*. 2014. Вип. 706-707. С. 153-158.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvchu_fil_2014_706-707_32

203. Смирнова Е. А., Лисовская И. В. Подростковый возраст и трудная жизненная ситуация: анализ социальной проблемы. *Власть и управление на Востоке России*. 2016. Т. 76. № 3. С. 114-121.

204. Современный толковый словарь. изд. «Большая Советская Энциклопедия». URL: <http://www.classes.ru/all-russian/russian-dictionary-encycl-term-21431.htm>

205. Соколова С. Б. Европейские школьные службы здравоохранения. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоров'я*. 2016. №1. С.53-60, http://schoolshealth.ru/docs/1-2016/Sokolova%20SB_1_2016.pdf

206. Сокурянська Л. Г. Ціннісні орієнтації підліткової молоді прикордоння Центральної та Східної Європи (за результатами міжнародного дослідження). *Методологія теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства*. Харків : ХНУ імені В.Н.Каразіна. 2015. Вип. 21. С. 251-258.

207. Солдатова Г. Дети Цифровой эпохи. Они другие? *Дети в информационном обществе*. 2013. №14. С. 24-33. URL: <http://detionline.com/assets/files/journal/14/number14.pdf>

208. Сологуб А. І. Креативна природнича освіта: теорія, технологія, техніка. Наукові пошуки ліцеїстів: монографія Том 4. Київ : «Видавництво Людмила», 2019. 300 с.

209. Сорокин П. Кризис современной семьи. *Ежемесячный журнал литературы, науки и общественной жизни*. 1916. № 2, 3.

210. Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. Москва : Политиздат, 1992. С.543 URL: <https://sociology.knu.ua/sites/default/files/library/elclosed/sorokin.pdf>

211. Социальное доверие, социальное партнёрство, социальный капитал: студенческий взгляд на проблемы : программа и материалы XXVI Междунар.

студен. науч. конф., 13 апр. 2019 г. Харьков: Изд-во НУА, 2019. 156 с.
URL:http://dspace.nua.kharkov.ua/jspui/bitstream/123456789/2041/1/STUD-19_09.pdf

212. Социальная медицина / под редакцией А. В. Мартыненко. Москва : Издательство Юрайт, 2018.

213. Социологический словарь / отв. ред. Г. В. Осипов, Л. Н. Москвичев. Москва, 2014, 608с.

214. Социология образования / Под ред. Д. В. Зайцева. Саратов : Изд-во СГТУ, 2004. 300 с.

215. Социология : Энциклопедия / Сост. А. А. Грицанов, В. Л. Абушенко, Г. М. Евелькин, Г. Н. Соколова, О. В. Терещенко. URL: <http://voluntary.ru/dictionary/568/word/zdorovy-i-obraz-zhizni>.

216. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді: за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева ; ЮНІСЕФ, ГО «Укр.ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка». Київ : Поліграфічний центр «Фоліант», 2019. 127 с.
URL:http://knowledge.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/HBSC_2018_web.pdf

217. Спенсер Г. Основания социологии : перевод с английского. Санкт-Петербург : Издание И. И. Билибина, 1876-1877.
URL:<http://libo.lib.zt.ua/jspui/handle/123456789/256>

218. Спиноза Б. Сочинения: в 2 т. Санкт-Петербург : Наука, 1999. Т.1. 460 с.

219. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.; наук. ред. О. М. Балакірева. К. : «К.І.С.», ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. досліджень. ім. О. Яременка, 2011. 172 с. URL: http://un.org.ua/images/stories/The_state_and_main_factors_of_health_of_children_in_Ukraine__June_2011.pdf

220. Становлення інформаційного суспільства. URL: http://www.social-science.com.ua/публікація/31_Становлення%20інформаційного%20суспільства

221. Степанов А. Д., Изуткин Д. А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования. *Советское здравоохранение*. 1981. № 5.

222. Степанова И. Н. Человек и его образование в фокусе социологии Эмиля Дюркгейма URL:

http://www.winstein.org/publ/nauka/nauchnye_trudy_kgu/chelovek_i_ego_obrazovanie_v_fokuse_sociologii_ehmilja_djurkgejma/26-1-0-1107

223. Стилї життя: панорама змін : кол. монографія / НАН України, Ін-т соціології; за ред. М. О. Шульги. Київ : Ін-т соціології НАН України, 2008. 415 с.

224. Сучасні технології збереження здоров'я учнів: кращий досвід [Електронні дані] ; уклад. А. Г. Обухівська, І. І. Цушко. Київ : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. 221 с.

225. Сушицька І. Культура дозвілля сучасної української сім'ї в кризовому соціумі. *Соціологія та суспільство: взаємодія в умовах кризи*. II Конгрес САУ: тези доповідей, (Харків, 17-19 жовтня 2013 р.). Харків : ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2013. С. 561-562.

226. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя / О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О.Яременко. URL: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf/165dc8dd0ddb56dc2256d8f00264254/0ead6848c9d6825ac2256ddc0038c24c?OpenDocument>

227. Термінологічний ювенологічний словник. 2005. URL: <http://voluntary.ru/dictionary/913/word/zdorovy-i-obraz-zhizni>.

228. Токарева Н. М., Шамне А. В., Макаренко Н. М. Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу : монографія. Кривий Ріг, 2014. 312 с. URL:<http://elibrary.kdpu.edu.ua/bitstream/0564/1760/1/%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%BE%D0%BA.pdf>

229. Тоффлер Э. Третья волна. Москва : АСТ. 1999. 784с.

230. Тубчинова В. С. Проблема формирования здорового образа жизни подростки : дис. ... канд. соц. наук : 22.00.04. Улан-Удэ, 2005. 167 с.

231. Уварова В. И., Шуметов В. Г. Использование метода анализа иерархий. *Социологические исследования*. 2001. № 3. С. 104-109.

232. Ушкаренко Ю. В., Зеленський М. М. Синергетичний ефект кооперативної системи взаємодії. *Науковий вісник Херсонського державного*

університету. Сер. : Економічні науки. 2017. Вип. 27(1). С. 19-21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvkhdu_en_2017_27%281%29__6

233. Уэбстер Ф. Теории информационного общества ; [пер. с англ. М. Арапова, Н. Малыхиной; под ред. Е. Л. Вартановой]. Москва : Аспект Пресс, 2004. 400 с.

234. Федоров А. И., Шарманова С. Б. Общеобразовательная школа как институциональный субъект формирования культуры здоровья и здорового стиля жизни у подростков. URL: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00134/full

235. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування. *Наук. зап. Ін-ту політ. і етнонац. дослідж.*, 2009. Вип. 43. С. 369-379.

236. Фийо Ж.-П. Социоантропология детства и детей. Методы и цели исследования во Франции. *«Вся история наполнена детством». Наследие Ф.Арьеса и новые подходы к истории детства* : сб. статей : в 4 ч. Ч.1. Москва : Изд-во РГГУ, 2012. 355 с.

237. Філософія / С. П. Щерба, В. К. Щедрін, О. А. Заглада ; За заг. ред. С. П. Щерби. Київ : МАУП, 2004.

238. Футорний С. М. Здоровьесберегающие технологии в процессе физического воспитания студенческой молодежи. Киев : Саммит-книга, 2014. 296 с.

239. Хворіє дитина – хворіє нація. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/3269-hvorie-ditina-hvorie-natsiya/>

240. Холістична модель здоров'я. URL: <http://dlse.multycourse.com.ua/ua/page/19/114>

241. Хто такий сімейний лікар і чим він відрізняється від терапевта? URL: <https://lrcpmsd.lic.org.ua/novyny/hto-takuj-simejnyj-likar-i-chym-vin-vidriznyayetsya-vid-dilnychogo-terapevta/>

242. Чанцева-Коваленко О. М. Гармонійні стосунки батьків як чинник особистісного розвитку дитини : автореф. дис. ... канд. психол. Наук : 19.00.01; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2016. 20 с.

243. Чепак В. В. Організаційні взаємодії у вимірі мережевого підходу. *Галузеві соціології в умовах глобальних змін і суспільних трансформацій* : Зб. наук.

статей до 25-річчя кафедри галузевої соціології КНУ імені Тараса Шевченка. К. : Каравела, 2017. С. 240-247.

244. Шаповал А. П. Особливості шляхів і методів формування здорового способу життя. *Вісник НТУУ«КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка* : збірник наукових праць. 2009. № 3(27). Ч.1. С. 64–68.

245. Шаповалова О. А. Социально-экономические факторы здоровья и болезни на современном этапе. *Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности*: Интернет-конференция. 2007. URL: <http://www.ecsoman.edu.ru/db/msg/308428.html>.

246. Шахматова Н. В. Социология поколений: Состояние и перспективы институционализации в России : монография. Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 2000. 144 с.

247. Шкурапет Н. И. Влияние образовательных рисков на здоровье украинских подростков: социологический анализ. *Образовательные риски: суть и подходы к решению*: программа и материалы XVI международной научно-практической конференции, Харьков, 15 февр. 2018 г. / Нар. укр. акад. [и др.]. Харьков, 2018. С. 308-311.

248. Шкурапет Н. И. Возможности STEAM-образования в формировании здорового образа жизни современных школьников. *Smart-образование в smart-обществе: возможные пути адаптации* : материалы XVII ежегод. Междунар. науч.-практ. конф., Харьков, 14 февр. 2019 г. / М-во образования и науки Украины, Ин-т высшего образования НАПН Украины, Харьк. гуманитар. ун-т «Нар. укр. акад.» [и др. ; редкол.: Е. В. Астахова (глав. ред.) и др.]. Харьков : Изд-во НУА, 2019. 272 с.

249. Шкурапет Н. І. Вплив сім'ї на формування стереотипів здоров'яформуючої поведінки дітей шкільного віку. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку* : Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції, Харків, 2012.

250. Шкурапет Н. Здоровье как особый компонент человеческого капитала XXI века. *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі*

України: організаційний аспект : монографія / под. ред. Е. Г. Михайлевої. Харків : Изд-во НУА, 2016. С. 55-64.

251. Шкурапет Н. І. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як складова нової стратегії профілактичної роботи з формування здорового способу життя. *Вчені зап. Харків. гуманітар. ун-ту «Нар. укр. акад.»*. Харків, 2015. Т. 21. С. 236–244.

252. Шкурапет Н. І. Мережеві форми соціальної взаємодії сім'ї та школи в контексті формування батьківської компетенції як умови обрання українськими школярами здорового способу життя. *Virtus: Scientific Journal*. June №23, 2018. P. 177–180 (Scientific Indexing Services (SIS) (USA), Citefactor (USA), International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF))

253. Шкурапет Н. І. Роль общеобразовательной школы в системе формирования здорового образа жизни подростков как компонента человеческого капитала украинского общества XXI века. *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі України: організаційний аспект* : монографія / под. ред. Е. Г. Михайлевої. Харків : Изд-во НУА, 2016. С. 300-313.

254. Шкурапет Н. І. Роль соціальних інституцій у формуванні здорового способу життя українських підлітків. *Соціально-економічний розвиток регіонів: програма і матеріали LI Міжнародної науково-практичної конференції, Чернівці, 29-30 грудня 2016 р.* Т.2. Київ : Науково-видавничий центр «Лабораторія думки», 2016. С. 43-46.

255. Шкурапет Н. І. Форми партнерства соціальних інститутів в сохрании капіталу здоров'я «цифрового покоління». *Проблеми и перспективи соціального партнерства мира университета: взгляд молодых преподавателей: программа и материалы XXVI науч.-теорет. конф. молодых ученых, 13 апр. 2019 г.* / Нар. укр. акад. [и др.]. Харків, 2019. С. 26–31.

256. Шкурапет Н. І., Даниленко Г. М. Соціологічний аналіз способу життя старшокласників як основа створення суб'єктами профілактики моделі «мережевого соціального центру». *Актуальные проблемы общества, науки и образования: современное состояние и перспективы развития: материалы III-*

межд. науч.-практ. конф., г. Курск, 12-13 февраля 2016 г. / под ред. Ю. В. Фурмана, Т. Б. Белозеровой, Е. П. Непочатых. М. : Издательство «Перо», 2016. С. 60-70.

257. Шкурапет Н. І., Левіна Л. Р. Моніторингові дослідження з питання охорони здоров'я учнів – ефективний інструмент управління здоров'язберігаючої діяльності гімназії. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*: матеріали V Міжнарод. наук.-практ. конф. Харків, 2007.

258. Шумейко О. В. Історія формування сім'ї як соціального інституту в західно європейському культурному контексті. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 1. С. 93-100.

259. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2015. 460 с.

260. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. 452 с.

261. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

262. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ «Медінформ», 2018. 458 с

263. Юнак Л. М. Соціально-психологічні особливості самоідентичності підлітків – представників різних музичних субкультур. Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2013. 221 с. URL: https://theses.oa.edu.ua/DATA/24/%D0%AE%D0%BD%D0%B0%D0%BA_dis.pdf

264. Яблонська Т. М. Актуальні проблеми досліджень сучасної сім'ї в Україні. *Український соціум*. 2004. № 2 (4). С. 80-84. URL: <https://ukr-socium.org.ua/uk/archive/no-2-4-2004/aktualni-problemi-doslidzhen-suchasnoi-sim-i-v-ukraini/>

265. Ядов В. А. Социологический поход к исследованию личности в системе

понятий образа жизни. *Вопросы философии*. 1983. № 12.

266. Яковлева Н. В. Здоровьесберегающая деятельность как базовый жизненный метапроцесс. *Сетевой журнал*. 2013. № 1. С. 56-64.

267. Allport G. W. *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1937. 248 p.

268. Antinazi. Энциклопедия социологии. Словари и энциклопедии на Академикe. 2009. URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/socio/2392>

269. Bell D. *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture of Social Forecasting* N.Y.: Basic Books, 1973. 507 p. URL: https://www.os3.nl/_media/2011-2012/daniel_bell_-_the_coming_of_post-industrial_society.pdf

270. Bell D. *The Year 2000 – The Trajectory of an Idea. Toward the Year 2000. Work in Progress* ; ed. by D. Bell. Boston, 1968. P. 5–6.

271. *Better schools through health: learning from practice. Case studies of practice presented during the third European Conference on Health Promoting Schools* / [Goof Buijs, Aldona Jociutė, Peter Paulus and Venka Simovska]. Vilnius, Lithuania : Kriventa, 2009. 119 p.

272. Bolaria B.S., Dicinson H.D. *Sociology of Health Care in Canada*. Toronto etc.: Hercourt, Brace, Jovanovich. 1988. P. 554–557.

273. Bonnie R. J. and O’Connell M. E. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2004

274. Castells M. *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*. Vol. I. Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell, 1996. 556 p.

275. Cockerham W.C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *The Journal of Health and Social Behavior*. 2005 Mar.; 46 (1). Pp.51-67.

276. Curtis A. C. *Defining Adolescence*. *Journal of Adolescent and Family Health*. 2015. T. 7. №. 2.

277. David A. Hamburg. *Habits for health*. *World Health Forum*. 1987. Vol.8, № 1.

278. Djik V. J. The Network Society: Social Aspects of New Media. *Bohn Staflen Van Loghum, Houten*. The Netherlands, 2001. P. 6-40.

279. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. 1972. Vol. 80, 2. P. 223-255. URL: http://vmede.org/sait/?page=1&id=Sociologiya_reshetnikov_2008&menu=Sociologiya_reshetnikov_2008

280. Hall G. S. Adolescence. 2 vols. New York: Appleton. 1904.

281. Homans G. The Nature of Social Science. New York. 1967.

282. Huerre P., Ragan-Reymond M., Reymond J.M. L'adolescence n'existe pas. Histoire des tribulations d'un artifice. Paris : Editions Universitaires, 1990.

283. Howe N., Strauss W. Millennials & K-12 Schools (неопр.). LifeCourse Associates, 2008. C. 109-111.

284. Mauss M. The techniques of the Body. *Economy and Society*. 1973. Vol 2. № 1.

285. Mirage of health utopias, progress, and biological change Dubos, RenePublished by Doubleday Anchor Book . 1959.

286. Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum: Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische – Medizinalverfassungs-Frage. Berlin : Adolph Ricth. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=JPYmDwAAQBAJ&pg>

287. Newman K., Harrison L., Dashiff C., Davies S. Relationship between parenting styles and risk behavior in adolescent health: an integrative literature. *Rev Latino-am Enfermagem*. Vol. 16 (1). Janeiro-Ferereiro. 2008. Pp. 142-150

288. Parent Engagement : strategies for involving parents in school health. Center for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Pennyhill Press, 2012. 28 p. URL: http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/pdf/parent_engagement_strategies.pdf

289. Parsons T. Age and sex in the social structure of the United States. *American sociological review*. 1942. P. 604 – 616.

290. Parsons T. Essays in Sociological Theory. NY. 1962. 143 p.

291. Parsons T. The School Class As A Social System. Some of Its Functions in American Society. 1968

292. Pommier J. Et al. School Health Promotion: Organization of Services and Roles of Health Professionals in Seven European Countries. *European Journal of Public Health*, Volume 20, Issue 2, April 2010, Pp. 182–188.

293. Popova I. N. The designing networking educational organizations as a condition of effectiveness of the implementation of programs of the General and additional education. *Innovations in education* : Monograph, Volume 4 ; ed. by L. Shlossman. Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2014. Pp. 135-151.

294. Riesman D. Leisure and Work in Post-Industrial Society. *Mass Leisure* ; Eds.E. Larrabee, R. Meyersohn. Glencoe, 1958. P. 363–385

295. Sagan A. Poland health system review. *Health systems in transition* vol. 13,8 (2011): 1-193.

296. Silliman N. Як заняття спортом впливають на успішність дітей у школі – дослідження PISA. URL: <https://nus.org.ua/news/yak-zanyattya-sportom-vplyvayut-na-uspishnist-ditej-u-shkoli-doslidzhennya-pisa/>

297. Shkurapet N. I. The role of school medicine in the formation of health-preserving educational environment as the main factor affecting the health of modern schoolchildren. *GLOBAL ACADEMICS. International Journal of Advance Researches. United States of America*. 4 (5) September, 2019. C. 24-30.

298. Shkurapet N. I. Transformation of a way of life of teenagers under conditions of modern challenges: the sociological analysis. *European Humanitarian Studies*. 2021. №2. C. 22-34

299. Straus W., Hove N. Generations: the history of America's future. 1584 to 2069. New York : Perennial, 1991. 544 p.

300. Summary report: Tennessee's school-based family resource centers 2010–2011. *Office of school-based support services in the office of early learning*, 2012. URL:http://www.tn.gov/education/earlylearning/documents/FRC_SummaryReport.DOC

301. Turner J. H. The institutional order. New York: Longman, 1997.

302. Valdman I. A. The network structures : virtualization and adaptation in modern society. *Philosophy of Education*. Special issue, 2009. № 2. P. 141–146.

303. Xia David Z. Marketing Library Services through Facebook Groups. *Library Management*. 2009. № 30 (6/7). 469 с.

ДОДАТКИ

Додаток А
Допоміжні інформаційні матеріали

Таблиця А.1.

Зміст категорій якісно нових позитивних характеристик сучасного отроцтва
(порівняно з підлітками 70-80 рр.) [228]

| Категорії | Приклади висловлювань категорії (одиниці змісту) |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Психосоціальна активність | Прагнення (здатність) до самовираження, самоствердження, самореалізації, самоосвіти. Відсутність сліпого наслідування, поклоніння авторитетам, беззаперечного підпорядкування. Вільно висловлюють свою думку та відстоюють свою правоту, відсутність страху критики, критичність мислення. Активна позиція в оволодінні знаннями, проектуванні (моделюванні) майбутнього, наполегливість, цілеспрямованість (здатність до чіткої реалізації дій для досягнення цілей), активна життєва позиція, ініціативність, соціальна сміливість. |
| Сила Я | Самодостатність, самовпевненість, відсутність комплексів, любов до себе, розкутість, самостійність, індивідуалізм, орієнтація на себе, оптимізм. |
| Соціальнопсихологічна компетентність | Комунікабельність, комунікативні навички (вміння домовлятися, вести діалог, вміння самопрезентації тощо), відкритість, відвертість, природність, розкутість у спілкуванні, вміння встановлювати зв'язки з людьми будь – якого віку, широта контактів, здатність отримувати бажане через вплив на близьке оточення, гостре відчуття справедливості, активна позиція в спілкуванні, лідерські якості та прагнення до лідерства, харизматичність. |
| Прагматизм. Адаптивність | Прагматизм, «комерційна свідомість», вибіркове ставлення до знань, орієнтація на вузьку спеціалізацію, раціональність у виборі інтересів, занять, навчальних предметів, практицизм, активність у пошуку джерел прибутку (заробіток грошей), схильність практичного виокремлення потрібного від «зайвого». Легкість адаптації (приспосовування) до умов навколишнього середовища (швидкість адаптації, гнучкість), мобільність (здатність до швидкого переключення з однієї діяльності на іншу), стійкість до стресів, легкість схоплення нового та орієнтації у нових обставинах. |

| 1 | 2 |
|---|--|
| Ерудованість, інформованість, креативність | Вміння працювати з інформацією, широкий доступ до інформації як досвіду поколінь, високий рівень інтелектуального розвитку, вміння шукати та обробляти великий обсяг інформації, швидкість її обробки, інформованість останніми досягненнями науки, техніки, сексуальна обізнаність, вибіркоче сприйняття інформації (рандомне), різносторонність інтелектуальних інтересів. Креативність, вміння швидко генерувати ідеї, нестереотипне, креативне мислення, можливість реалізації креативних здібностей, високі творчі здібності. |
| Аполітичність, свобода вибору | Аполітичність, відсутність інтересу до політики, деідеологізованість. Прийняття ідей демократії, демократичних цінностей, свободи слова, віросповідання та вільного вибору власної позиції. Знання своїх прав, загальне підвищення рівня культури (у тому числі правової), плюралізм, альтернативність світоглядних переконань, реформаторські, прогресивні погляди. |

Порівняльна характеристика способу життя в містах і сільських поселеннях
[86]

| Сільське поселення | Місто |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Невисока щільність населення на обмеженій території. Ритм життя розмірений, неквапливий. | Концентрація великої кількості жителів і висока щільність населення на обмеженій території. Характерний швидкий ритм життя |
| Відкритість спілкування, неможливість збереження принципу «конфіденційності» в спілкуванні (всі один про одного знають). | Переважають анонімних, ділових, короткочасних, часткових і поверхневих контактів в міжособистісному спілкуванні, але в той же час висока міра вибірковості в емоційних уподобаннях |
| Низька ступінь різноманітності людської життєдіяльності. Малі можливості трудової мобільності. Мала розвиненість системи дозвіллевих закладів (гуртків, секцій). | Високий ступінь різноманітності людської життєдіяльності (як у трудовій, так і у поза виробничих сферах) |
| Зберігаються уклади традиційної сільської громади. | Невелика значимість територіальних спільнот жителів, в основному слаборозвинені, виборчі та, як правило, функціонально обумовлені сусідські зв'язки (кооперація сімей з маленькими дітьми або старими по догляду за ними, «автомобільні» зв'язку та ін.) |
| Стили життя, культурні стереотипи і ціннісні орієнтації залишаються тими ж протягом довгого часу не змінюючись | Різноманіття стилів життя, культурних стереотипів, ціннісних орієнтацій |
| Соціальний статус досить стійкий, мала соціальна мобільність. | Нестійкість соціального статусу городянина, велика соціальна мобільність |
| Високий контроль поведінки людини і малозначні роль самоконтролю | Слабкий контроль поведінки людини і значна роль самоконтролю внаслідок наявності різноманітних соціальних зв'язків і анонімності |
| Сільська школа, через її тісну інтегрованість в сільське життя, впливає на виховання підростаючих поколінь значно менше, ніж міська | Школа надає значно вплив на дітей |
| Альтернативи життєвого облаштування передбачувані і не відрізняються великою різноманітністю. | Місто надає величезну кількість альтернатив життєвого облаштування, будучи своєрідним «вузлом» інформації та інформаційним полем |
| Можливість взаємодії з обмеженим колом осіб і груп (родичі, друзі, знайомі конкретного поселення) | Можливість взаємодії з великим і різноманітним колом осіб і груп (не тільки родичі, друзі і знайомі, а люди, що володіють популярністю і ін.) |

| 1 | 2 |
|---|---|
| <p>Стили життя і ціннісні устремління більшості сільських жителів дуже схожі. Неможливо приміряти інші стилі життя (за інтересами, неформальні та ін.) з огляду на те, що відбувається засудження таких</p> | <p>Міський житель не тільки бачить і знає різні стилі життя і ціннісні устремління, але і має можливість «приміряти» їх на себе</p> |
| <p>Село надає вузьке коло вибору спілкування, систем цінностей, не дозволяє повноцінно розкрити свої інтереси і здібності</p> | <p>Місто надає кожному городянину потенційно широкі можливості вибору кіл спілкування, систем цінностей, стилів життя, а отже, і можливостей самореалізації і самоствердження</p> |

Стилі життя за Малиною О. Г. [138]

| Тип стилю життя | Характерні прояви |
|-------------------------------|--|
| 1 | 2 |
| Пасивно-індивідуалістичний | Провідна спрямованість - задоволення власних егоїстичних потреб, провідний мотив поведінки- орієнтація на власне благополуччя, прагнення до зовнішнього успіху та престижності. Інших людей особи з даним типом стилю життя розглядають лише як засіб досягнення власних цілей і бажань. Їх поведінка егоїстична, нетактовна та інфантильна. Активність представників цього типу визначається очікуванням неприємних наслідків; особи з таким типом стилю життя малоініціативні, недисципліновані та схильні планувати своє майбутнє на близькі терміни часу. Взагалі, цей тип життя можна охарактеризувати як споживацький. |
| Ситуативно-індивідуалістичний | Характерна ознака - нестійка активність та несамостійність, амбіціозність, азартність, нездатність контролювати, планувати та впорядковувати своє життя. Особи характеризуються ригідністю, невпевненістю у собі, неврівноваженістю. Зовні вони справляють враження хаотичної та пошукової активності, але насправді поверхневі, не мають стійких інтересів, захоплень, прихильностей, орієнтовані лише на збереження власної безпеки та переважно «пливуть за течією». |
| Активно-індивідуалістичний | Проявляється рішучістю у вчинках, високою пластичністю, винахідливістю, спрямованістю, однак, на власні егоїстичні інтереси. Впевненість у собі, інтернальність, незалежність, оптимістичність, висока самооцінка, легкість змінювання стратегій досягнення успіху характеризує осіб з даним типом стилю життя. Навколишній світ сприймається ними як театр для реалізації власного Я. Це успішні, спритні, самовпевнені дільці. |
| Пасивно-колективістичний | Відзначається схильністю до життя у внутрішньому світі, замкнутістю способу життя, дотриманням традицій, ритуалів, орієнтацією на групові норми та ідеали, однак, з некритичним до них ставленням, легко піддаються впливу і за певних (несприятливих) умов ризикують потрапити до соціальних груп ризику. Уникають відповідальних рішень, пасивні та песимістичні. Характерними психологічними рисами є поступливість, довірливість та покірливість, що дає підстави вважати його конформним та залежним типом стилю життя. |

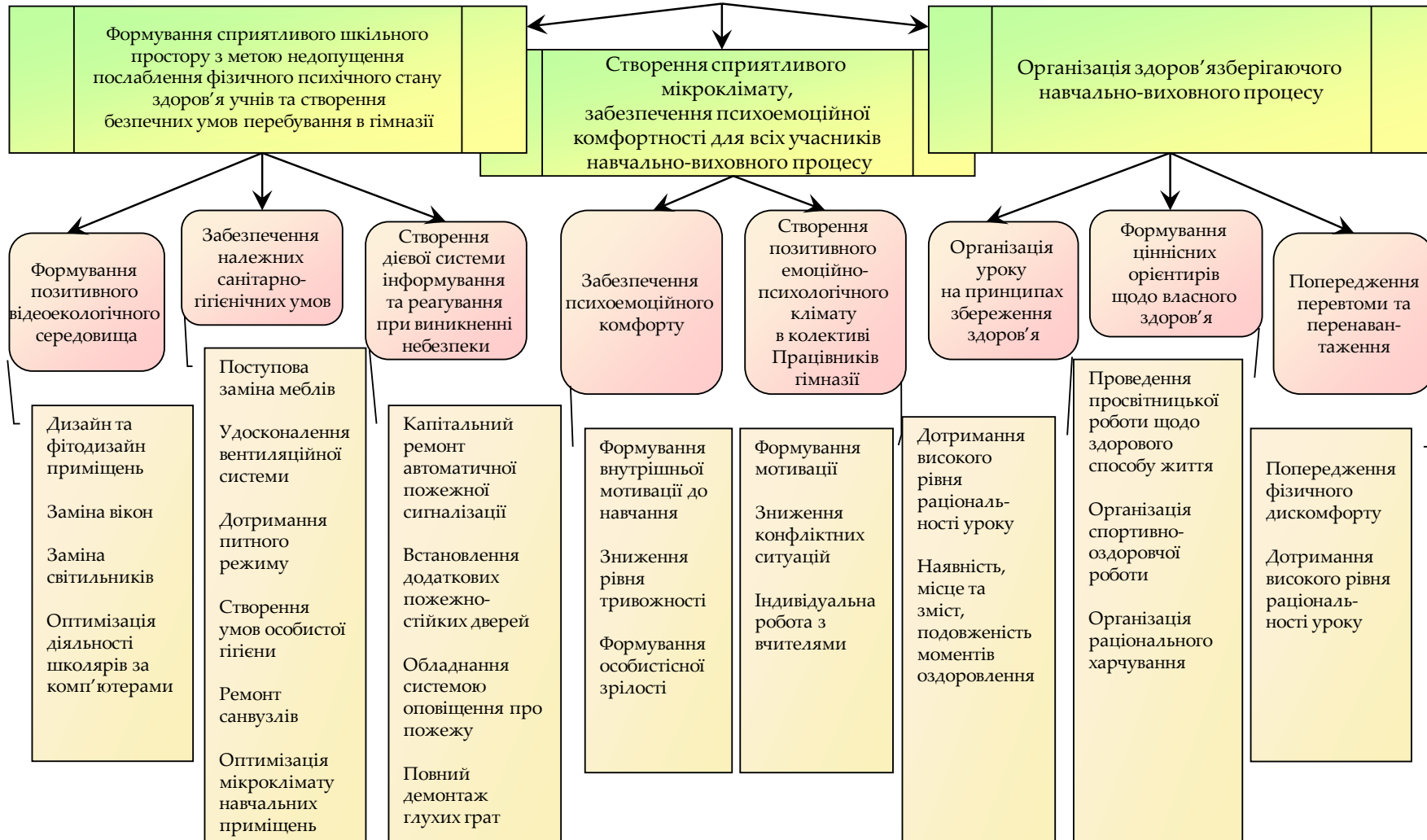
| | <i>Продовження таблиці АЗ</i> |
|-------------------------------------|--|
| Ситуативно-колективістичний | Визначають домінуючі мотиви спілкування та задоволення потреб взаємної симпатії. Активність осіб цього типу залежить від обставин, настрою, зацікавленості і спонукається, переважно, мотивацією боязні невдачі. Представники даного типу ставлять невиправдано високі цілі, неадекватно оцінюючи свої можливості. Вони наполегливі та ініціативні, але несамостійні. Цей тип стилю життя гуманістично спрямований, альтруїстичний, доброзичливий, але недієвий через невпевненість у власних силах. |
| Активно-колективістичний | Розкривається через провідний принцип самореалізації – «все життя віддати людям» та характеризується високим рівнем активності, ініціативністю та самостійністю, потягом до активного способу життя та високої інтенсивності життєдіяльності в цілому. Особистість даного стилю життя доброзичлива, альтруїстична, впевнена у собі та проявляє якості групового лідера. |
| Самоціннісно-практичний пасивний | Ініціативність, але нерішучість, провідним мотивом є бажання виконувати свою справу як найліпше. Їх активність залежить від досягнення успіху, вони наполегливі, здатні долати труднощі, але ригідні, інертні, закриті, схильні до монотонної, кропіткої праці та потребують емоційної підтримки та контролю з боку керівництва. Типовий представник цього типу – виконавець. |
| Самоціннісно-практичний ситуативний | Характеризується прагматичною спрямованістю представників, їх соціальною відповідальністю, моральністю, схильністю до лідерства. Але їх активність нестабільна, мерехтлива і визначається домінуючим на цей час захопленням. |
| Самоціннісно-практичний активний | Характерний для особистісно зрілих, схильних до самоактуалізації, психологічно здорових особистостей з високим ступенем життєтворчості та самореалізації. Вони обирають конструктивні перетворюючі стратегії, вирізняються оптимістичним світосприйманням, позитивною самооцінкою, реалістичним підходом до життя, яскравою мотивацією досягнення цілей. Цей тип можна визначити як творчий. |

РИСУНКИ А1-А7.

Моделі організації роботи з формування здорового способу життя у сучасних школах України

КОМПЛЕКСНО-ЦІЛЬОВА МОДЕЛЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ДОСЛІДНИЦЬКОЇ ПРОГРАМИ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ (на прикладі ХГ№ 14) НАПРЯМИ ДІЯЛЬНОСТІ ГІМНАЗІЇ

Створення умов для формування фізично, психічно здорової, інтелектуально розвиненої особистості з високим рівнем володіння способами самореабілітації, саморегуляції, розуміння самого себе та толерантним ставлення до інших





Модель діяльності навчального закладу як Школи сприяння здоров'ю

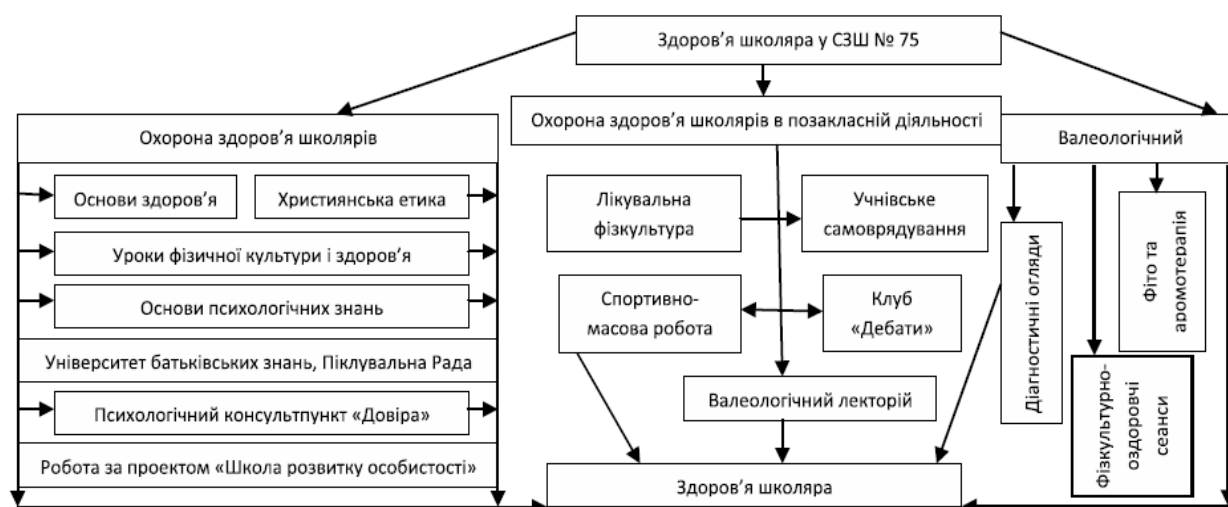


Рис. А3. Модель діяльності освітнього закладу як Школи сприяння здоров'ю (на прикладі спеціалізованої школи № 75 м. Львова)



Рис. А 4. Модель діяльності освітнього закладу як Школи сприяння здоров'ю (на прикладі Львівської лінгвістичної гімназії)

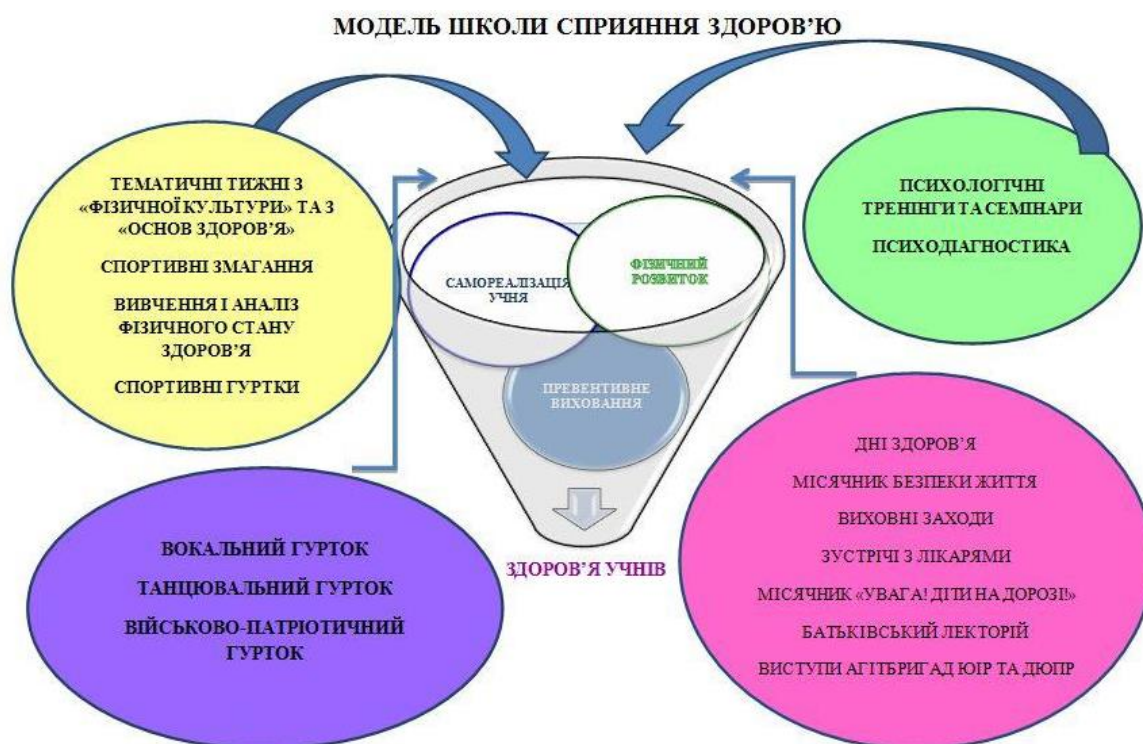


Рис. А5 Модель «Школи сприяння здоров'ю» ЗОШ № 142 м.Харкова



Рис. А6. Основні напрямки діяльності педагогічного колективу Первомайської ЗОШ Миколаївської області з реалізації програми «Школи сприяння здоров'ю»

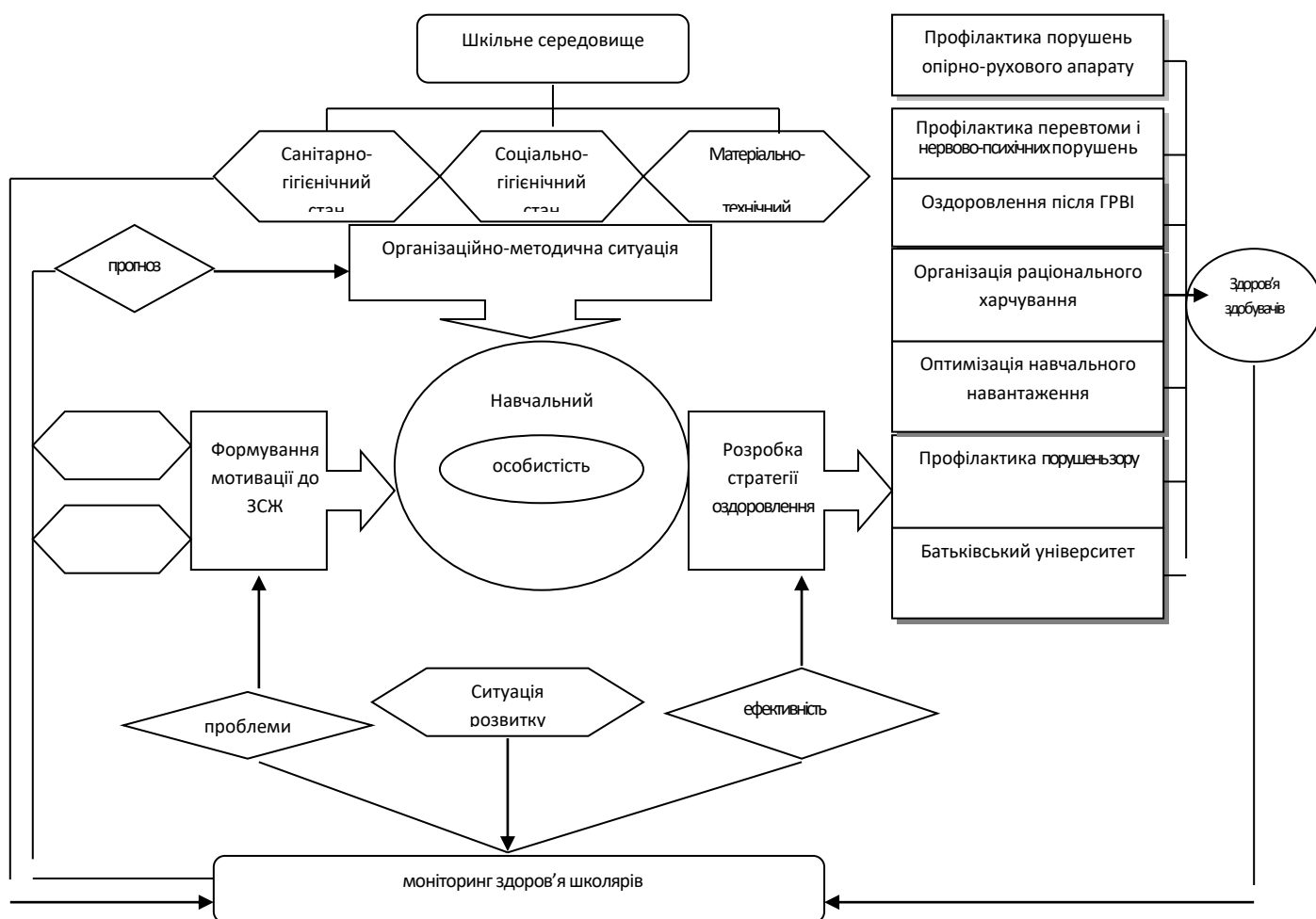


Рис А7. Структурно-функціональна модель впровадження оздоровчих заходів в освітньому закладі

**Динаміка поширеності та захворюваності дітей віком 15-17 років
включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні у 2014-
2017 рр.**

(на 1000 дітей відповідного віку)

Узагальнено автором на основі даних [259; 260; 261; 262]

| <i>Клас хвороб</i> | <i>Поширеність</i> | | | | <i>Захворюваність</i> | | | |
|--|---------------------------|--------|---------|---------|------------------------------|--------|---------|---------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Усього хвороб, у т.ч.: | 2022,3 | 2080,3 | 2154,53 | 2177,72 | 1151,1 | 1188,6 | 1249,86 | 1254,62 |
| Деякі інфекційні та паразитарні хвороби | 42,2 | 42,50 | 43,54 | 45,75 | 34,3 | 34,61 | 35,69 | 37,4 |
| Новоутворення | 14,4 | 14,95 | 15,54 | 15,58 | 6,2 | 6,2 | 6,7 | 6,48 |
| Хвороби крові й кровотворних органів | 20,0 | 21,32 | 22 | 22,36 | 7,8 | 8,07 | 8,49 | 8,40 |
| Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин | 148,2 | 150,05 | 150,34 | 151,42 | 25,2 | 25,0 | 24,98 | 24,65 |
| Розлади психіки та поведінки | 35,2 | 35,08 | 35,09 | 34,9 | 4,0 | 4,4 | 4,08 | 4,06 |
| Хвороби нервової системи | 112,7 | 116,16 | 117,78 | 118,81 | 30,5 | 30,58 | 30,85 | 30,64 |
| Хвороби ока та його придаткового апарату | 160,6 | 164,83 | 169,68 | 175,87 | 49,0 | 49,73 | 51,42 | 52,28 |
| Хвороби вуха та соскоподібного відростка | 40,1 | 42,47 | 42,73 | 44,34 | 32,3 | 34,13 | 34,66 | 36,41 |
| Хвороби системи кровообігу | 74,3 | 77,74 | 77,78 | 77,28 | 16,2 | 16,7 | 15,66 | 15,74 |
| Хвороби органів дихання | 735,5 | 869,45 | 822,37 | 815,34 | 644,4 | 671,73 | 728,88 | 715,86 |
| Хвороби органів травлення | 186,7 | 190,68 | 191,93 | 193,01 | 52,4 | 54,85 | 57,13 | 59,51 |

Продовження табл. А.4.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--|-------|--------|--------|--------|------|-------|-------|-------|
| Хвороби шкіри та підшкірної клітковини | 93,4 | 95,04 | 97,79 | 103,68 | 78,2 | 79,3 | 81,78 | 85,31 |
| Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини | 161,2 | 161,79 | 162,89 | 170,06 | 46,9 | 46,81 | 47,8 | 47,52 |
| Хвороби сечостатевої системи | 99,9 | 102,91 | 104,36 | 104,33 | 51,8 | 53,68 | 54,39 | 54,78 |
| Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії | 23,4 | 24,91 | 25,72 | 27,06 | 1,8 | 1,81 | 1,78 | 1,98 |
| Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників | 68,7 | 69,84 | 69,32 | 72,67 | 65,2 | 66,25 | 65,95 | 69,35 |



Вплив інститутів сім'ї, освіти, охорони здоров'я на формування здорового способу життя

| | Інститут сім'ї | | | Інститут освіти (особистість педагога) | | | Інститут освіти (освітнє середовище в цілому) | | | Інститут освіти (по окремим віковим категоріям підлітків) | | | ШСЗ | | |
|------------------------------------|----------------|-------|-------|---|-------|-------|---|--------|------|---|-------|------|--------|-------|-------|
| | F | P | % | F | P | % | F | P | % | F | P | % | F | P | % |
| Задоволення станом здоров'я | 3,775 | 0,053 | 0,9 | 1,369 | 0,243 | 0,341 | 0,352 | 0,881 | 0,44 | | | | 0,147 | 0,702 | 0,037 |
| Тютюнопаління | 0,014 | 0,907 | 0,003 | 0,413 | 0,521 | 0,102 | 7,028 | 0,0000 | 8,8 | 6,382 | 0,000 | 13,0 | 4,0 | 0,046 | 1,0 |
| Кількість сигарет, що палиш | 0,030 | 0,863 | 0,007 | 0,497 | 0,481 | 0,124 | 4,245 | 0,001 | 5,3 | 3,255 | 0,014 | 8,7 | 10,577 | 0,000 | 21,7 |
| Вживання наркотиків | 3,265 | 0,072 | 0,804 | 0,117 | 0,733 | 0,029 | 2,086 | 0,066 | 2,6 | 2,925 | 0,023 | 7,7 | 2,141 | 0,144 | 0,527 |
| Вживання соків | 6,208 | 0,013 | 1,870 | 4,685 | 0,31 | 1,42 | 0,3 | 0,913 | 0,5 | | | | 0,021 | 0,884 | 0,006 |
| Вживання солодких газованих напоїв | 0,162 | 0,688 | 0,041 | 0,209 | 0,648 | 0,053 | 2,344 | 0,041 | 3,0 | | | | 0,852 | 0,356 | 0,215 |
| Вживання пива | 0,003 | 0,959 | 0,001 | 0,437 | 0,509 | 0,113 | 2,263 | 0,048 | 2,9 | | | | 0,407 | 0,524 | 0,105 |
| Вживання слабоалкогольних напоїв | 0,013 | 0,909 | 0,003 | 0,035 | 0,851 | 0,009 | 2,776 | 0,018 | 3,6 | 3,070 | 0,010 | 6,5 | 1,429 | 0,233 | 0,368 |
| Вживання енергетиків | 0,801 | 0,371 | 0,202 | 2,505 | 0,114 | 0,632 | 7,351 | 0,0000 | 9,4 | 8,497 | 0,000 | 23,1 | 0,002 | 0,969 | 0,000 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Вживання вина | 2,467 | 0,117 | 0,634 | 0,004 | 0,951 | 0,001 | 2,763 | 0,018 | 3,6 | | | | 0,777 | 0,379 | 0,200 |
| | | | | | | | | | | 3,777 | 0,006 | 10,6 | | | |
| Вживання міцних алкогольних напоїв | 0,004 | 0,952 | 0,001 | 1,592 | 0,208 | 0,409 | 2,237 | 0,05 | 2,9 | | | | 0,211 | 0,646 | 0,054 |
| | | | | | | | | | | 2,724 | 0,032 | 7,62 | | | |
| Компанія, де вживають алкоголь | 0,679 | 0,411 | 0,168 | 1,578 | 0,210 | 0,390 | 2,477 | 0,032 | 3,1 | 2,637 | 0,024 | 5,4 | 3,288 | 0,071 | 0,812 |
| Перша спроба тютюнопалін. | 0,849 | 0,357 | 0,218 | 0,283 | 0,595 | 0,073 | 4,467 | 0,001 | 5,8 | 4,137 | 0,001 | 8,9 | 0,265 | 0,607 | 0,068 |
| Перша спроба вживання алкоголю | 9,794 7 | 0,002 | 2,5 | 1,389 | 0,239 | 0,356 | 2,336 | 0,042 | 3,02 | | | | 0,160 | 0,689 | 0,041 |
| Перша спроба вживання наркотиків | 5,256 | 0,022 | 1,460 | 0,241 | 0,624 | 0,067 | 1,679 | 0,139 | 2,4 | | | | 0,839 | 0,360 | 0,233 |
| | | | | | | | | | | 2,811 | 0,028 | 8,4 | | | |
| Перша спроба інтимних стосунків | 4,546 | 0,034 | 1,27 | 0,085 | 0,770 | 0,024 | 5,792 | 0,000 | 8,13 | | | | 0,089 | 0,765 | 0,025 |
| | | | | | | | | | | 4,976 | 0,001 | 14,96 | | | |
| Споживання цукерок | 0,703 | 0,402 | 0,176 | 0,001 | 0,972 | 0,000 | 0,361 | 0,875 | 0,45 | | | | 1,674 | 0,197 | 0,418 |
| Споживання здобних виробів | 0,721 | 0,396 | 0,183 | 0,074 | 0,786 | 0,019 | 0,633 | 0,675 | 0,8 | | | | 0,019 | 0,889 | 0,005 |
| Споживання м'яса | 0,009 | 0,926 | 0,002 | 3,650 | 0,057 | 0,910 | 0,254 | 0,938 | 0,3 | | | | 3,607 | 0,058 | 0,900 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Споживання ковбас | 6,824 | 0,009 | 1,7 | 1,834 | 0,176 | 0,461 | 1,238 | 0,291 | 1,6 | | | | 0,430 | 0,513 | 0,108 |
| Споживання копчених виробів | 0,047 | 0,829 | 0,012 | 1,784 | 0,182 | 0,448 | 1,853 | 0,102 | 2,4 | 3,355 | 0,006 | 6,9 | 0,001 | 0,970 | 0,000 |
| Споживання риби | 8,286 | 0,004 | 2,1 | 2,144 | 0,144 | 0,544 | 1,976 | 0,081 | 2,53 | 5,207 | 0,001 | 14,07 | 0,705 | 0,402 | 0,179 |
| Споживання копченої риби | 0,682 | 0,410 | 0,175 | 2,280 | 0,132 | 0,586 | 3,803 | 0,002 | 4,9 | 2,350 | 0,042 | 5,04 | 0,227 | 0,634 | 0,058 |
| Споживання молока | 14,72 2 | 0,000 | 3,7 | 1,004 | 0,317 | 0,254 | 3,098 | 0,009 | 3,9 | 3,910 | 0,005 | 10,06 | 0,003 | 0,954 | 0,001 |
| Споживання сиру | 5,741 | 0,017 | 1,4 | 0,752 | 0,386 | 0,189 | 3,594 | 0,003 | 4,6 | 3,396 | 0,006 | 7,1 | 0,947 | 0,331 | 0,238 |
| Споживання йогурту | 0,663 | 0,416 | 0,165 | 0,396 | 0,530 | 0,098 | 1,780 | 0,116 | 2,2 | | | | 0,173 | 0,678 | 0,043 |
| Споживання морозива | 0,010 | 0,920 | 0,003 | 0,418 | 0,518 | 0,105 | 0,960 | 0,442 | 1,2 | | | | 0,006 | 0,936 | 0,002 |
| Споживання свіжих овочей | 0,014 | 0,905 | 0,004 | 0,794 | 0,374 | 0,198 | 0,417 | 0,837 | 0,5 | | | | 0,003 | 0,958 | 0,001 |
| Споживання фруктів | 4,058 | 0,045 | 1,03 | 0,995 | 0,319 | 0,251 | 0,516 | 0,764 | 0,7 | | | | 0,129 | 0,720 | 0,033 |
| Споживання майонезі, соусів | 5,009 | 0,026 | 1,249 | 1,342 | 0,247 | 0,335 | 1,662 | 0,143 | 2,1 | | | | 0,040 | 0,842 | 0,010 |
| Споживання фастфуду | 0,469 | 0,494 | 0,118 | 0,817 | 0,367 | 0,206 | 3,982 | 0,002 | 5,1 | 2,779 | 0,018 | 5,8 | 0,380 | 0,538 | 0,096 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Споживання «вуличної їжі» | 0,026 | 0,873 | 0,006 | 0,151 | 0,698 | 0,038 | 7,951 | 0,000 | 10,1 | 7,103 | 0,00 | 14,67 | 1,710 | 0,192 | 0,429 |
| | | | | | | | | | | 3,599 | 0,008 | 9,73 | | | |
| Вживання чіпців,сухари ків | 0,001 | 0,980 | 0,000 | 0,115 | 0,735 | 0,029 | 2,023 | 0,075 | 2,6 | 2,965 | 0,013 | 6,13 | 2,953 | 0,087 | 0,738 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Споживання «швидкої їжі» | 0,427 | 0,514 | 0,107 | 0,256 | 0,613 | 0,064 | 4,140 | 0,001 | 5,3 | 3,219 | 0,008 | 6,7 | 0,704 | 0,402 | 0,177 |
| | | | | | | | | | | 3,732 | 0,006 | 10,01 | | | |
| Самооцінка стану здоров'я | 0,631 | 0,427 | 0,157 | 3,879 | 0,050 | 0,963 | 0,351 | 0,882 | 0,4 | | | | 0,129 | 0,720 | 0,032 |
| Вживання нецензурної лексики | 7,520 | 0,006 | 1,86 | 4,115 | 0,043 | 1,016 | 2,992 | 0,012 | 3,7 | 3,567 | 0,004 | 7,25 | 0,413 | 0,521 | 0,102 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Оцінка безпеки поведінки щодо ЗОЖ | 6,229 | 0,013 | 1,57 | 0,574 | 0,449 | 0,145 | 1,646 | 0,14 | 2,1 | 4,777 | 0,000 | 9,99 | 0,048 | 0,827 | 0,012 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заняття спортом 3 | 21,42 | 0,000 | 5,4 | 2,824 | 0,094 | 0,717 | 1,646 | 0,147 | 2,1 | | | | 0,168 | 0,682 | 0,043 |
| Ієрархія життєвих цінностей | 0,205 | 0,651 | 0,052 | 0,110 | 0,740 | 0,028 | 2,056 | 0,70 | 2,6 | | | | 0,189 | 0,664 | 0,048 |
| Самооцінка піклування за здоров'ям 4 | 13,16 | 0,000 | 3,25 | 4,077 | 0,044 | 1,02 | 0,690 | 0,631 | 0,9 | | | | 0,000 | 0,988 | 0,000 |

Вплив на 14-15 річних Вплив на 16-17 річних 

Особливості організації європейських шкільних служб охорони здоров'я

[292; 299]

| Країна | Органи управління | Фінансування | Відповідальність за кадри | Організація шкільних служб здоров'я |
|------------|--|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Австрія | Міністерство освіти | Регіональні або муніципальні органи влади | Міністерство освіти | На базі школи |
| Фінляндія | Муніципалітети і міністерства соціальних справ і охорони здоров'я | Муніципалітети і міністерства соціальних справ і охорони здоров'я | Первинна медико-санітарна допомога на муніципальному рівні | На базі школи |
| Франція | Міністерство освіти | Різні джерела | Міністерство освіти | На базі школи |
| Ізраїль | Міністерства освіти і охорони здоров'я та місцеві служби охорони здоров'я | Міністерства освіти і охорони здоров'я та місцеві служби охорони здоров'я через організації незалежних постачальників | Муніципалітети і міністерства соціальних справ і охорони здоров'я | ШСЗ відвідують школи |
| Італія | Міністерства освіти і охорони здоров'я та місцеві служби охорони здоров'я і освіти | Міністерства освіти і охорони здоров'я за допомогою регіональних органів охорони здоров'я, які відповідальні за надання медичних послуг | Регіональні органи охорони здоров'я за допомогою місцевих служб охорони здоров'я | Місцеві органи влади відповідальні за середовище в школі. Сімейний лікар відповідальний за здоров'я дитини |
| Нідерланди | Міністерство охорони здоров'я і місцеві органи охорони здоров'я і освіти | Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи охорони здоров'я | | ШСЗ як частина служби охорони здоров'я. ШСЗ відвідують школи. Наявні підліткові служби охорони здоров'я. |

Продовження табл. А.6.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------|--|---|--|--|
| Норвегія | Міністерство охорони здоров'я | Різні служби | Різні служби | На базі школи |
| Польща | Міністерство охорони здоров'я | Національний фонд охорони здоров'я та місцевий уряд | Міністерства освіти і охорони здоров'я | На базі школи |
| Швеція | Міністерство охорони здоров'я і місцеві органи охорони здоров'я і освіти | муніципальні органи освіти (муніципалітети) | Місцеві органи охорони здоров'я і освіти | На базі школи |
| Великобританія | Місцеві органи охорони здоров'я | Місцеві органи охорони здоров'я | Місцеві органи охорони здоров'я | ШСЗ як частина служби охорони здоров'я. ШСЗ відвідують школи |

Порівняння впливу різних моделей організації профілактично-просвітницької діяльності закладу освіти на формування здорового способу життя сучасних підлітків

| Залежні змінні | Модель лінійної системи | | | Модель нелінійної системи | | |
|--|-------------------------|-----------------|-------|---------------------------|-------|-------|
| | Ф-коєфіцієнт | Р-достовірність | % | F | P | % |
| Тютюнопаління | 2,051 | 0,076 | 2,5 | 8,183 | 0,005 | 7,3 |
| Кількість сигарет, що палиш | 1,103 | 0,363 | 3,6 | 2,242 | 0,005 | 4 |
| Вживання наркотиків | 0,795 | 0,556 | 3,339 | 3,795 | 0,002 | 6,25 |
| Вживання пива | 1,017 | 0,411 | 4,6 | 3,463 | 0,005 | 6,4 |
| Вживання солодких газованих напоїв | 4,703 | 0,032 | 3,1 | 8,398 | 0,004 | 3,9 |
| Вживання пепсі-коли, ром-коли | 2,661 | 0,105 | 1,84 | 11,527 | 0,001 | 2,97 |
| Вживання енергетиків | 5,818 | 0,161 | 2,4 | 26,298 | 0,000 | 6,64 |
| Вживання міцних алкогольних напоїв | 0,648 | 0,663 | 1,97 | 4,195 | 0,001 | 7,7 |
| Компанія, де вживають алкоголь | 0,679 | 0,411 | 0,168 | 2,467 | 0,007 | 6,34 |
| Споживання ковбас | 1,721 | 0,135 | 5,2 | 3,705 | 0,003 | 4,7 |
| Споживання копчених виробів | 2,805 | 0,020 | 11,9 | 4,498 | 0,01 | 5,7 |
| Споживання риби | 0,538 | 0,747 | 2,356 | 2,376 | 0,038 | 3,08 |
| Споживання сиру | 0,76 | 0,784 | 0,4 | 4,636 | 0,032 | 1,19 |
| Споживання свіжих овочів | 0,015 | 0,412 | 4,3 | 2,606 | 0,025 | 3,28 |
| Споживання майонезів, соусів | 1,163 | 0,028 | 1,01 | 7,311 | 0,007 | 1,8 |
| Споживання фастфуду | 2,435 | 0,039 | 11,33 | 5,470 | 0,000 | 9,99 |
| Споживання «вуличної їжі» | 2,578 | 0,030 | 6,46 | 8,549 | 0,000 | 15,71 |
| Вживання чіпсів, сухариків | 3,885 | 0,003 | 11,0 | 8,549 | 0,000 | 12,09 |
| Споживання «швидкої їжі» | 1,860 | 0,107 | 8,00 | 4,057 | 0,001 | 7,43 |
| Вживання нецензурної лексики | 2,048 | 0,153 | 0,51 | 13,305 | 0,000 | 3,28 |
| Заняття спортом | 0,531 | 0,753 | 2,28 | 13,305 | 0,017 | 3,21 |
| Безпечність поведінки, щодо формування ЗОЖ | 3,668 | 0,056 | 0,92 | 5,405 | 0,021 | 2,24 |
| Ієрархія життєвих цінностей | 0,948 | 0,453 | 4,1 | 9,499 | 0,000 | 11,8 |
| Самооцінка піклування за здоров'ям | 2,768 | 0,019 | 5,06 | 4,242 | 0,001 | 17,9 |

Ієрархічна система показників для оцінки результативності реалізації моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я з формування здорового способу життя підлітків

| Показники | Критерії оцінки | Шкала показника | Вага |
|--|---|-----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Наявність структури мережевої взаємодії | | | 0,5 |
| I. Кадровий потенціал реалізації мережевої взаємодії | | | 0,17 |
| 1. «Входження» до мережі спеціалістів медичних установ, які мають досвід роботи з цільовою групою «підлітки» . | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,085 |
| 2. «Входження» до мережі навчальних закладів медичного профілю | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,085 |
| II. Нормативно-методичне забезпечення | | | 0,17 |
| Наявність спільних цілей відповідно до функцій, що реалізуються партнерами | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,085 |
| Узгодженість просвітницьких практик принципам побудови мережевої взаємодії | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,05 |
| Наявність спільних просвітницьких програм для різних цільових аудиторій, що будуть реалізуватися в мережі | [Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,035 |
| III. Ресурсне забезпечення | | | 0,05 |
| Наявність системи зовнішнього оцінювання програм мережевої взаємодії | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,02 |
| Наявність системи зовнішнього оцінювання компонентів здорового способу життя | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,0125 |
| Можливість використання партнерами ресурсного (технічного)потенціалу, створення спільного інформаційного простору | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,0175 |
| IV. Якісні характеристики динаміки мережі | | | 0,025 |
| Питома вага підлітків, які залучені до між інституційних мережевих програм здоровязбереження та здоров'яформування | Менше 30% До 40 % До 60% До 80% Більше 80 % | 1 2 3 4 5 | 0,0125 |
| Питома вага педагогів, які залучені до між інституційних мережевих програм здоровязбереження та здоров'яформування | До 40 % До 50 % До 70% До 99% 100% | 1 2 3 4 5 | 0,00625 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|-----------------------|--------------|
| Питома вага батьків, які залучені до міжінституційних мережових програм з формування батьківської компетенції | До 15 % До 25 % До 35% До 50% Більше 50 % | 1 2 3 4 5 | 0,00625 |
| V. Позитивна оцінка значимості між інституційної мережової взаємодії з формування здорового способу життя підлітків: | | | 0,085 |
| - батьками; | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 0,025 |
| - підлітками; | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 0,0425 |
| - установами, що здійснюють керівництво та методичне супроводження діяльності освітнього закладу | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 0,0175 |
| Оцінка результативності реалізації програм, орієнтованих на формування ЗСЖ | | | 0,5 |
| 1. Якість програм, спрямованих на формування здорового способу життя | | | 0,15 |
| Відповідність програм віковим особливостям цільових груп та їхнім потребам | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,03 |
| Чітко сформовані цілі і задачі програми | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,03 |
| Встановлення зворотного зв'язку | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,03 |
| Відповідність методів особливостям цільових груп | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,03 |
| Прогнозування результатів | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 0,03 |
| 2. Функціональні показники результативності реалізації програм | | | 0,35 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно визнання цінності здоров'я; | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно визнання відповідальності за стан індивідуального здоров'я | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно цілеспрямованість та активність щодо здорового способу життя: | | | 0,05 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|-----------------------|-------------|
| ✓ вживання свіжих овочів | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| ✓ вживання свіжих фруктів | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| ✓ вживання м'яса | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| ✓ вживання риби | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| ✓ вживання молочних продуктів | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| • визнання необхідності збереження та зміцнення здоров'я: | | | 0,13 |
| ✓ відмова від куріння | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| ✓ відмова від вживання алкоголю | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| ✓ невживання наркотичних речовин | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| ✓ заняття спортом | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| ✓ дотримання режиму сну | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,0125 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|-----------------------|-------------|
| ✓ не вживають солодкі газовані напої | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,0125 |
| ✓ не зловживають солодощами | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,0125 |
| ✓ не вживають «вуличну їжу», продукти швидкого приготування; | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,0125 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно оволодіння знаннями про людський організм як біологічну систему; | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерна повнота знань про чинники впливу на здоров'я; | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно оволодіння знаннями про шляхи зміцнення здоров'я | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, хто обрав факультативи здоров'язбережувальної тематики | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,01 |
| Питома вага підлітків, які оволоділи техніками саморегуляції та самоконтролю | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага батьків, які підвищили рівень батьківської компетентності | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |
| Питома вага підлітків педагогів, які:- підвищили свій рівень інформованості в сфері збереження та зміцнення здоров'я школярів | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 0,02 |

**Оцінки результативності реалізації моделі мережевої взаємодії інститутів сім'ї,
освіти та охорони здоров'я з формування здорового способу життя підлітків
(на прикладі Харківської гімназії № 14)**

| Показники | Критерії оцінки | Шкала показника | Очікувана кількісна оцінка | Фактична кількісна оцінка | Вага |
|--|-------------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наявність структури мережевої взаємодії | | | | | 0,5 |
| I. Кадровий потенціал реалізації мережевої взаємодії | | | | | 0,17 |
| 1. «Входження» до мережі спеціалістів медичних установ, які мають досвід роботи з цільовою групою «підлітки» . | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,085 |
| 2. «Входження» до мережі навчальних закладів медичного профілю | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,085 |
| II. Нормативно-методичне забезпечення | | | | | 0,17 |
| Наявність спільних цілей відповідно до функцій, що реалізуються партнерами | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,085 |
| Узгодженість просвітницьких практик принципам побудови мережевої взаємодії | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,05 |
| Наявність спільних просвітницьких програм для різних цільових аудиторій, що будуть реалізуватися в мережі | [Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,035 |
| III. Ресурсне забезпечення | | | | | 0,05 |
| Наявність системи зовнішнього оцінювання програм мережевої взаємодії | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,02 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|-----------------------|----|----|--------------|
| Наявність системи оцінювання зовнішнього компонента здорового способу життя | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,0125 |
| Можливість використання партнерами ресурсного (технічного) потенціалу, створення спільного інформаційного простору | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,0175 |
| IV. Якісні характеристики динаміки мережі | | | | | 0,025 |
| Питома вага підлітків, які залучені до між інституційних мережевих програм здоров'язбереження та здоров'яформування | Менше 30% До 40 % До 60% До 80% Більше 80 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 3 | 0,0125 |
| Питома вага педагогів, які залучені до між інституційних мережевих програм здоров'язбереження та здоров'яформування | До 40 % До 50 % До 70% До 99% 100% | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,00625 |
| Питома вага батьків, які залучені до міжінституційних мережевих програм з формування батьківської компетенції | До 15 % До 25 % До 35% До 50% Більше 50 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 2 | 0,00625 |
| V. Позитивна оцінка значимості міжінституційної мережевої взаємодії з формування здорового способу життя підлітків: | | | | | 0,085 |
| - батьками; | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 10 | 5 | 0,025 |
| - підлітками; | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 10 | 7 | 0,0425 |
| - установами, що здійснюють керівництво та методичне супроводження діяльності освітнього закладу | Низька/висока [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,0175 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|-----------------------|----------|----------|-------------|
| Оцінка результативності реалізації програм, орієнтованих на формування ЗСЖ | | | | | 0,5 |
| 1. Якість програм, спрямованих на формування здорового способу життя | | | | | 0,15 |
| Відповідність програм віковим особливостям цільових груп та їхнім потребам | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,03 |
| Чітко сформовані цілі і задачі програми | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,03 |
| Встановлення зворотного зв'язку | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,03 |
| Відповідність методів особливостям цільових груп | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,03 |
| Прогнозування результатів | Так/ні [0, 1] | 10/0 | 10 | 10 | 0,03 |
| 2. Функціональні показники результативності реалізації програм | | | | | 0,35 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно визнання цінності здоров'я; | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно визнання відповідальності за стан індивідуального здоров'я | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 3 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно цілеспрямованість та активність щодо здорового способу життя: | | | | | 0,05 |
| ✓ вживання свіжих овочів | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,01 |
| ✓ вживання свіжих фруктів | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,01 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|-----------------------|---|---|-------------|
| ✓ вживання м'яса | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,01 |
| ✓ вживання риби | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 2 | 0,01 |
| ✓ вживання молочних продуктів | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,01 |
| • визнання необхідності збереження та зміцнення здоров'я: | | | 5 | | 0,13 |
| ✓ відмова від куріння | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| ✓ відмова від вживання алкоголю | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| ✓ невживання наркотичних речовин | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 5 | 0,02 |
| ✓ заняття спортом | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 5 | 0,02 |
| ✓ дотримання режиму сну | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 3 | 0,0125 |
| ✓ не вживають солодкі газовані напої | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 3 | 0,0125 |
| ✓ не зловживають солодощами | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 1000 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 2 | 0,0125 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|-----------------------|---|----------|-------------|
| ✓ не вживають «вуличну їжу», продукти швидкого приготування; | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,0125 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно оволодіння знаннями про людський організм як біологічну систему; | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерна повнота знань про чинники впливу на здоров'я; | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, для яких характерно оволодіння знаннями про шляхи зміцнення здоров'я | До 30 % До 50 % До 705% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |
| Питома вага підлітків, хто обрав факультативи здоров'язбережувальної тематики | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 2 | 0,01 |
| Питома вага підлітків, які оволоділи техніками саморегуляції та самоконтролю | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 2 | 0,02 |
| Питома вага батьків, які підвищили рівень батьківської компетентності | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 1 | 0,02 |
| Питома вага педагогів, які підвищили свій рівень інформованості в сфері збереження та зміцнення здоров'я школярів | До 30 % До 50 % До 70% До 99% 100 % | 1 2 3 4 5 | 5 | 4 | 0,02 |

Додаток Б

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

Розділи у монографіях:

1. Шкурапет Н. И. Здоровье как особый компонент человеческого капитала XXI века. *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі України: організаційний аспект:* [монографія] / под. ред. Е. Г. Михайлевой. Харьков : Изд-во НУА, 2016. С. 55-64.

2. Шкурапет Н. И. Роль общеобразовательной школы в системе формирования здорового образа жизни подростков как компонента человеческого капитала украинского общества XXI века. . *Проблеми розвитку людського капіталу у сучасному соціальному полі України: організаційний аспект:* [монографія] / под. ред. Е. Г. Михайлевой. Харьков : Изд-во НУА, 2016. С. 300-313.

Статті у наукових фахових виданнях України та включених до міжнародних наукометричних баз:

3. Шкурапет Н. И. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як складова нової стратегії профілактичної роботи з формування здорового способу життя. *Вчені зап. Харків. гуманітар. ун-ту «Нар. укр. акад.»*. Харків, 2015. Т. 21. С. 236–244.

4. Михайлова К. Г., Шкурапет Н. И. Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя школярів. *Науково-теоретичний альманах «Грані»*. 2019. Т. 22, № 12. С.67-76 (індексується в міжнародних базах *Index Copernicus; Google Scholar; DOAJ; Universal Impact Factor; Vsenauki.ru; BASE - Bielefeld Academic Search Engine; General Impact Factor; SIS Scientific Group; ERIH PLUS*) (здобувачем Шкурапет Н. И. обґрунтовано соціальне партнерство у якості методологічної основи мережевої взаємодії, доцільність запровадження трьох базових типів матричної структури моделі мережевої взаємодії («концентрована мережа»,

«розподільна мережа», модель «ланцюжок») для реалізації міждисциплінарного компоненту освітніх програм, мережеских науково-дослідницьких та соціальних проектів здоров'язбережувальної спрямованості).

5. Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Дозвіллєві практики сучасних підлітків в контексті здоров'язбереження: соціологічний аналіз. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2019. Вип. 84. С.110-122 (індексується в міжнародній базі *Index Copernicus*) (здобувачем Шкурапет Н. І. розкрито взаємозв'язок між дозвіллєвими практиками сучасних підлітків та їх орієнтацією на здоровий спосіб життя).

6. Михайльова К., Шкурапет Н. Потенціал використання понять «спосіб життя» та «стиль життя» для соціологічного аналізу практик щодо індивідуального здоров'я. *Соціологічні студії. Науково-практичний журнал*. 2020. № 1 (16). С. (здобувачем Шкурапет Н. І. здійснено ретроспективний аналіз підходів до трактування понять «спосіб життя», «стиль життя» та здійснено їх порівняння для використання при дослідженні феномену індивідуального здоров'я).

Статті у наукових зарубіжних виданнях, що включено до наукометричних баз:

7. Shkurapet N. I. The role of school medicine in the formation of health-preserving educational environment as the main factor affecting the health of modern schoolchildren. *International Journal of Advance Researches*. United States of America. 4 (5) September, 2019. С. 24-30 (індексується в міжнародних базах *Index Copernicus; Google Scholar; Cite Factor; CrossRef, Science Library Index, scientific World Index, Root Indexing, ResearchGate, Mendeley*)

8. Shkurapet N. I. Transformation of a way of life of teenagers under conditions of modern challenges: the sociological analysis. *European Humanitarian Studies*. 2020. №2. С. 22-34 (здобувачем Шкурапет Н. І. розкрито наслідки впливу сучасного суспільства на спосіб життя підлітків)

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

9. Шкурапет Н. І., Даниленко Г. М., Циганок Н. І. Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підґрунтя впровадження здоров'яформуючих

технологій в загальноосвітньому навчальному закладі. *Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу*: матеріали Всеукр. наук.-прак. конф, Суми, 17-19 квітня 2006р. / СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. С. 56-61 (здобувачем Шкурапет Н. І. запропоновано систему індикаторів для оцінки здоров'я школярів при запровадженні механізмів формування здорового способу життя у школі).

10. Шкурапет Н. І., Левіна Л. Р. Моніторингові дослідження з питання охорони здоров'я учнів – ефективний інструмент управління здоров'язберігаючої діяльності гімназії. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*: матеріали V Міжнарод. наук.-практ. конф.. Харків, 2007. С. (здобувачем Шкурапет Н. І. показано можливості моніторингу стану здоров'я школярів для планування ефективних заходів шкільної політики щодо формування здорового способу життя підлітків).

11. Шкурапет Н. І. Вплив сім'ї на формування стереотипів здоров'яформуючої поведінки дітей шкільного віку. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*: матеріали X Міжнарод. наук.-практ. конф., Харків, 2012. С

12. Шкурапет Н. І. Роль соціальних інституцій у формуванні здорового способу життя українських підлітків. *Соціально-економічний розвиток регіонів: програма і матеріали*: матеріали LI Міжнар. наук.-практ. конф., Черновці, 29-30 грудня 2016 р. Т.2. Київ: Науково-видавничий центр «Лабораторія думки», 2016. С43-46.

13. Шкурапет Н. И. Влияние образовательных рисков на здоровье украинских подростков: социологический анализ. *Образовательные риски: суть и подходы к решению*: программа и материалы XVI междунар. науч.-практ. конф., Харьков, 15 февр. 2018 г. / Нар. укр. акад. Харьков, 2018. С. 308-311.

14. Шкурапет Н. И. Возможности STEAM-образования в формировании здорового образа жизни современных школьников. *Smart-образование в smart-обществе: возможные пути адаптации* : материалы XVII ежегод. Междунар.

науч.-практ. конф., Харьков, 14 февр. 2019 г. / Харьк. гуманитар. ун-т «Нар. укр. акад.». Харьков : Изд-во НУА, 2019.С. 252 – 254.

15. Шкурапет Н. И. Формы партнерства социальных институтов в сохранении капитала здоровья «цифрового поколения». *Проблемы и перспективы социального партнерства мира университета: взгляд молодых преподавателей: программа и материалы XXVI науч.-теорет. конф. молодых ученых*, 13 апр. 2019 г. / Нар. укр. акад. [и др.]. Харьков, 2019. С. 26–31.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

16. Шкурапет Н. І. Мережеві форми соціальної взаємодії сім'ї та школи в контексті формування батьківської компетенції як умови обрання українськими школярами здорового способу життя *Virtus: Scientific Journal*. June № 23, 2018. P. 177–180 (індексується в міжнародних базах *Scientific Indexing Services (SIS) (USA)*, *Citefactor (USA)*, *International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)*)

Додаток В

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні положення дисертації пройшли апробацію на:

- *міжнародних конференціях:*

- 1) «Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу» (Суми, 2006)
- 2) «Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку» (Харків, 2012)
- 3) «Підготовка науково-педагогічних кадрів для вищої школи: стан, проблеми, перспективи» (Харків, 2016)
- 4) «Соціально-економічний розвиток регіонів» (Чернівці, 2016)
- 5) «Освітні ризики: сутність та підходи до вирішення» (Харків, 2018)
- 6) «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Сьогодення та майбутнє підліткової медицини» (Харків, 2018)
- 7) «Проблеми і перспективи соціального партнерства світу університету: погляд молодих викладачів» (Харків, 2019).
- 8) «Smart-освіта в smart-суспільстві: можливі шляхи адаптації» (Харків, 2019)

Додаток Г
Довідки про впровадження результатів дослідження



УКРАЇНА
БОГОДУХІВСЬКА РАЙОННА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
СЕКТОР ОСВІТИ

вул. Троїцька, 15, м. Богодухів, 62103, тел. (05758) 3-31-87,
 E-mail: pr.bogod@chnio.kh.gov.ua, ЄДРПОУ: 22719536

09.07.2020 № 07-11/675

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Наталії Іванівни

Результати дисертаційного дослідження Шкурапет Н.І. «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» знайшли практичне застосування в організації діяльності шкіл Богодухівського району, які включені до мережі «Шкіл сприяння здоров'я».

Протягом 2019/2020 навчального року освітні заклади Богодухівська гімназія №1, КЗ «Богодухівський ліцей №2» та Полковомикиївська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів, спираючись на теоретичні положення, висновки та рекомендації дисертанта, здійснювали апробацію реалізації моделі мережевої взаємодії школи, сім'ї та установ системи охорони здоров'я за типом «концентрованої мережі». Керівниками зазначених освітніх установ відзначається позитивна роль мережевої логіки взаємодії соціальних партнерів, що полягає у створенні умов для конструктивного співробітництва, розвитку «суб'єкт - суб'єктної» комунікацій, забезпеченні резервів, додаткових ресурсів та можливостей при вирішенні проблем організації просвітницької діяльності з питань здорового способу життя, зокрема в загальноосвітніх навчальних закладах сільської місцевості.

Особливої актуальності дисертаційне дослідження набуло в період встановлення карантину з метою недопущення розповсюдження гострої респіраторної хвороби COVID-19. Залучення до кола суб'єктів взаємодії фахівців медичних установ сприяло формуванню поведінкових стратегій школярів та їх батьків, спрямованих на упередження захворювання. Мережева взаємодія з використанням технічних засобів мережі міжкомп'ютерного обміну інформацією розширила межі реального освітнього простору за рахунок залучення як провідних спеціалістів медичних установ, так і громадських організацій м. Харкова, що відкриває нові горизонти партнерської співпраці.

Завідувач районного методичного кабінету
при секторі освіти Богодухівської
районної державної адміністрації



Оксана БЕСПАЛЬКО



УКРАЇНА



**ХАРКІВСЬКА МІСЬКА РАДА
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ
АДМІНІСТРАЦІЯ НЕМИШЛЯНСЬКОГО РАЙОНУ**

УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ

вул.Танкопія,15/2, м.Харків, 61091, тел.+38 (057) 725-16-93, факс +38 (057) 725-16-
E-mail: ruo_frun@ukr.net, сайт <http://nem-ruo.edu.kh.ua>, код ЄДРПОУ02146340

Від 08.07.2020 №1050

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспірантки
кафедри соціології Харківського гуманітарного університету
«Народна українська академія» Шкурапет Н.І.
за темою «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти
та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя
сучасних підлітків»

Заклади загальної середньої освіти Немішлянського району м. Харкова використовують у роботі теоретичні положення, висновки та рекомендації щодо формування здорового способу сучасних підлітків шкільного віку, які обґрунтовані Шкурапет Наталією Іванівною. Зокрема, розуміння розкритої у дисертаційному дослідженні сутності «способу життя» у контексті практик індивідуального здоров'я є важливим для побудови освітньої системи, орієнтованої на збереження капіталу здоров'я підростаючого покоління.

Упровадження запропонованого у дисертаційному дослідженні мережевого підходу до організації освітньої діяльності у напрямку формування здорового способу життя відкрило нові можливості освітнім закладам будувати соціальну взаємодію з партнерами, зокрема батьками, на основі одного із запропонованих варіантів матричної (нелінійної) моделі.

Спираючись на розкрити Шкурапет Н.І. організаційно-процесуальну характеристику діяльності суб'єктів мережевої взаємодії по вирішенню спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків,

методичним центром Управління освіти адміністрації Немишлянського району Харківської міської ради розпочато роботу щодо створення районного мережевого центру за різними аспектами діяльності, зокрема підвищення компетентності вчительської спільноти та батьківської громадськості з питань здоров'язбереження в умовах реформування освітньої та медичної галузі з залученням ресурсних можливостей соціальних партнерів.



Заступник начальника Управління освіти

В.Я. ГУЛЯЄВА



Затверджено
Директор ДУ «Інститут охорони здоров'я
дітей та підлітків НАМН України»

Г. Даниленко
Д-р мед.наук, проф. Г.Даниленко

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Наталії Іванівни

Відділ гігієни дітей шкільного віку та підлітків ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» використовує в організації медико-профілактичних заходів в освітніх закладах України теоретичні положення та рекомендації з організації мережевої взаємодії соціальних інституцій в питаннях формування здорового способу життя сучасних підлітків, які обґрунтовані Шкурапет Наталією Іванівною і представлені в наступних публікаціях:

Шкурапет Н. І. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як складова нової стратегії профілактичної роботи з формування здорового способу життя. *Вчені зап. Харків. гуманітар. ун-ту «Нар. укр. акад.»*. Харків, 2015. Т. 21. С. 236–244.
Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя школярів. *Науково-теоретичний альманах «Ірані»*. 2019. Т. 22., № 12. С.67-76

Розкрита дисертантом організаційно-процесуальна характеристика діяльності суб'єктів мережевої взаємодії по вирішенню спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків набуває особливого значення в контексті розбудови сприятливого для учнів освітнього середовища, зокрема в питаннях медико-санітарної просвіти та навчання здоровому способу життя, консультування з питань ризикової поведінки підлітків.

У цілому запровадження мережевих форм взаємодії на рівні «заклад загальної середньої освіти - медико-профілактичний заклад - родина» має велике практичне значення для міжгалузевої взаємодії щодо охорони здоров'я дітей та підлітків.

Співпраця фахівців ДУ «ІОЗДПНАМН» та Харківської гімназії № 14 розширює можливості для співробітників щодо здійснення всеукраїнських медико-соціальних досліджень в освітньому середовищі.

Завідувач відділу гігієни дітей
шкільного віку та підлітків, канд.мед.наук

Т. Меркулова

Т.Меркулова

Затверджено
Деканом медичного факультету
Харківського національного
університету імені В.Н.Каразіна
проф. чл.р. мед наук І.Білозьоров



ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Наталії Іванівни

Кафедра гігієни і соціальної медицини Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна використовує в організації навчальної практики студентів теоретичні положення та рекомендації з організації мережевої взаємодії соціальних інституцій в питаннях формування здорового способу сучасних підлітків, які обґрунтовані Шкурапет Наталією Іванівною.

Шкурапет Н. І. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, школи та закладів охорони здоров'я як складова нової стратегії профілактичної роботи з формування здорового способу життя. *Вчені зап. Харків. гуманітар. ун-ту «Нар. укр. акад.»*. Харків, 2015. Т. 21. С. 236–244.

Михайльова К. Г., Шкурапет Н. І. Проблеми організації мережевої взаємодії соціальних інститутів освіти та охорони здоров'я у формуванні здорового способу життя школярів. *Науково-теоретичний альманах «Грані»*. 2019. Т. 22., № 12. С.67-76

Розкрита дисертантом організаційно-процесуальна характеристика діяльності суб'єктів мережевої взаємодії по вирішенню спільних завдань з формування здорового способу життя підлітків набуває особливого значення в контексті підготовки студентів до майбутньої професійної діяльності з акцентом на профілактичну спрямованість їх роботи, зокрема в питаннях медико-санітарної просвіти та навчання здоровому способу життя, консультування з питань ризикової поведінки підлітків.

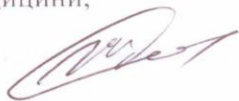
У цілому запровадження мережових форм взаємодії на рівні «студент-учень» спрямовано на особистісно – професійний розвиток студентів-медиків, розвиток в них навичок самоаналізу, самооцінки, рефлексії, комунікаційних навичок, формування почуття відповідальності, підвищення мотивація до збереження здоров'я, зокрема власного.

Партнерська взаємодія кафедри гігієни і соціальної медицини та Харківської гімназії № 14 розширює можливості для співробітників щодо здійснення різного роду медико-соціальних досліджень в освітньому середовищі.

Завідувач кафедри

гігієни та соціальної медицини,

доцент, канд.мед.наук



Ж.Сотнікова-Мелешкіна

**ХАРКІВСЬКА ГІМНАЗІЯ № 14
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

вул. Амосова, 20, м. Харків, 61171, тел. (057) 711-75-44, e-mail inbox@gymn14.net
Код ЄДРПОУ 23751950

Від 19.05.2020 № 312

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження за темою «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Наталії Іванівни

Харківська гімназія № 14 Харківської міської ради Харківської області успішно використовує у роботі теоретичні положення, висновки та рекомендації щодо організації мережевої взаємодії соціальних інститутів – суб'єктів формування здорового способу життя сучасних підлітків, що обґрунтовані Шкурапет Наталією Іванівною.

Гімназія як «Школа сприяння здоров'ю» реалізує освітні, науково-дослідницькі, дозвілєві проекти за різними моделями конструктивного багаторівневого співробітництва різних інституцій, побудованих за принципами нелінійної системи.

Дослідження важелів інституційного впливу школи, родини та медичних установ на поведінкові стратегії підлітків у контексті збереження індивідуального здоров'я як життєво важливого капіталу дозволило виокремити інституційні ризики та сформувати систему підвищення батьківської та педагогічної компетентності у сфері здоров'язбереження. Активне включення підлітків, батьків та педагогів, а також партнерів – медиків до мережевої взаємодії в рамках реалізації нової профілактично-просвітницької стратегії закладу сприяє формуванню в усіх учасників освітнього процесу мотивації до збереження власного здоров'я, особистої відповідальності за його стан.

Запровадження мережевого підходу в організації діяльності гімназії з формування здорового способу життя розширило комунікативні зв'язки між «акторами» взаємодії, надало нових можливостей щодо використання додаткових ресурсів, зокрема наукового потенціалу медичних наукових установ.

Заступник директора



С.М.Ніщименко

ХАРКІВСЬКА ГІМНАЗІЯ № 83

ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

вул Тарасівська, 43/45, м. Харків 61068

тел 725-84-50 e-mail sch83@kharkivosvita.net.ua

Код ЄДРПОУ 22645849

№ 340 від 28.12.2019

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження за темою «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Наталії Іванівни

Результати дисертаційної роботи Шкурапет Н.І. з теми «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків» впроваджено та нині використовуються в організації освітнього процесу в Харківській гімназії № 83.

Теоретична цінність дослідження особливостей підлітків як соціальної групи, різноманіття їх стиліжиттєвих практик в мережевому суспільстві в контексті здоров'язбереження, важелів інституційного впливу освіти та сім'ї на формування здорового способу життя «цифрового» покоління полягає в поглибленні знань педагогів та батьків про їх функціональні можливості щодо різнорівневого впливу на конструювання підлітками поведінкових здоров'язбережувальних моделей в умовах нової соціально-історичної ситуації.

Практичне значення дисертаційного дослідження Шкурапет Н.І. полягає в удосконаленні батьківської та професійної компетентності щодо реалізації запропонованої нелінійної моделі на різних рівнях взаємодії «підлітки- батьки - педагоги».

Матеріали дисертації є актуальними, мають вагоме теоретичне та практичне значення в процесі організації здоров'яформуючої та здоров'язбережувальної діяльності освітнього закладу в партнерстві з інститутом сім'ї, іншими суб'єктами формування здорового способу життя школярів підліткового віку.

Директор



О.І.Ситник



ХАРКІВСЬКА
ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ
ШКОЛА I-III СТУПЕНІВ №145
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
тел./факс 725-17-30
E-mail: sch145@ukr.net
Код 24479450



ky 10.01.2020 v dg.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспірантки кафедри соціології Харківського гуманітарного університету «Народна українська академія» Шкурапет Н.І. за темою «Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків»

Впровадження моделі мережевої взаємодії соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактору формування здорового способу життя сучасних підлітків здійснювалось у Харківській загальноосвітній школі I-III ступенів № 145 упродовж 2018-2019 років у ході реалізації проекту «Школи здоров'я».

Апробація результатів дисертаційного дослідження Шкурапет Н.І. у школі сприяла впровадженню нової стратегії профілактично-просвітницької роботи, побудованої за нелінійною моделлю із залученням широкого кола партнерів, що сприяло значному підвищенню ефективності здоров'язбережувальної діяльності закладу та зростанню активності батьківської спільноти, а також престижу школи в соціальному середовищі.

Матеріали дисертаційної роботи є актуальними, мають вагоме теоретичне і практичне значення в умовах сучасного реформування освіти, зокрема впровадження мережевих форм співпраці різних секторів інституту освіти.

Запровадження мережевих форм взаємодії на рівні «школа-родина-медична установа» має велике практичне значення для реалізації освітніх та виховних програм, спрямованих на формування ціннісного ставлення учасників освітнього процесу до індивідуального здоров'я, втілення соціальних практик здоров'язбережувального спрямування.

Директор ХЗОШ № 145



В.І. Мельник