

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

бакалавра

на тему: **«ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛЮДЕЙ З  
ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ»**

Виконала: студентка 4 курсу, групи 6.2319-сп  
спеціальності 231 «Соціальна робота»  
освітньої програми «Соціальна педагогіка»  
Слюсар Альона Миколаївна

Керівник: канд. пед. наук, доц. Соловйова Т.Г

Рецензент: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Запоріжжя  
2023

# ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти  
Рівень вищої освіти бакалавр  
Спеціальність 231соціальна робота  
Освітня програма соціальна педагогіка

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

## **З А В Д А Н Н Я** НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Слюсар Альоні Миколаївні

1. **Тема роботи:** «Формування здорового способу життя у людей з особливими потребами»

**Керівник роботи :** канд. пед. наук, доц. Соловйова Т.Г.

затверджені наказом ЗНУ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_

2. **Строк подання студентом роботи** \_\_\_\_\_

3. **Вихідні дані до роботи:** матеріали курсових робіт, виробничих практик, власний практичний досвід

4. **Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):** вивчення процесу формування здорового способу життя у людей з особливими потребами, теоретичне обґрунтування змісту, форм та методів роботи соціального педагога з формування здорового способу життя людей з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування.

5. **Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)**

Таблиці: «Рівні сформованості здорового способу життя, за критерієм «позитивність»; «Рівні сформованості здорового способу життя, за критерієм «успішність»; «Рівні сформованості здорового способу життя, констатувальний експеримент».

6. **Консультанти розділів роботи**

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Соловйова Т.Г., к.п.н.		
Розділ 1	Соловйова Т.Г., к.п.н.		
Розділ 2	Соловйова Т.Г., к.п.н.		
Висновки	Соловйова Т.Г., к.п.н.		
Додатки	Соловйова Т.Г., к.п.н.		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Збір та систематизація матеріалу	вересень-жовтень	виконано
	Написання вступу	листопад	виконано
	Написання першого розділу	грудень-січень	виконано
	Написання другого розділу	лютий-березень	виконано
	Написання висновків	квітень	виконано
	Оформлення додатків	травень	виконано
	Оформлення роботи, рецензування	травень-червень	виконано
	Захист	червень	

Студент \_\_\_\_\_ **Слюсар А.М.** \_\_\_\_\_  
( підпис ) ( прізвище та ініціали )

Керівник роботи \_\_\_\_\_ *af* \_\_\_\_\_ **Т.Г.Соловйова** \_\_\_\_\_  
( підпис ) ( прізвище та ініціали )

**Нормоконтроль пройдено**

Номоконтролер \_\_\_\_\_ **Ю.Р.Мацкевич** \_\_\_\_\_  
( підпис ) ( прізвище та ініціали )

## РЕФЕРАТ

Бакалаврська робота: 59 сторінок, 3 таблиці, 54 джерела, 2 додатки.

Об'єкт дослідження: процес формування здорового способу життя у людей з особливими потребами.

Предмет – процес формування здорового способу життя у людей з особливими потребами.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати зміст, форми та методи роботи соціального педагога з формування здорового способу життя людей з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз (теоретичний, порівняльний) психолого-педагогічної, соціально-педагогічної, правової, медичної літератури з метою розкриття феномену здоров'я та здорового способу життя; синтез для обґрунтування соціально-педагогічної програми з формування ЗСЖ серед людей з інвалідністю; абстрагування і конкретизація для визначення основних понять дослідження.

Теоретичне значення полягає у визначенні соціально-педагогічної сутності формування здорового способу життя у молоді з особливими потребами.

Практичне значення полягає у розробці соціально-педагогічної програми з формування установок на здоровий спосіб життя серед молоді з особливими потребами.

Галузь використання: територіальні центри соціального обслуговування; спеціалізовані навчальні заклади; установи соціального захисту.

**ЛЮДИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ, ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ, ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ.**

## SUMMARY

### **Sliusar A.M. Formation of a healthy lifestyle in people with special needs**

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, conclusions, a list of literature sources (54 items), 2 appendices on 9 pages. The qualification work is 74 pages, of which 59 are the main text. There are 3 tables.

The qualification work provides the formation of a healthy lifestyle in the youth environment and also emphasizes the importance of preserving the health of each person, regardless of their status, however, despite the sufficient development of the specified problem in the scientific literature, the issue of the formation of a healthy lifestyle among people remains insufficiently developed with a disability.

The purpose of the study: to theoretically substantiate the content, forms and methods of work of a social pedagogue on the formation of a healthy lifestyle for people with special needs in the conditions of a territorial social service center.

The object of research: the process of forming a healthy lifestyle in people with special needs.

The subject of the study: the activity of a social pedagogue on the formation of a healthy lifestyle for people with special needs.

To achieve the goal, the following research tasks are defined. determine the essence of the concept of "healthy lifestyle"; characterize people with special needs as subjects of social and pedagogical assistance; determine the features of the formation of a healthy lifestyle for people with special needs; justify the program for the formation of a healthy lifestyle for people with disabilities.

Part 1. "Theoretical foundations of the formation of a healthy lifestyle in people with special needs" analyzes the conducted research on the theoretical foundations of the formation of a healthy lifestyle and the study of the peculiarities of its formation in people with special needs, which necessitates the study of the activity of a social pedagogue in the formation of a healthy lifestyle in young people with disabilities .

Part 2. "Justification of the program for the formation of a healthy lifestyle for

people with special needs in the conditions of the territorial center of social services" the described program is proposed for implementation in the territorial center of social services. Main forms and methods: training classes, mass cultural events, meetings with experts in the field of health, lectures, conversations. Due to the martial law, it was not possible to implement the program, however, these developments can be used in the future. The effectiveness of the program will be tested at the last stage of the study using previously defined criteria and indicators, as described in the previous subsection.

The analysis of the results confirmed the effectiveness of the developed and implemented program.

Keywords: youth with special needs, healthy lifestyle, formation of healthy lifestyle, territorial center of social service

## ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні основи формування здорового способу життя у людей з особливими потребами .....	11
1.1. Формування здорового способу життя як наукова проблема .....	11
1.2. Психолого-педагогічна характеристика людей з особливими потребами	20
1.3. Особливості формування способу життя у людей з інвалідністю .....	28
Розділ 2. Обґрунтування програми з формування здорового способу життя у людей з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування .....	36
2.1. Стан сформованості здорового способу життя серед людей з особливими потребами .....	36
2.2. Програма з формування здорового способу життя у людей з інвалідністю .....	44
Висновки .....	57
Список використаних джерел .....	60
Додатки.....	66

## ВСТУП

Конституція України визнає життя і здоров'я людини найвищими соціальними цінностями. Відповідно до Основного Закону, держава несе відповідальність перед людиною за свою діяльність і зобов'язана ефективно вирішувати завдання виховання здорового покоління, від чого значною мірою залежить соціально-економічний розвиток суспільства і країни в цілому. Соціально-економічні перетворення в Україні, глобальна екологічна криза актуалізували проблему збереження фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я населення. Актуальність здорового способу життя викликана також зростанням і зміною характеру навантажень на організм людини у зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків соціального, техногенного, екологічного, психологічного, політичного і військового характеру, що провокують негативні зрушення в стані здоров'я.

Особливої уваги у цьому питанні потребують люди, які вже мають певні порушення у здоров'ї, зокрема люди з інвалідністю. Тобто, якщо йдеться, наприклад, про підростаюче покоління, то зміцнення і збереження його здоров'я вважається однією з першочергових завдань. У той же час, здоров'я людини з інвалідністю не сприймається як таке, що потребує профілактики чи формування установок на здоровий спосіб життя. У даному випадку традиційно йдеться про лікування, реабілітацію. Втім, людина з інвалідністю це не обов'язково хвора людина. Часто порушення, яке пов'язане з інвалідністю, має локальний характер, стан здоров'я стабільний і людина почуває себе задовільно. Однак означена категорія як правило здоровою не вважається, не стає об'єктом уваги держави у плані збереження здоров'я. А проблеми, пов'язані з відсутністю здорового способу життя серед людей з особливими потребами стають дедалі значнішими.

Питаннями формування здорового способу життя займались видатні вітчизняні та зарубіжні вчені. Розробленням теоретичних і практичних основ



виховання у підростаючого покоління здорового способу життя займалися К. Ушинський, П. Юркевич, Г. Ващенко; природовідповідність і гармонійність у тіловихованні вивчали О. Духнович, В. Сухомлинський; зв'язок оздоровчої роботи з різними напрямками виховання: фізичним і трудовим розглядали М. Демков, А. Макаренко, естетичним – Г. Ващенко, релігійним – П. Юркевич, гігієнічним, родинним К. Ушинський, В. Сухомлинський, патріотичним – І. Боберський, О. Тисовський, А. Макаренко.

Із зарубіжних вчених проблему здорового способу життя досліджували Л. Хей, Р. Фішер, Х. Данеш, Г. Маклауен, Д. Хамбург, К. Гланз, М. Левіс, Б. Рімер та ін.

Проблему відповідального ставлення людини до свого здоров'я розкрито у працях В. Ананьєва, Т. Бойченко, М. Віленського. Пошук нових соціально-педагогічних технологій формування здорового способу життя відображено у працях О. Вакуленко, П. Гусака, Н. Заверико, Н. Зимівець, С. Омельченко, В. Петровича та інших.

Законодавство України щодо формування здорового способу життя у молодіжному середовищі також наголошує на важливості збереження здоров'я кожної людини, незалежно від її статусу, втім, не зважаючи на достатню розробленість означеної проблеми у науковій літературі, залишається недостатньо розробленим питання формування здорового способу життя саме серед людей з інвалідністю. Тому, темою нашого дослідження обрано: «Формування здорового способу життя у людей з особливими потребами».

Об'єктом роботи є процес формування здорового способу життя у людей з особливими потребами.

Предмет – діяльність соціального педагога з формування здорового способу життя у людей з особливими потребами.

Мета – теоретично обґрунтувати зміст, форми та методи роботи соціального педагога з формування здорового способу життя людей з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування.

Для досягнення мети визначено наступні завдання дослідження:

- визначити сутність поняття «здоровий спосіб життя»;
- охарактеризувати людей з особливими потребами як суб'єкт соціально-педагогічної допомоги;
- визначити особливості формування здорового способу життя людей з особливими потребами;
- обґрунтувати програму з формування здорового способу життя людей з інвалідністю.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз (теоретичний, порівняльний) психолого-педагогічної, соціально-педагогічної, правової, медичної літератури з метою розкриття феномену здоров'я та здорового способу життя; синтез для обґрунтування соціально-педагогічної програми з формування ЗСЖ серед людей з інвалідністю; абстрагування і конкретизація для визначення основних понять дослідження.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

#### 1.1. Формування здорового способу життя як наукова проблема

Останнім часом все більше уваги приділяється здоровому способу життя, оскільки стало очевидним, що медицина не завжди може впоратися з усіма проблемами, пов'язаними з хворобами. Необхідно згадати стародавнє прислів'я, що мистецтво продовжувати життя полягає в мистецтві не скорочувати його [55].

Проблема збереження здоров'я має давні корені в історії розвитку людства. Проте з плином часу з'являються все нові фактори, які сприяють руйнуванню найбільшої цінності – людського життя. Відомо, що збереження здоров'я у його первинному стані практично неможливе через різні зовнішні і внутрішні фактори, а також фізіологічний процес старіння людини. На сучасному етапі існування людства на Землі з'являється безліч нових чинників, які призводять до руйнування організму людини з різною швидкістю [56].

За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, протягом останніх десяти років спостерігається зростання рівня захворюваності та поширення серед молоді хвороб, пов'язаних з кров'ю та кровотворними органами, недоброякісних новоутворень, захворювань сечостатевої та кістково-м'язової системи, а також кровообігу. Також збільшилися випадки ускладнень під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також наявність вроджених вад розвитку. Рівень захворюваності, що передаються статевим шляхом, залишається високим. Особливо небезпечною проблемою стала епідемія СНІДу (ВІЛ-інфекції), і за темпами поширення цієї хвороби Україна посідає одне з провідних місць у світі. Більшість інфікованих ВІЛ наркозалежні особи віком від 15 до 30 років, а також спостерігається зростання кількості ВІЛ-

інфекції серед підлітків і дітей [20; 34].

В Україні відзначається щорічне погіршення психічного здоров'я молоді, насамперед, внаслідок вживання алкогольних напоїв, наркотичних та інших психотропних речовин. Кількість випускників шкіл, які є практично здоровими становить 5% - 15%. За таких умов здоров'я молоді має стійку тенденцію до погіршення [20].

Такі темпи руйнації здоров'я викликають ряд питань, які потребують негайного вирішення. Актуальною проблемою сучасної соціально-педагогічної науки є пошук нових підходів до створення оптимальних умов для духовного зростання особистості, повноцінної реалізації психофізичних можливостей, збереження та зміцнення здоров'я.

Висвітленню сутності проблем здоров'я та різних аспектів здорового способу життя присвячені дослідження філософів, медичних працівників, соціологів М. Амосова, І. Брехмана, Е. Булича, В. Войтенко, С. Громбаха, В. Казначеева, Н. Куїджі, А. Щедріної; а також психолого-педагогічні дослідження Г. Голобородько, М. Гончаренко, О. Дубогай, С. Свиреденко, В. Оржеховської, Л. Татарникової та інших вчених.

Сучасне розуміння проблеми здорового способу життя в Україні полягає у подальшому розвитку національних традицій та їх взаємозумовленості з гуманістичним й демократичними досягненнями світового співтовариства.

Світова наука розробила цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує чотири його складові – фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, тісно взаємопов'язані і разом, у сукупності, визначають стан здоров'я людини. Для зручності вивчення феномена здоров'я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я [10; 29; 56].

У преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя. З позицій викладеного розуміння феномена здоров'я людини походить

визначення поняття здорового способу життя: це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку та побуту [29].

З фізіологічної точки зору Г. Демчинкова визначає індивідуальне здоров'я людини як природний стан організму за відсутності патологічних порушень, оптимального зв'язку з середовищем, узгодженості всіх функцій. Здоров'я представляє собою гармонійну сукупність структурно-функціональних даних організму, адекватних навколишнього середовища і забезпечують організму оптимальну життєдіяльність, а також повноцінну трудову життєдіяльність. А. Адо визначає індивідуальне здоров'я людини як гармонійну єдність різних обмінних процесів в організмі, що створює умови для оптимальної життєдіяльності всіх систем і підсистем організму [14].

В. Казначеев вважає здоров'я процесом збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, працездатності та соціальної активності людини при максимальній тривалості його активного життя.

Науковці розрізняють наступні види здоров'я: фізичне, психічне, фізичне, духовне (моральне, соціальне) [10; 11]. Психічне здоров'я залежить від стану головного мозку, воно характеризується рівнем і якістю мислення, розвитком уваги і пам'яті, ступенем емоційної стійкості, розвитком вольових якостей.

Духовне здоров'я визначається тими моральними принципами, які є основою життя людини, життя в певному людському суспільстві. Відмінними ознаками морального здоров'я людини є, насамперед, свідоме ставлення до праці, оволодіння скарбами культури, активне неприйняття вдач і звичок, що суперечать нормальному способу життя. Фізично і психічно здорова людина може бути морально хворою, якщо вона нехтує нормами моралі. Тому моральне здоров'я вважається вищою мірою людського здоров'я.

Здорова і духовно розвинена людина щаслива – вона відмінно себе почуває, отримує задоволення від своєї роботи, прагне до самовдосконалення,

досягає, тим самим, нев'янучої молодості духу і внутрішньої краси [14].

Проблема формування здорового способу життя досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Особливої актуалізації ця проблематика набула у другій половині ХХ століття як у світі в цілому, так й в Україні [10].

Взагалі, спосіб життя це система стійких поглядів, потреб людини, що виражаються в його повсякденній поведінці, що склалася в процесі життя і досягнення поставлених цілей на різні проблеми, в тому числі і на проблеми здоров'я і довголіття [14]. Формування визначається як цілеспрямований процес, що передбачає як організацію й керівництво (управління) зі сторони соціуму, соціальних працівників, так і власну активність особистості. Людина своїми діями та вчинками сама формує й розвиває свою особистість, але процес та результати цього формування та розвитку залежать від умов та змісту діяльності індивідуума, які визначає і створює суспільство [13]. Особлива роль у процесі формування, як зазначає Н. Зимівець [31], належить його організаторам, які створюють умови, обґрунтовано вибирають і застосовують певні способи його реалізації.

Здоровий спосіб життя це стійкий стереотип поведінки людини, спрямований на збереження і зміцнення здоров'я, продовження життя. Це поведінка людини, яке відображає певну життєву позицію, спрямоване на збереження і зміцнення здоров'я й ґрунтується на виконанні норм, правил і вимог особистої і загальної гігієни [21].

І. Коцан [23] зауважує, що поняття ЗСЖ включає всі позитивні сторони діяльності людей: задоволеність працею, активна життєва позиція, соціальний оптимізм, висока фізична активність, улаштованість побуту, відсутність шкідливих звичок, висока медична активність і т. д.

Виділяють основні форми діяльності: трудову (виробничу), пізнавальну, діяльність у побуті, медичну активність. Кожен вид діяльності має свої показники [14].

До показників виробничо-трудової діяльності належать: ступінь

задоволеності, рівень професійної майстерності, займана посада, стосунки в колективі, ініціативність тощо. Показниками діяльності в побуті є: житлово-побутові умови, наявність побутової техніки, час, що витрачається на домашні обов'язки, відносини між подружжям, кількість дітей і т.д. До показників медичної активності відносяться: санітарна грамотність, гігієнічні звички, ставлення до медоглядів, виконання медичних рекомендацій, раціональність харчування, фізична активність, відсутність шкідливих звичок, своєчасність звернень за медичною допомогою [11; 14].

Поняття, тісно пов'язані з поняттям способу життя. Умови життя – умови, що визначають спосіб життя. Вони можуть бути матеріальними і нематеріальними (праця, побут, сімейні відносини, освіта, харчування і т.д.).

Якість життя – якість тих умов, в яких здійснюється повсякденна життєдіяльність людей (якість житлових умов, харчування, освіти, медичної допомоги). Рівень життя (рівень добробуту) відображає кількісні показники умов життя. Рівень життя визначається розміром валового продукту, національним доходом, реальними доходами населення, забезпеченістю житлом, медичною допомогою, показниками здоров'я населення.

Уклад життя – сформований стійкий стереотип поведінки, порядок життя, регламент праці, побуту, громадського життя, в рамках яких проходить життєдіяльність людей. Стиль життя - індивідуальні особливості поведінки в повсякденному житті [14; 23].

Завдання працівника будь-якої галузі соціальної сфери в кінцевому підсумку полягає в допомозі людині відновити або поліпшити взаємодію між ним і суспільством для поліпшення його якості життя.

Як свідчать результати досліджень, показники поведінки молоді вказують на відсутність навичок збереження здоров'я [10]. Регулярне заняття фізичною культурою не стає звичною нормою для більшості молодих людей? стрімко поширюється вживання алкогольних напоїв, типовою є часта зміна сексуальних партнерів тощо.

Загалом, поняття «здоровий спосіб життя» однозначно поки ще не

визначено. Представники філософсько-соціологічного напрямку розглядають здоровий спосіб життя як глобальну соціальну проблему, складову частину життя суспільства в цілому. Але безперечно одне – здоровий спосіб життя – це не просто комплекс оздоровчих заходів, а стан душі людини, її життєва філософія [56]. Це система переконань, яка зачіпає всі сфери її життя: сімейну, соціальну, творчу, тощо. Вона не тільки допомагає забезпечити гармонійний розвиток та зміцнює здоров'я, але й підвищує рівень самого життя.

У самому загальному вигляді, здоровий спосіб життя – спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Існує безліч різних підходів до визначення здорового способу життя. Представники філософсько-соціологічного напрямку – П. Виноградов, О. Мільштейн, В. Пономарчук, та ін. – розглядають ЗСЖ як глобальну соціальну проблему, складову частину життя суспільства в цілому. У психолого-педагогічному напрямку – Р. Аксьонов, В. Бальсевич, Р. Дитлс, В. Мартинюк, та ін. – ЗСЖ розглядається з точки зору свідомості, психології людини. Є й інші точки зору (наприклад, медико-біологічна), однак різкої межі між ними немає, так як вони націлені на вирішення однієї проблеми - зміцнення здоров'я [6; 13; 51].

Здоровий спосіб життя з точки зору медиків – це гармонійний режим поєднання роботи та відпочинку, оптимальне харчування, фізична активність, дотримання гігієни, відсутність шкідливих звичок, а також найважливіша складова частина – доброзичливе ставлення до оточуючих і до життя взагалі в будь-яких його проявах [11].

З поняттям «здоровий спосіб життя» тісно пов'язане поняття «відповідальне ставлення до здоров'я». Формування відповідального ставлення до здоров'я, на думку Н. Зимівець, – це систематичний цілеспрямований процес впливу і взаємодії його суб'єктів, створення умов для передавання знань, формування вибіркового, усвідомлених зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності; з явищами навколишньої дійсності; оцінка їх індивідуумом із погляду розвитку здоров'я; мотивація та відпрацювання навичок, які сприяють умінню людини реалізовувати свої прагнення,



задовольняти потреби, змінювати середовище і справлятися з ним для того, щоб досягти стану повного фізичного, психічного й соціального благополуччя [31, с. 345].

На думку О. Федько [50], формування здорового способу життя сьогодні має стати комплексною, системною та цілеспрямованою діяльністю науковців, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, сім'ї, інших соціальних інститутів, яка буде безпосередньо спрямована або опосередковано стосуватиметься формування, збереження, зміцнення, витрачання, відновлення і передачі здоров'я молодого покоління.

Науковиця З. Бондаренко [7] звертає увагу на необхідність створення певних організаційно-педагогічних умов для формування у молоді установок на здоров'язберігаючу та здоров'ямотивуючу діяльність. Цей процес має розпочинатися з актуалізації проблеми здоров'я і його суттєвих ознак, а саме: цілісності, багатокomпонентності, системності; співвідношення структурного і динамічного аспектів здоров'я; рівнів здоров'я, їхньої детермінованості факторами здоров'я, серед яких найвпливовішим фактором є ставлення до здоров'я; взаємозалежності і взаємообумовленості благополуччя індивіда, громади, країни та всього світу. Особливо необхідно звернути увагу на те, що сприяння здоров'ю передбачає і особисту активність індивідуума, і організацію та керівництво, супервізію з боку соціуму.

Особливу увагу науковці приділяють принципам сприяння покращенню здоров'я. Означені принципи – загальні керівні положення, які потребують постійності дій за різних умов і обставин здійснення цього процесу [15]. Процес базується на принципах самовизначення, активізації потенціалу, участі, соціального підкріплення, партнерства.

В Оттавській Хартії підкреслено важливість самовизначення, самостійності й самопомоги як окремої особистості, так і груп людей у питаннях здоров'я. У різних сферах діяльності слід розробити таку політику сприяння покращенню здоров'я, яка дала б можливість усім людям самостійно визначитися стосовно власного здоров'я і докласти всіх зусиль для його

розвитку [31]. Свобода у виборі того чи іншого способу організації свого життя має наслідком особисту відповідальність індивіда за цей вибір.

Принцип активізації потенціалу означає розширення можливостей самовизначення людини, встановлення контролю і керування факторами здоров'я. У стратегії активізації потенціалу виокремлюють такі складові: постійне підкріплення активного й позитивного світосприймання; розвиток здібностей та ресурсів, спрямованих на досягнення індивідуальних і суспільних цілей; набуття знань та навичок, які сприяють благополуччю [51].

Принцип участі. Участь, за визначенням ВООЗ, – це активне заангажування умів, сердець й енергії людей у процес їхнього власного зцілення та розвитку. З огляду на природу самого розвитку, очевидним є таке твердження: якщо немає значущої й ефективної участі, немає й розвитку [46]. Участь передбачає, що «за певною особою визначають потенційну здатність мати особисті погляди та приймати рішення стосовно питань, які мають значення для її життя, і що вона має змогу це робити як член певної суспільної групи. Участь також означає, що особа усвідомлює цю можливість, має доступ до засобів, необхідних для її використання (інформація, відповідна підготовка, структура), відчуває задоволення з приводу того, що її внесок, зокрема до процесу прийняття рішень, отримує визнання. Цей принцип передбачає залучення особистості, груп, громади до процесу планування, підготовки проведення і оцінювання програм і заходів сприяння покращенню здоров'я.

В основу принципу соціального підкріплення покладено взаємодію між окремими особами. Соціальні мережі здійснюють афективне, інструментальне й когнітивне підкріплення, допомагають збереженню соціальної ідентичності та сприяють установленню соціальних зв'язків [6]. Цей принцип забезпечує багатовимірне підкріплення, яке може виражатися в матеріальному, інформаційному підкріпленні (надання знань, досвіду й рекомендацій, які допоможуть краще справитися з певною проблемою); підкріпленні самооцінки (забезпечення взаємодії для поліпшення самооцінки і кращого розуміння проблеми); емоційному підкріпленні.

Принцип партнерства має на меті об'єднання зусиль різних партнерів для сприяння покращенню здоров'я. Партнерство в цьому контексті – це добровільна угода або домовленість між двома або більше партнерами для співпраці з метою досягнення низки загальних і таких, що розділяються цими партнерами, результатів стосовно здоров'я. Принцип партнерства передбачає, що всі партнери (громадяни, установи й інші сторони) діють на рівних у ході реалізації намічених заходів щодо покращення здоров'я [12].

Суспільні уявлення про здоровий спосіб життя, які ґрунтуються на суспільній свідомості, включають також поняття про культуру здоров'я, як на рівні суспільства, так і особистості. Поняття «культура здоров'я» включає умови та характеристики оточуючого середовища; індивідуальні якості та особливості особистості, уміння адекватно співвіднести себе з навколишнім світом. За такого підходу цілком правомірним є висновок, що культура здоров'я є невід'ємною складовою загальної культури особистості, забезпечує певний рівень знань, умінь, навичок її з питань формування, збереження, відтворення та зміцнення власного здоров'я і характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно здоров'я оточуючих [31].

Основними елементами здорового способу життя науковці визначають: правильний режим праці та відпочинку; правильне харчування; врегульований режим дня; активне проведення часу; заняття спортом; відмова від шкідливих звичок; загартовування; масаж, тощо [23].

Таким чином, здоровий спосіб життя як система складається з багатьох взаємозалежних та взаємозамінних елементів, які спираються на принципи культури харчування, руху, емоцій, взаємовідносин, виховання, а не тільки на дотриманні певних технологій оздоровлення. Визначення поняття здорового способу життя не експертами, а пересічними громадянами дуже різноманітне, але включає деякі спільні риси: оптимальний режим праці і відпочинку, відмова від шкідливих звичок, заняття фізичними вправами і спортом, переживання задоволення і щастя від прожитого дня, екологічна обстановка місця проживання, дотримання особистої гігієни, гігієни харчування тощо [43].

Отже, візьмемо за основу визначення О. Федько [50], який визначає здоровий спосіб життя як стиль існування, за якого через застосування певних методів впливу на організм і його оточення, рівень життєздатності організму стає оптимальним, знаходить вияв постійне вдосконалення і використання потенціалу організму без завдання йому шкоди, причому активність організму і його можливості зберігаються до самої старості. Таким чином, здоровий спосіб життя є комплексним способом життєдіяльності людей, спрямованим на гармонічну підтримку фізичних, психічних, моральних, соціальних і трудових функцій.

У сучасному розумінні уявлення про здоровий спосіб життя відходить від вузького поняття феномена здоров'я, набуває поширення розуміння його як психосоматичного феномена, обов'язково пов'язаного з міжлюдськими взаєминами, соціальним самовизначенням, з рівнем саморегуляції людини, її способами виходу з конфліктних і психотравмуючих ситуацій. Здоровий спосіб життя – це не просто все те, що сприятливо діє на здоров'я людей. У даному випадку мова йде про всі компоненти різних видів діяльності, спрямованих на охорону і поліпшення здоров'я. Це насамперед діяльність, активність особистості, групи людей, суспільства, що використовують матеріальні і духовні умови і можливості в інтересах здоров'я.

Формування здорового способу життя серед людей з особливими потребами зумовлюється, в першу чергу, психолого-педагогічними особливостями представників даної категорії, тому у наступному підрозділі надамо характеристику означеної категорії.

## **1.2. Психолого-педагогічна характеристика людей з особливими потребами**

Молодь з особливими потребами часто залишається поза увагою системи соціальних служб. Наразі в Україні недостатньо розвинута система підтримки

саме молоді з інвалідністю. Якщо робота з дітьми з особливими потребами проводиться досить регулярно (розроблені спеціальні допоміжні програми навчання, функціонують спеціалізовані заклади освіти й виховання, працюють дитячі відділення реабілітації у районних територіальних центрах соціального обслуговування тощо), то досягнення ними 18-річного віку й закінчення спеціалізованих учбових закладів позбавляє їх звичного кола спілкування, кардинально змінює життєвий уклад. Подальше навчання або працевлаштування доступно далеко не всім, і найчастіше молоді люди залишаються на самоті [35].

У зв'язку з цим, у молодих людей з обмеженими можливостями виникає низка проблем: соціальна ізоляція, втрата набутих навичок спілкування, неможливість створення сім'ї і кола друзів, звуження можливостей для подальшого розвитку, психологічні проблеми тощо. Означене, як правило, призводить до стійкої соціальної дезадаптації, яка, в свою чергу, призводить до формування нездорового способу життя. І це також доводить актуальність обраної теми дослідження.

Для вивчення особливостей означеної категорії населення вважаємо доцільним розглянути поняття інвалідності. В українській мові до кінця XVIII ст. людина з вадою розвитку тлумачилась як «каліка», «хромець», «сліпець» (давньоруською), що знаходимо у пам'ятках давньоруської літератури. В Уставі князя Володимира Святославовича серед переліку метрополітичних та церковних людей є список світських людей, які підлягають особливому судочинству, серед них – «каліка», «гронець».

На початку XVIII ст. у слов'янських мовах починає вживатися слово «інвалід» (від фр. – безсилий, слабкий, важкопоранений), яке до кінця XIX ст. мало значення «той, хто відслужив, заслужений воїн, непристосований до служби через каліцтво, поранення, старість» [22; 49].

До сьогодні в Україні немає єдиного терміну стосовно осіб, які мають фізичні та психічні відхилення у здоров'ї. Так, у засобах масової інформації, спеціальній літературі вживаються поняття: інвалід; особи з обмеженими

функціональними можливостями; люди з обмеженою дієздатністю; люди з особливими потребами; особи з вадами розвитку, люди з інвалідністю.

Особа з інвалідністю – особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідками травми або дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту. Інвалідність – це обмеження в можливостях, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, як і інші члени суспільства [1].

Є багато класифікацій відхилень у здоров'ї та розвитку. Однією з найпоширеніших є британська тризіркова шкала обмежених можливостей [39]:

- недуга – втрата чи аномалія психічних або фізіологічних функцій, елементів анатомічної структури, що утруднює певну діяльність;
- обмежена можливість – втрата здатності (унаслідок наявності дефекту) виконувати певну діяльність у межах того, що вважається нормою для людини;
- недієздатність – наслідок дефекту або обмежена можливість конкретної людини, що перешкоджає чи обмежує виконання нею певної нормативної ролі, виходячи з вікових, статевих або соціальних факторів.

Прийнято розрізняти наступні види відхилень у здоров'ї [19]:

- 1) фізичні: тимчасові або постійні відхилення у розвитку і (або) функціонуванні органу (органів) людини, хронічні соматичні захворювання, інфекційні захворювання;
- 2) психічні: тимчасові або постійні відхилення у психічному розвитку людини (порушення мови; пошкодження мозку; порушення розумового розвитку; затримка психічного розвитку; психопатії);
- 3) складні: поєднання фізичних і психічних відхилень (дитячий церебральний параліч тощо);
- 4) важкі: поєднання фізичних і психічних відхилень, за яких оволодіння

освітою в обсязі державних стандартів є неможливою (ідіотія, аутизм тощо).

За А. Капською, О. Безпалько [1] та іншими дослідниками, інвалідність у дітей визначається як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення дитини в адекватні до її віку виховні й педагогічні процеси, у зв'язку з чим вона постійно потребує догляду і допомоги. Це значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушень розвитку і росту дитини, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, навчання, спілкування, трудової діяльності у майбутньому. З огляду на це можемо припустити, що інвалідність у молодій людини означає те ж саме, за виключенням того, що молоді притаманні дещо інші проблеми, серед яких проблеми профорієнтації та працевлаштування, проблеми взаємовідносин статей, проблеми можливостей самостійного проживання тощо.

Отже, під терміном «молодь з інвалідністю» розуміємо молодих людей, віком від 18 до 35 років, які мають статус «інваліда» та в силу певних порушень здоров'я і неадекватності оточуючого середовища мають ознаки соціальної дезадаптації, потребують постійної допомоги, догляду, підтримки. Через невизначеність термінології у сучасній науці, вважаємо синонімами такі поняття як «молодь з інвалідністю», «молодь з особливими потребами», «молодь з обмеженими можливостями».

На думку вчених [4; 8], незалежно від виду відхилень у здоров'ї, молодь з інвалідністю має ряд спільних проблем, які зумовлюють необхідність її психолого-педагогічної та соціальної підтримки.

Молодь з інвалідністю – це особлива соціальна група яка має ряд спільних рис, пов'язаних з певними обмеженнями. Будь-яка вада ускладнює існування людини у сучасному суспільстві, і в першу чергу, через неадекватне ставлення оточуючих до інвалідності та проблем, пов'язаних з нею. Існує певна двозначність у відношенні до інвалідів в суспільстві: позитивне ззовні та тенденція до неприйняття й уникнення тісних контактів фактично. Визначаючи

основні напрямки і принципи роботи соціального педагога, слід пам'ятати, що інвалідність ставить перед людиною масу проблем у соціально-психологічному плані. Окрім особистих незручностей, пов'язаних з тією чи іншою патологією, практично завжди додається проблема взаємовідносин із суспільством. Слід пам'ятати, що людина інвалід – не обов'язково хвора людина. Часто такі люди мають якійсь недолік (сенсорні, опорно-рухові обмеження, інтелектуальні проблеми, тощо) і при цьому залишаються здоровими [35].

Процес входження у доросле життя у інвалідів часто протікає болісно: найчастіше діти з особливими потребами навчаються (а часто й проживають) у спеціальних закладах інтернатного типу, тобто в осередку «собі подібних». Закінчення навчання й повернення до звичайного оточення за містом проживання стає серйозним випробуванням для подорослішої дитини – вона стикається з упередженим ставленням до себе, ставленням як до людини нижчого сорту. Не менше неприємних почуттів викликає і демонстрація жалості та не завжди потрібного співчуття [39].

Реакція молоді з обмеженими можливостями на негативне, байдуже, зневажливе ставлення оточуючих буває різною, – іноді люди замикаються в собі, перестають шукати контактів у суспільстві «здорових», сприймають подібне ставлення до себе як належне; іноді реакція буває більш бурхливою – людина з обмеженими можливостями протиставляє себе світу, починає вважати, що «їй всі винні», проявляє агресивність щодо оточення, близьких тощо. Будь-яка із реакцій викликана, в першу чергу, образою на людей, на суспільство в цілому, яка підсилює стрес та дезадаптацію людини з особливими потребами, викликає різні хворобливі стани: депресію, психосоматичні розлади тощо.

Недружнє середовище зумовлює ізоляцію інваліда – це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самотійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. Це обмеження спричиняє багато



наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

Існує багато міфів стосовно людей з особливими потребами, саме вони породжують негативне ставлення та відкрите упередження. Серед найбільш розповсюджених стереотипів такі: люди з особливими потребами пасивні, слабкі, неприємні, залежні, недружні, жалюгідні, тягар для суспільства, вони не в змозі працювати і конкурувати на відкритому ринку праці, неосвічені, потребують благодійної допомоги, від них немає духовної користі суспільству [4].

Через нездатність інтегруватися в здорове суспільство люди з особливими потребами часто створюють власний мікросоціум, до якого входять лише люди з особливими потребами з певними групами дефектів.

Нездатні самореалізуватись у соціумі, люди з особливими потребами формують занижену самооцінку, відчувають свою несхожість на інших та виробляють комплекс неповноцінності. Фізичний дефект, який перешкоджає нормальному спілкуванню, гальмує засвоєння соціального досвіду. Особливе місце посідають особистісні реакції, що здебільшого виявляються в почутті власної неповноцінності в разі соціального порівняння. В цьому випадку привабливі люди розглядаються соціумом як більш соціалізовані і мають більше позитивних рис та властивостей порівняно з тими, хто має гірший вигляд. З іншого боку, особи з особливими потребами, отримуючи постійне знехтування та негативну оцінку з боку суспільства, поводяться так, що наражаються на справжнє відторгнення [41].

Референтною групою для людини з особливими потребами виступає мікрогрупа інших людей з особливими потребами. Порівнюючи себе з особами, рівними їй, людина з особливими потребами може зосередити увагу на власних позитивних якостях, сильних сторонах та певних перевагах, формуючи адекватну самооцінку.

У даному контексті слід зазначити, що серед людей з особливими

потребами є особи, які використовують власну неповноцінність для пояснення всіх своїх невдач і прикросів у житті. В цьому випадку усвідомлення власної недієздатності є захисним механізмом психіки. Такі люди підсвідомо не прагнуть до «зцілення», навіть якщо з'являється надія на нього. Бути «зціленим», позбутись статусу «людини з особливими потребами» означає докорінні зміни власного стилю життя, необхідність працювати, самій заробляти, не сподіваючись на підтримку держави. Крім того, їй доведеться самій відповідати за своє життя, невдачі та провали, без змоги пояснити їх негативним ставленням соціуму чи несправедливістю долі.

У той же час, дослідники відзначають, що більшість людей з особливими потребами прагнуть самостійно працювати, відповідати за своє життя, не сподіваючись на підтримку держави, та часто досягають значних успіхів в обраній сфері діяльності [26].

Вираженість негативних реакцій залежить від того, чи є вада вродженою чи набутою. У цьому контексті слід зазначити, що вроджена інвалідність викликає більший ступінь неприйняття, ніж набута. Це пов'язано з дією механізмів ідентифікації та емпатії [41].

Людина буде більш прихильно оцінювати іншу особистість, яка набула інвалідності через травму на виробництві, автомобільну аварію та зовсім інакше буде сприймати людину, котра народилась зі статусом «людина з особливими потребами». Це відбувається тому, що в першому випадку людина ідентифікує себе з людиною з особливими потребами, розуміючи, що і вона могла б опинитись на його місці, і відчуває до нього співпереживання та співчуття. В протилежному випадку людина не знаходить з нею нічого спільного та відчуває до нього негативні емоції [8].

Рівень освіти та культури впливає на ставлення до людей з особливими потребами. Чим нижчий рівень освіченості, тим ширшими та глибшими є прояви негативного ставлення, яке може набувати різних форм – від уникнення взаємодії до фізичної розправи. Агресія, як прояв негативного ставлення, може бути вербальною та фізичною. Вербальна агресія має широкий спектр прояву,

починаючи від недолугих коментарів щодо причин інвалідності та закінчуючи образливими висловами із застосуванням ненормативної лексики, що використовується для опису поведінки людини з особливими потребами та його зовнішності. Крайнім проявом негативного ставлення є фізична агресія, яка виявляється у формі побоїв та знущань.

Заперечення специфічних потреб людини з особливими потребами та нерозуміння особливостей її життя, спричинених інвалідністю, є проявом негативного ставлення, яке ґрунтується на низькому рівні культури та освіти. Наприклад, здорова людина повідомляє людині з особливими потребами, що вона така, як усі, і, відповідно, створення для нього спеціальних умов є недоречним, недоцільним та даремною тратою коштів. А якщо вона не може адаптуватися до життя у здоровому суспільстві, то її місце вдома.

Таким чином, більшість проблем молоді з інвалідністю залежать від ставлення до інвалідності у суспільстві. Це зумовлюється поширенням негативного ставлення як соціальної проблеми та призводить до негативізму як риси індивідуальності. Прогрес медичної науки в хірургії, біохімії, створенні штучних органів привів до збільшення середньої тривалості життя людей з особливими потребами. Технологічні досягнення надають таким особам змогу бути більш мобільними. Створення нових протезів, часто з використанням комп'ютерних технологій, зменшує залежність людей з особливими потребами від інших і підвищує їхню інтеграцію у суспільство. Визнано, що будинки і тротуари повинні бути вільні від бар'єрів, а нові архітектурні стандарти забезпечують в'їзд і свободу переміщення інвалідних колясок [19; 37].

Наразі хоча б теоретично стала загальноновизнаною ідея про необхідність використання трудового, інтелектуального, творчого потенціалу всіх соціальних груп населення, зокрема й людей з особливими потребами. Негативне ставлення до можливостей людей з особливими потребами робить їх пасивними, байдужими до власного суспільного статусу, змушує шукати інші шляхи пристосування до життєвих ситуацій. Як правило цими шляхами стають нездоровий спосіб життя, зокрема, поява шкідливих звичок, патологічний потяг

до алкоголю, надмірного користування Інтернетом, постійне знаходження у «чотирьох стінах» тощо. З огляду на вищесказане, наступний підрозділ присвячений визначенням особливостей формування способу життя у молоді з інвалідністю.

### **1.3. Особливості формування способу життя у людей з інвалідністю**

Формування способу життя будь-якої людини відбувається постійно під впливом різних внутрішніх та зовнішніх факторів. Для правильної ефективності організації здорового способу життя для молодого покоління необхідно систематично слідкувати за своїм способом життя і намагатись дотримуватись наступних умов: достатня рухова діяльність; раціональне харчування; наявність чистого повітря і води; постійне загартування; найбільш можливий зв'язок з природою; дотримання правил особистої гігієни; відмова від шкідливих звичок; раціональний режим парці і відпочинку. Все це разом і є дотримання здорового способу життя.

Людина з інвалідністю виявляється суттєво обмеженою щодо дотримання означених умов. Так, перша умова – достатня рухова діяльність – може бути різко скорочена або зовсім відсутня у зв'язку із основним діагнозом людини; раціональне харчування не завжди забезпечується мізерними пенсіями; дотримання правил гігієни можуть порушуватися через фізичні обмеження; шкідливі звички розвиваються внаслідок соціальної дезадаптації інваліда тощо. На нашу думку, фактори суб'єктивного характеру відіграють у цьому сенсі значнішу роль. Більшість проблем людей з інвалідністю породжене суспільством, ставленням до інвалідності у суспільстві. Розглянемо детальніше цей вплив.

Тривалий час поняття «інвалідність» розглядалося тільки у медичному аспекті та визначалося у термінах психологічної, фізіологічної, анатомічної «дефектності», «ненормальності» або «нормальності» людини. Згодом це

поняття інтерпретувалося як функціональні обмеження можливостей людини (тимчасові або постійні) [22].

Поступово зміна дефініції «інвалідність» була пов'язана з уточненням понять «хвороба», «дефект», «непрацездатність», які ототожнювалися одне з одним та з «інвалідністю», в результаті чого спостерігалася певна термінологічна невизначеність. Це, своєю чергою, заважало адекватному розумінню проблеми.

У процесі поглиблення та розширення знань про інвалідність науковцям стало зрозуміло, що «непрацездатність» - це лише один з проявів інвалідності, і тому процес інтегрування не може обмежуватися тільки заходами щодо відновлення працездатності та вироблення компенсаторних функцій організму.

До того ж, поняття «функціональне порушення», «фізичний дефект», «хворобливий стан» або «недоліки в розумовому розвитку» тощо, які часто використовувалися при визначенні різних форм інвалідності, залежно від певного виду захворювання, аж ніяк не давали повної картини інвалідності і лише частково розкривали сутність проблеми [19; 39].

За останні десятиріччя значно змінилося визначення поняття «інвалідність». Якщо раніше воно тлумачилось як «функціональне порушення органів чуття» або «фізичні недоліки», то тепер воно означає несприятливе становище, в якому може опинитися людина-інвалід внаслідок тих чи інших дефектів розвитку [47].

На думку багатьох науковців, заслуговує на увагу той факт, що поряд із поняттями «інвалід», «інвалідність» використовуються в суспільстві такі дефініції, як: «люди з особливими потребами», «люди з обмеженими фізичними можливостями», «люди з інвалідністю», «люди з функціональними обмеженнями». І хоча ці терміни не є законодавчо закріпленими, але й в законодавчих документах їх намагаються все частіше використовувати. Тривалий час у суспільній свідомості слово «інвалід» ототожнювалося з такими поняттями, як «маргінал», «соціальний аутсайдер», «неповноцінна людина», «дефектна людина». Ці характеристики тією чи іншою мірою свідчили про

низький соціальний статус інвалідів і відображали негативну установку в суспільстві щодо інвалідності.

На жаль, незважаючи на зміни на законодавчому рівні, на процеси гуманізації всіх сфер життя, соціальний статус людини з особливими потребами залишається низьким, ставлення до людей з особливими потребами залишає бажати на краще.

Ставлення суспільства до людей з особливими потребами, увага до них та їх проблем є мірилом цивілізованості цього суспільства [52]. Спеціальні дослідження, описані у науковій літературі дають змогу виділити декілька факторів, що впливають на формування ставлення до людей з вадами фізичного, психічного та інтелектуального розвитку. Серед них субкультурні розбіжності, філософські, педагогічні вчення та ідеї, формування концепцій щодо соціальної підтримки та ін.

Існує певна двозначність у відношенні до інвалідів в суспільстві: позитивне зовні та тенденція до неприйняття й уникнення тісних контактів фактично. Визначаючи основні напрямки і принципи роботи соціального педагога, слід пам'ятати, що інвалідність ставить перед людиною масу проблем у соціально-психологічному плані. Окрім особистих незручностей, пов'язаних з тією чи іншою патологією, практично завжди додається проблема взаємовідносин із суспільством. Слід пам'ятати, що людина інвалід – не обов'язково хвора людина. Часто такі люди мають якійсь недолік (сенсорні, опорно-рухові обмеження, інтелектуальні проблеми, тощо) і при цьому залишаються здоровими.

Реакція молоді з обмеженими можливостями на негативне, байдуже, зневажливе ставлення оточуючих буває різною, - іноді люди замикаються в собі, перестають шукати контактів у суспільстві «здорових», сприймають подібне ставлення до себе як належне; іноді реакція буває більш бурхливою – людина з обмеженими можливостями протиставляє себе світу, починає вважати, що «їй всі винні», проявляє агресивність щодо оточення, близьких тощо. Будь-яка із реакцій викликана, в першу чергу, образою на людей, на

суспільство в цілому, яка підсилює стрес та дезадаптацію людини з особливими потребами, викликає різні хворобливі стани: депресію, психосоматичні розлади тощо. Особливо уразливою у цьому плані є саме молодь з обмеженими можливостями.

Отже, ставлення до людей з обмеженими можливостями у суспільстві зумовлює виникнення першого чинника, який перешкоджає формуванню ЗСЖ – дезадаптація, внаслідок упередженого ставлення оточення. Прояви дезадаптації суб'єктивно зменшуються, коли людина підсвідомо або свідомо уникає соціального спілкування, виникають шкідливі звички, зокрема, зловживання алкоголем. Тимчасово у молодій людині виникає хибне почуття, що все не так погано. Припинення вживання алкоголю повертає проблеми дезадаптації ще у більшому ступені. Це, в свою чергу, провокує подальше вживання алкоголю. Таким чином формується замкнуте коло, коли людина тільки під дією алкоголю відчуває себе комфортно у звичайному середовищі.

На думку В. Бочелюка [8] та багатьох інших дослідників, у нашій країні якість життя інвалідів, як правило, нижче решти населення, що обумовлено наступним:

- недостатністю в нашому суспільстві гуманізму і милосердя по відношенню до людей з особливими потребами;
- нерозвиненістю і непристосованістю соціальної інфраструктури міст і сільських населених пунктів з урахуванням задоволення основних потреб інвалідів;
- низьким рівнем матеріального забезпечення і соціального обслуговування, їх недостатньою гнучкістю;
- низькою якістю чи відсутністю технічних засобів і пристосувань, необхідних для обслуговування, пересування і праці інвалідів;
- наявністю значних труднощів в отриманні якісної професійної, особливо вищої освіти, в задоволенні духовних потреб.

Детальніше зупинимося на бар'єрах, які ставить перед людиною інвалідність, виділені О. Холостовою та Н. Дементьевою [52, 42-45]. У першу

чергу можна говорити про фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, - це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідуальних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

Другий бар'єр – це трудова сегрегація, або ізоляція інваліда: через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипну працю та невисоку заробітну плату. Таке положення обумовлене не тільки (або не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з особливими потребами. В умовах «дикої» ринкової економіки адаптація робочих місць для таких індивідів розглядається роботодавцями як не вигідна й небажана.

Третім бар'єром у житті інвалідів виступає малозабезпеченість, що є наслідком соціально-трудова обмежень: ці люди змушені існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (яке теж не може бути достатнім для забезпечення гідного рівня життя індивіда). Втім, в останні роки з'явилися особи із числа підприємців, що одержали інвалідність внаслідок травми, терористичного акту й таке інше. Фінансові обмеження не є для них значимими. Проте подолання всіх інших бар'єрів вимагає від них чималих зусиль.

Важливим і досить важко подоланим бар'єром для інваліда є просторово-



середовий. Навіть у тих випадках, коли особа з фізичними обмеженнями має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація житлового середовища й транспорту не є поки дружньою до інваліда. Бракує встаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування. Люди із сенсорними порушеннями відчують дефіцит спеціальних інформаційних засобів, що сповіщають про параметри навколишнього середовища. Для осіб з інтелектуально-психічними обмеженнями відсутні можливості орієнтуватися в середовищі, безпечно пересуватися й діяти в ній [52].

Імовірно, для всіх типів інвалідів важливою перешкодою представляється інформаційний бар'єр, що має двосторонній характер. Інваліди утруднені в одержанні інформації як загального плану, так і тієї що має безпосереднє значення для них (вичерпні відомості про свої функціональні порушення, про міри державної підтримки інвалідів, про соціальні ресурси їхньої підтримки). Це викликано й економічними причинами (наприклад, неможливість купити або відремонтувати телевізор або радіоприймач, передплатити газету), і дефіцитом спеціальних носіїв інформації (телепередачі із сурдоперекладом, книги брайлевського шрифту, касети й диски для сліпих і таке інше), і частою недоступністю сучасних глобальних інформаційних систем (Інтернет) для малозабезпечених людей у нашій країні. Звичайно, структурована інформація потрібна тільки тим інвалідам, які мають збережений або відносно збережений інтелект, якийсь мінімальний рівень здатностей до пізнання, критичної оцінки навколишньої дійсності й до самооцінки. Дефіцит інформації або її недостатня насиченість можуть привести до необоротного вгасання інтелектуальних здатностей таких осіб. З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, що відгороджує суспільство від інваліда: особам з обмеженими можливостями набагато складніше презентувати свої погляди й позиції, донести до суспільства свої потреби й інтереси. Тому можуть виникати перекохані погляди про потреби інвалідів, особливостях їх особистості. На основі таких перекоханих поглядів виникають забобони й фобії, що ускладнює комунікації між інвалідом

і соціумом [8; 52].

Емоційний бар'єр також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда - цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброчливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин був нормалізований.

Нарешті, комплексний характер має комунікативний бар'єр, що обумовлений кумуляцією дії всіх перерахованих вище обмежень, що деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш важких соціальних проблем інвалідів, є наслідком і фізичних обмежень, і емоційної захисної самоізоляції, і випадання із трудового колективу, і дефіциту звичної інформації.

Низька якість життя і соціальні, психологічні, економічні та інші бар'єри, які перешкоджають нормальному існуванню людей з особливими потребами стають факторами, які можуть спровокувати порушення усіх складових здорового способу життя. Урахування даних перешкод у соціально-педагогічній роботі з формування здорового способу життя дозволить проводити означену роботу більш ефективно.

Таким чином, до особливостей молоді з обмеженими можливостями відносимо наявність у великої кількості її представників високого ризику формування нездорового способу життя через емоційну депривацію, фрустрацію, дезадаптацію, депресивні стани, самоізоляцію, які викликані недостатністю гуманізму і милосердя по відношенню до людей з особливими потребами у суспільстві; нерозвиненістю і непристосованістю соціальної інфраструктури з урахуванням задоволення основних потреб інвалідів; низький

рівень матеріального забезпечення і соціального обслуговування; низьку якість чи відсутність технічних засобів і пристосувань, необхідних для обслуговування, пересування і праці інвалідів; наявність значних труднощів в отриманні якісної професійної освіти, в задоволенні духовних потреб тощо. Отже, проведені дослідження теоретичних основ формування здорового способу життя та вивчення особливостей його формування у людей з особливими потребами зумовлює необхідність вивчення діяльності соціального педагога щодо формування здорового способу життя у молоді з інвалідністю.

## РОЗДІЛ 2

### ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ТЕРИТОРІАЛЬНОГО ЦЕНТРУ СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

#### **2.1. Стан сформованості здорового способу життя серед людей з особливими потребами**

Для подальшого дослідження стає необхідним вивчення стану сформованості здорового способу життя серед людей з особливими потребами. Перш за все, необхідно визначити критерії та показники, які відобразатимуть рівні такої сформованості. Керуючись напрацюваннями П. Гусака, Н. Зимівець, С. Петровича [15] ми визначили наступні критерії: усвідомленість, позитивність та успішність.

Усвідомленість можна дослідити за допомогою таких показників: інформованість, розуміння сутності здоров'я, відповідальності за нього, фактори та способи зміцнення і розвитку здоров'я; пізнавальна активність (прагнення до оволодіння відповідними знаннями, практичними вміннями й навичками досягнення благополуччя).

Позитивність представлена показниками: самооцінка власного здоров'я, емоційна стійкість (характер емоційної реакції в ситуаціях складнощів із здоров'ям); задоволеність під час виконання діяльності по розвитку здоров'я; позитивна реакція при сприйнятті знань щодо збереження та зміцнення здоров'я; відчуття відповідності між власними можливостями й вимогами середовища; прояв вольових зусиль для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів.

Успішність визначається наступними показниками: активність, інтенсивність практичних дій, направлених на турботу про здоров'я; наявність

життєвих навичок планування, конструювання, управління, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, здатність до самоконтролю. Проектування і реалізація індивідуального способу життя по досягненню благополуччя особистості, співтовариства [15].

Визначені критерії та показники дозволили умовно виділити три рівні сформованості здорового способу життя молоді з обмеженими можливостями: високий, середній та низький.

До високого рівня відносимо тих молодих людей, які виявляють високу інформованість щодо питань збереження та зміцнення здоров'я, розуміють сутність власного здоров'я, відчують відповідальність за нього. Такі люди знають які фактори впливають на стан здоров'я, ознайомлені зі способами розвитку здоров'я. Проявляють пізнавальну активність щодо отримання відповідних знань, практичних вмінь та навичок досягнення благополуччя. Схильні адекватно оцінювати власний стан здоров'я, виявляють емоційну стійкість у ситуаціях складнощів зі здоров'ям та задоволеність під час діяльності по розвитку здоров'я; демонструють позитивну реакцію при сприйнятті інформації щодо збереження та зміцнення здоров'я; проявляють вольові зусилля для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів. Практичні дії, направлені на турботу про здоров'я відрізняються активністю та інтенсивністю; такі люди мають навички планування, конструювання, управління, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, виявляють здатність до самоконтролю. Проектують і реалізують індивідуальний спосіб життя по досягненню благополуччя особистості, співтовариства.

До середнього рівня відносимо молодих людей, які виявляють середню інформованість щодо питань збереження та зміцнення здоров'я, частково розуміють сутність власного здоров'я, у деяких випадках відчують відповідальність за нього. Такі люди знають про деякі фактори, що впливають на стан здоров'я, ознайомлені зі способами розвитку здоров'я. Не проявляють високої пізнавальної активності щодо отримання відповідних знань,

практичних вмінь та навичок досягнення благополуччя. Не достатньо адекватно оцінюють власний стан здоров'я, виявляють емоційну нестійкість у ситуаціях складнощів зі здоров'ям та не завжди задоволені під час діяльності по розвитку здоров'я; демонструють нейтральну реакцію при сприйнятті інформації щодо збереження та зміцнення здоров'я; іноді проявляють вольові зусилля для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів. Практичні дії, направлені на турботу про здоров'я відрізняються середньою активністю та інтенсивністю; такі люди мають певні навички планування, конструювання, управління, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, виявляють здатність до часткового самоконтролю. Не схильні проектувати та реалізовувати індивідуальний спосіб життя по досягненню благополуччя особистості, співтовариства.

До низького рівня відносимо молодих людей, які виявляють низьку інформованість щодо питань збереження та зміцнення здоров'я, незначно розуміють сутність власного здоров'я, майже ніколи не ставляться до здоров'я з відповідальністю. Такі люди можуть знати про деякі фактори, що впливають на стан здоров'я, рідко бувають ознайомлені зі способами розвитку здоров'я. Не проявляють пізнавальної активності щодо отримання відповідних знань, практичних вмінь та навичок досягнення благополуччя. Не достатньо адекватно оцінюють власний стан здоров'я, виявляють емоційну нестійкість у ситуаціях складнощів зі здоров'ям та не виявляють задоволення під час діяльності по розвитку здоров'я; демонструють негативну або нейтральну реакцію при сприйнятті інформації щодо збереження та зміцнення здоров'я; не здатні проявляти вольові зусилля для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів. Практичні дії, направлені на турботу про здоров'я виконуються тільки в окремих випадках; такі люди майже не мають навичок планування, конструювання, управління, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, виявляють незначну здатність до часткового самоконтролю. Не схильні проектувати та реалізовувати індивідуальний спосіб життя по досягненню благополуччя

особистості, співтовариства.

Для визначення ступеню вираженості показників за означеними критеріями передбачались наступні методи дослідження: спостереження, опитування (інтерв'ю, анкетування), тестування, метод експертних оцінок.

Експериментальною базою обрано Запорізький міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Терцентр є спеціальною установою, що належить до комунальної власності територіальної громади м. Запоріжжя та виконує низку завдань, пов'язаних із наданням різного виду соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування, дітям-інвалідам, бездомним особам.

У складі означеного Центру функціонує відділення соціально-побутової адаптації осіб з інвалідністю. Його відвідують близько 60 людей з особливими потребами. Учасники нашого експерименту – 31 особа, які мають інвалідність та відвідують відділення регулярно, не рідше одного разу на тиждень. Серед учасників експерименту дієдатні та частково дієдатні особи з діагнозами ДЦП, епісіндром, легкий ступінь розумової відсталості та інші порушення психофізичного розвитку. Для розподілу учасників експерименту на контрольну та експериментальну групи не було організаційної можливості. Крім того, з етичних міркувань було вирішено проводити соціально-педагогічну роботу зі всіма постійними відвідувачами відділення.

Констатувальний етап дослідження здійснювався протягом березня-квітня 2023 року. Для початку було проведене пілотне дослідження для більш чіткого розуміння проблеми здорового способу життя серед людей з особливими потребами. Воно мало вигляд інтерв'ю, при якому клієнти відділення мали можливість вільно відповідати на запитання, стосовно здоров'я та цінностей з ним пов'язаних, уточнювати запитання та, в цілому, активізувати думки у цьому напрямі.

У результаті виявилось, що тема здоров'я може стати болісною та

неоднозначною для цієї категорії. Так, на запитання «Що для вас здоров'я?», багато хто відповідав, що це те, чого в них немає. У ході бесіди виявилось, що 42,86% респондентів вважають себе хворими. У той же час, запитання стосовно здорового способу життя показало, що лише 14,29% молоді вважають, що це важливо. Інші не змогли надати чіткої відповіді або говорили, що здоровий спосіб життя не впливає на їх стан. Зауважували, що їм потрібно лікування, реабілітація, а не зміна способу життя.

На запитання, «Чи звертаєтесь ви до лікаря з проблем здоров'я, якщо це не пов'язано з основним захворюванням», 74,29% респондентів відповіли – «ні». Це говорить, з одного боку про те, що ставлення до власного здоров'я не дуже дбайливе, а з іншого боку, молоді люди коментували свою відповідь як «звертатися до лікарів дуже дорого», «лікарні вже набридли і так..», «а чого звертатися – і так пройде».

На запитання щодо головних болів 65,71% відповіли, що «бувають часто» без видимих причин. Більшість пов'язували це зі своєю основною хворобою. Лише 14,29% зауважили, що можливо це через надмірне користування планшетом, комп'ютером або через недостатню кількість часу проведеного на свіжому повітрі. Взагалі, щодо прогулянок на свіжому повітрі, 28,57% респондентів відповіли, що регулярно їх здійснюють. Інші 71,43% бувають на свіжому повітрі лише за необхідності – коли треба кудись піти/поїхати.

Щодо питання про ставлення у родині до здоров'я, здорового способу життя – 82,86% вважають, що в їхніх сім'ях цьому питанню не надають особливого значення. Основним фактором, який впливає на стан здоров'я більшість (65,71%) вважають екологію, 42,86% називають спадковість, 68,57% назвали і спосіб життя. Втім, коментуючи відповіді повертались до своїх власних проблем зі здоров'ям

Таким чином, дослідження інформованості, розуміння сутності здоров'я та відповідальності за нього (перший критерій – усвідомленість, показники: інформованість, розуміння сутності здоров'я, відповідальності за нього, фактори та способи зміцнення і розвитку здоров'я; пізнавальна активність



(прагнення до оволодіння відповідними знаннями, практичними вміннями й навичками досягнення благополуччя) – усне опитування, спостереження та анкетування (див. додаток А) показало наступні результати: високий рівень виявлено у 17,14% респондентів; середній рівень у 37,14%; низький рівень – у 45,71% респондентів.

Дослідження за другим критерієм (позитивність, показники: самооцінка власного здоров'я, емоційна стійкість (характер емоційної реакції в ситуаціях складнощів із здоров'ям); задоволеність під час виконання діяльності по розвитку здоров'я; позитивна реакція при сприйнятті знань щодо збереження та зміцнення здоров'я; відчуття відповідності між власними можливостями й вимогами середовища; прояв вольових зусиль для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів) відбувалось також за допомогою опитування, спостереження та анкетування.

Респондентам ставилися запитання по типу: «Чи вважаєте ви себе здоровою людиною?», «Чи отримуєте ви задоволення займаючись спортом, фізкультурою?», «Чи вдається вам завдяки силі волі розвивати власне здоров'я?» та ін. 54,29% респондентів не вважають себе здоровими. 25,71% не можуть відповісти на це запитання. Лише 11,43% сказали, що відчують себе здоровою людиною.

Отримують задоволення від занять спортом лише 17,14% молоді, 37,14% взагалі не займаються фізичними вправами. 14,29% у дитинстві займалися спортом/фізкультурою, втім, із закінченням навчальних закладів, припинили.

Лише троє молодих людей (8,57%) вважають важливим проявляти вольові зусилля (і роблять це) для занять спортом. Ще 45,71% говорять про те, що «було б непогано мати силу волі та займатися спортом», але не намагаються змінити ситуацію.

Отже, за другим критерієм відповіді розподілились наступним чином (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Рівні сформованості здорового способу життя, за критерієм  
«позитивність», у %

Рівні	Результати співбесіди	Результати анкетування	Результати спостереження	Середні значення за критерієм
Високий	17,14	11,43	17,14	15,24
Середній	34,29	37,14	28,57	33,33
Низький	48,57	51,43	54,29	51,43

Отже, за другим критерієм, високий рівень виявлено лише у 15,24% респондентів; середній рівень – у 33,33% молоді; низький рівень у 51,43% респондентів. Тобто більше половини молодих людей з інвалідністю за критерієм «позитивність» опинились на низькому рівні. Це свідчить про серйозність проблеми формування здорового способу життя серед людей з особливими потребами.

Дослідження за третім критерієм (успішність – показники: активність, інтенсивність практичних дій, направлених на турботу про здоров'я; наявність життєвих навичок керування своїм емоційним станом, здатність до самоконтролю) передбачало спостереження, опитування.

Виявлено, що активно займаються турботою про здоров'я лише 17,14%, причому сюди включено й тих молодих людей, які займаються з реабілітологом. Особливу проблему склало запитання про емоційний стан та навички керування емоціями. Більшість 57,14% вважають, що недостатньо володіють емоціями, часто бувають у поганому настрої, легко ображаються. 14,29% вважають, що достатньо володіють емоціями, залишаються врівноваженими у будь-яких ситуаціях.

25,71% молоді мають шкідливі звички (палять, періодично вживають алкогольні напої); лише один з них (2,86%) пробував кинути палити і виразив

бажання спробувати ще. Взагалі, через явні ознаки дезадаптації, молодь з особливими потребами схильна до нездорового способу життя. За спостереженням та опитуванням деяких молодих людей стримує лише мізерна пенсія, на яку не придбаєш «зайвого».

Таким чином, за третім критерієм отримано наступні результати (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Рівні сформованості здорового способу життя, за критерієм  
«успішність», у %

Рівні	Результати співбесіди	Результати анкетування	Результати спостереження	Середні значення за критерієм
Високий	17,14	17,14	20,00	18,09
Середній	34,29	42,86	48,57	41,91
Низький	48,57	40,00	31,43	40,00

Як бачимо з таблиці, високий рівень притаманний 18,09% респондентів, середній рівень – 41,91% молоді; низький рівень виявлено у 40% молоді. Отримані дані свідчать про надто низьку загальну культуру здоров'я серед молоді з обмеженими можливостями. Результати додатково доводять необхідність проведення цілеспрямованої роботи з формування здорового способу життя серед даної категорії.

Узагальнюючи результати констатувального експерименту, визначили середні значення за всіма критеріями для того, щоб представити всі дані разом (табл. 2.3.).

Отже, за результатами констатувального експерименту, високий рівень сформованості здорового способу життя виявлено у 16,82% респондентів; середній рівень – у 37,46%; низький – у 45,71% молоді.

Таблиця 2.3.

Рівні сформованості здорового способу життя, констатувальний експеримент, у %

Рівні	За першим критерієм «усвідомленість»	За другим критерієм «позитивність»	За третім критерієм «успішність»	Середні значення
Високий	17,14	15,24	18,09	16,82
Середній	37,14	33,33	41,91	37,46
Низький	45,71	51,43	40,00	45,71

Такі результати свідчать про нагальну необхідність розробки та впровадження у діяльність територіального центру соціального обслуговування соціально-педагогічної програми з формування здорового способу життя серед людей з особливими потребами.

## 2.2. Програма з формування здорового способу життя у людей з інвалідністю

На нашу думку, впровадження соціально-педагогічної програми з формування здорового способу життя має підвищити рівень сформованості такого способу життя та сприяти підвищенню якості життя даної категорії. Тому, розробка програми не обмежувалася специфічними засобами формування здорового способу життя, а включала й соціально-реабілітаційні та соціально-адаптаційні заходи.

Програма включає наступні етапи:

1. Діагностичний, який передбачав отримання вихідних даних щодо сформованості здорового способу життя людей з особливими потребами.
2. Етап постановки цілей і завдань програми, з урахуванням попереднього

теоретичного дослідження та результатів констатувального експерименту.

3. Етап реалізації відбувався протягом чотирьох місяців і включав низку заходів, формувального та реабілітаційного характеру.

4. Контрольний етап – заключне дослідження рівнів сформованості здорового способу життя серед людей з особливими потребами після проведення формувального експерименту з метою перевірки ефективності програми.

Загальний термін реалізації програми – п'ять місяців.

Мета програми – підвищення рівня сформованості здорового способу життя молоді з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування.

Завдання програми:

1. Надати всебічну інформацію щодо питань здоров'я, відповідального ставлення до здоров'я, здорового способу життя.
2. Сформувати позитивну установку на здоровий спосіб життя.
3. Розвинути практичні навички щодо здорового способу життя.

Експеримент проводився, як вже зазначалося у відділенні соціально-побутової адаптації інвалідів з розумовою відсталістю. Незважаючи на назву, клієнтами відділення є молодь з вадами як психічного, так і фізичного розвитку. Робота відділення ґрунтується на засадах гуманістичного підходу та принципах етапності, послідовності, безперервності у проведенні реабілітаційних заходів та безкоштовності. Основними завданнями роботи є:

- створення для людей з особливими потребами сприятливих умов перебування у відділенні;
- організація змістовного відпочинку, проведення культурно-масових заходів;
- здійснення інформування й консультування, адаптаційного навчання молодих людей з особливими потребами та їх родин;
- навчання молоді самообслуговуванню, побутовим навичкам, пересуванню, спілкуванню, орієнтації, контролю за своєю поведінкою;

- здійснення соціально-психологічної реабілітації;
- сприяння соціалізації та адаптації у суспільстві людей з особливими потребами;
- збагачення й формування життєвого досвіду молодих людей з особливими потребами;
- задоволення їх особливих потреб у соціальних взаємовідносинах і спілкуванні, доступі до інформації, об'єктів оточення та матеріальних цінностей.

Учасники формувального експерименту особи з особливими потребами віком від 18 до 35 років.

Впровадження програми передбачає дотримання традиційних принципів соціальної педагогіки (принципи гуманності, конфіденційності, добровільності тощо) та спеціальних для даного дослідження:

- послідовність у вимогах (не вимагати неможливого);
- орієнтація на індивідуальні потреби;
- пріоритетність заходів по соціальній адаптації та реабілітації;
- забезпечення отримання рівних можливостей;
- системність;
- оптимістичність щодо питань здоров'я.

Основні напрями програми:

1. Безпосередня робота з особами з інвалідністю.
2. Опосередкована робота (з членами сімей, батьками, опікунами).
3. Робота з фахівцями відділення.

Безпосередня робота з молоддю включає курс тренінгових занять, спрямованих на формування здорового способу життя; культурно-масові заходи; конкурси, ігри; створення пам'яток відповідного змісту.

Використання тренінгу зумовлюється його сильними сторонами оскільки [15]:

- це спосіб забезпечення всім суб'єктам освітнього процесу можливостей для ефективного особистого саморозвитку, досягнення благополуччя;

- більшість ефективних змін у ставленні і поведінці людей відбувається в груповому, а не в індивідуальному контексті; ця форма роботи створює можливість осмислити, усвідомити отриману інформацію, одразу ж зіставити її з діяльністю;

- це особлива групова форма навчання, яка спирається не на декларативне, а на реальне знання, що дає можливість пережити на власному досвіді те, про що йдеться;

- ця ефективна форма опанування знань, інструмент для формування умінь та навичок, ставлень на відміну від повсякденного й індивідуального спілкування, відбувається більш інтенсивно, більш виражено, і – керовано [15].

На думку Н. Зимівець, особливість тренінгу як методу інтерактивного навчання полягає в тому, що навчальний процес відбувається за умов постійної, активної взаємодії усіх її членів. Це своєрідне співнавчання, взаємонавчання (колективне, групове, навчання в співпраці), де ведучий/тренер і учасники є його рівноправними суб'єктами. Мета інтерактивного процесу – зміна та покращання моделей поведінки учасників. У інтерактивному процесі відбувається не навчальне заняття на заздалегідь задану тему, тут розгортається «саме життя», де учасники «проживають» конкретну подію, яка спланована, структурована, концентрована. Тренінг – це форма навчання у групі з використанням інтерактивних методик, тобто тих, що базуються на активній участі кожного учасника й взаємодії між усіма членами групи, включаючи ведучого/тренера.

Науковці рекомендують під час проведення навчання, використовуючи ресурси тренінгової роботи, враховувати такі умови, що можуть значно оптимізувати цей процес:

- учасники повинні мати мотивацію до навчання (важливо зважати на потреби та інтереси учасників, оскільки вони є джерелом мотивації);
- необхідно створювати відповідний психологічний клімат, який заохочував би до взаємодії;
- слід використовувати методи, які відповідають різним стилям і

способам навчання (існують індивідуальні особливості та відмінності у способах і стилях навчання учасників, необхідно застосовувати різноманітні методи і техніки таким чином, щоб донести інформацію до всіх учасників, задовольнивши їхні індивідуальні потреби);

- необхідно створювати можливості для обміну досвідом між учасниками, спиратися на їх досвід (не ставити під сумнів уміння та знання учасників, оскільки це може викликати опір до нової інформації);

- доцільно розробляти завдання з високою ймовірністю досягнення успіху (створювати ситуації успіху) та організувати можливості для учасників випробувати нові знання на практиці;

- доречно повністю залучати учасників у процес навчання (пропонувати учасникам виступати в різних ролях, використовувати різноманітні методики (розв'язання проблем, випадки з практики, ігри, рольові ігри, обговорення, ігри-розминки, рухливі ігри тощо);

- учасники повинні мати достатньо часу на засвоєння нових знань і вмінь;

- для учасників важливо побачити використання набутих знань на практиці (питання, які розглядаються на тренінгу, мають бути максимально наближені до реальних потреб учасників) [6; 18; 51].

На тренінгових заняттях молоді люди самі шукають відповіді на поставлені питання, самі роблять вибір щодо свого сьогодення та майбутнього, що підвищує їхню особисту відповідальність за прийняття рішення стосовно свого здоров'я. Участь у тренінгу дає можливість обговорити різні питання і виступити в ролі навчаючого, що сприяє досконалому засвоєнню потрібної інформації.

У загальному вигляді структура тренінгового заняття складається з трьох основних елементів:

- початок тренінгу (вступна частина);
- основна частина тренінгу;
- заключна частина тренінгу.



Початок є дуже важливим елементом заняття, оскільки закладає основу емоційного та когнітивного простору тренінгової групи. Емоційний простір починає створюватись, коли тренер проявляє емпатію, зменшуючи неспокій учасників та експресію, розповідаючи про свій професійний досвід та особистих якостях, що мають відношення до теми тренінгу. Формування когнітивного простору починає відбуватись, коли тренер називає та характеризує тему, показує її актуальність, пробуджує інтерес до навчання в учасників.

Основна частина – елемент заняття, що вимагає найбільших витрат зусиль та часу. У змістовому плані основна частина заняття полягає в інтерактивній роботі учасників тренінгу над запропонованою темою. При цьому тренер використовує як заплановані раніше, так і методи, що спонтанно виникають в ході діяльності. Головне – щоб вони були адекватні цілям і завданням тренінгу, вибудовували матеріал в логічну послідовність, вкладались у часові рамки, сприяли самоосвітній діяльності учасників.

Заклучна частина – фінальна складова заняття, під час якої, за допомогою огляду пройденого матеріалу, зв'язуються всі змістові лінії тренінгу. Це також можливість дати відповіді на питання, прояснити можливі сумніви, рекомендувати літературу для самостійного опрацювання. Важливо, щоб учасники завершили заняття з високою мотивацією до продовження освітньої діяльності та почуттям впевненості у собі [2; 15; 31].

П. Гусак зазначає, що кожна частина має свої характерні особливості та елементи, з яких складається. Усі просвітницькі тренінги складаються з одних і тих самих етапів. Але об'ємне співвідношення цих етапів у кожному окремому тренінгу може бути різним. Це залежить від: цілей тренінгу (якщо це тільки інформаційний тренінг, то етап формування практичних навичок може бути дуже скороченим); цільової групи (чим молодша цільова група, тим більше використовується ігор-розминок, ігор на згуртованість групи і тим меншим є інформаційний блок); тривалості тренінгу; рівня підготовленості групи (якщо група добре інформована, більшу кількість часу можна присвятити навичкам і

обговоренню соціальних явищ) [31].

Метою просвітницько-профілактичних тренінгів є вироблення в учасників таких навичок:

1. Комунікативні. Напрацьовуються в ході всього тренінгу і за допомогою спеціальних ігор, вправ.

2. Прийняття рішень. Для їх розвитку можна використовувати «мозкові штурми»; обговорення однієї проблеми всією групою; ігри, спрямовані на усвідомлення проблеми; алгоритм прийняття рішення.

3. Зміни стратегії поведінки. Ця навичка допомагає людині: гнучко, пластично реагувати на будь-яку ситуацію; краще пристосовуватися до навколишнього оточення; швидше знаходити вихід зі складних ситуацій; реалізовувати свої плани і досягати мети.

До заключної частини тренінгу входить підведення підсумків. Завдання цього етапу: підвести підсумки тренінгу; з'ясувати, чи реалізувалися очікування учасників; оцінити зміну рівня інформованості.

Для нашого формувального експерименту було підібрано існуючі тренінги та адаптовано їх до умов територіального центру та безпосередньо людей з особливими потребами (див. додаток Б). З тренінгів вилучалися вправи, які завідомо були невиконані через об'єктивні причини. Долучалися вправи допоміжного, ігрового характеру. Включалися вправи на розвиток комунікативних навичок.

Окрім тренінгових занять пропонується проведення культурно-масових заходів, спрямованих на формування і розвиток здорового способу життя – спортивні й оздоровчі заходи, свята, змагання тощо

Головною умовою таких заходів є забезпечення можливості для участі всіх клієнтів відділення. З огляду на те, що всі вони мають певні обмеження (фізичні, сенсорні, інтелектуальні), сценарії заходів мають розроблятися з урахуванням їх особливостей.

Крім того, пропонується запрошення гостей, які власним прикладом сприяли би формуванню здорового способу життя, серед яких самі люди з

особливими потребами, які досягли певних успіхів у спорті та у фізичній реабілітації.

Пропонуються бесіди на тему здоров'я, важливості його зміцнення. Створюється куток здоров'я у відділенні, де розміщується цікава інформація для відвідувачів відділення та їх батьків.

Особливу проблему складає тема здорового харчування. Так, за свідченнями молодих людей з інвалідністю, достатньо складно скласти здоровий харчовий раціон при їх невеликих пенсіях. Тому, одне з тренінгових занять присвячене саме цій проблемі. Молоді люди самі, методом мозкового штурму складають перелік продуктів, які є небезпечними та корисними для здоров'я. Крім того, складається перелік продуктів, які є шкідливими та доступними. Методом аналізу й виключення, пропонується скласти оптимальний набір продуктів. В якості домашнього завдання – спробувати приготувати корисну страву самотужки або за допомогою батьків.

Окремою темою стала проблема вживання алкоголю. Два тренінгові заняття було присвячено саме профілактиці шкідливих звичок. Крім того, було актуалізовано шкідливість довгого перегляду телевізора, надмірного користування комп'ютером, телефоном тощо

Крім того, пропонується використовувати такі методи роботи.

Арттерапія (лат. *ars* – мистецтво, грец. *Therapeia* – лікування) являє собою методику лікування за допомогою художньої творчості. Арттерапія сьогодні вважається одним з найбільш м'яких, але ефективних методів, що використовуються в роботі психологами, соціальними педагогами тощо.

У різних країнах існують різні моделі арттерапії. Дуже важливо відзначити, що дана методика не має протипоказань і обмежень. Вона застосовується майже всіма напрямками психотерапії. Знайшла вона також досить широке застосування в педагогіці, соціальній роботі і навіть бізнесі. Арттерапія будь-якій людині дає можливість виразити свій внутрішній світ через творчість. Арттерапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластиком, глиною,

ландшафтом [45].

Корекційні можливості мистецтва по відношенню до людини з проблемами пов'язані насамперед з тим, що воно є джерелом нових позитивних переживань, народжує нові креативні потреби і способи їх задоволення в тому чи іншому виді мистецтва. А підвищення естетичних потреб людей з різною недостатністю, активізація потенційних можливостей у практичній художній діяльності і творчості – це і є реалізація соціально-педагогічної функції мистецтва.

Соціально-педагогічний напрямок корекційної роботи з людьми з інвалідністю за допомогою мистецтва здійснюється двома шляхами:

- шляхом виховання здатності естетично сприймати дійсність як безпосередньо в житті, так і через твори мистецтва;
- шляхом діяльності, пов'язаної з мистецтвом (художньо-мовленнєвої, музичної, образотворчої, театралізовано-ігрової) [46].

Арт-терапія допомагає розширити спілкування інваліда, позбутися агресивної поведінки; підвищує самооцінку інваліда; формує активну життєву позицію, впевненість у своїх силах; розвиває самостійність та життєтворчість; передбачає можливість актуалізації психічних резервних можливостей; формування на їх основі адекватної поведінки за рахунок творчої образотворчої діяльності.

Види діяльності:

- роз'яснення;
- діалог;
- показ;
- гра;
- ілюстративність;
- заохочування.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Реабілітаційний напрям:

- розвиток тонкої моторики, можливостей інших частин тіла (при

відсутності або обмежених можливостях рук);

- самовизначення;
- корекція психоемоційної сфери;
- розширення кругозору, сприйняття;
- розвиток пам'яті, уваги, асоціативного та образного мислення.

Бібліотерапія – лікування книгою. Загально відомий той художній, емоційний, естетичний вплив, який надає художня література на життя людини. Образи позитивних і негативних героїв, складні життєві колізії, екстремальні ситуації – все це примушує людей думати, міркувати, критикувати, приймати як еталон для наслідування. Книга заспокоює, відволікає від житейських справ, хвилює, розбурхує розум і серце. Тому книга – могутній подразник, що однаково хвилює і не залишає людину байдужим. Проте так чи інакше за допомогою художнього твору можна лікувати депресії, дезадаптації, відчуття невпевненості в собі тощо [37].

Бібліотерапія включає різні види діяльності, де використовується книжково – друкована продукція (дискусії, літературні вечори, художнє читання, зустрічі з персонажами творів та їх авторами, літературні та поетичні клуби, виставки книжок, роботу у читацькому залі).

Реабілітаційний ефект бібліотерапії забезпечує:

- розвиток уваги, пам'яті, художнього смаку;
- розширення пізнавальної сфери, кругозору, задоволенню інформаційної потреби, налагодженню комунікативних зв'язків з однодумцями, прилучанню до культури;
- розвиток артикуляційних та мовних можливостей, формування логічного мислення при переказі.

Казкотерапія є засобом емоційно – психологічного, педагогічного впливу, соціально – морального формування, який передбачає активізацію творчого потенціалу, розвиток асоціативного образного мислення.

Види діяльності: оповідання, переказ, театралізація; форма діяльності – групова, індивідуальна, масова.

Реабілітаційний ефект казкотерапії:

- формування відношення до персонажу, дії на емоційному рівні (тренінг емоційної сфери);
- проява власних позицій у поведінці, необхідних для соціалізації;
- ідентифікація власного „я” з тим чи іншим персонажем;
- задоволення потреби в пізнанні чарівних загадкових проявів життя;
- колективна участь у спільних діях;
- залучення до народної художньої культури.

Варіанти роботи з казкою у соціально – культурній діяльності:

- свята;
- театралізовані вистави;
- використання фрагментів у конкурсах, шоу;
- літературно – художні заходи;
- виставки малюнків по казковим сюжетам;
- сімейні вечори.

Ігротерапія – це комплекс соціально – культурних реабілітаційних заходів, в основі яких є використання ігрових методик, форм, ситуацій з метою надання людині з розумовою відсталістю можливості самостійно вирішувати свої проблеми, залагоджувати конфлікти.

Реабілітаційний ефект ігротерапії:

- формування навичок спілкування, побудові продуктивних комунікативних відносин з використанням спеціальних тренінгів;
- формування довільності психічних процесів (пам’яті та уваги);
- розвиток розумової діяльності, уяви, мови, опорно – рухової та вольової активності.

Види діяльності:

- гра (у навчанні, вихованні, спорті, оздоровленні, комунікації, отриманні інформації, профорієнтації);
- діалог;
- тренінг;

- інформативність;
- ілюстративність;
- показ.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Музикотерапія сприяє підвищенню соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її самореалізації, збагаченню естетичного досвіду людини, розширенню сфери естетичних інтересів, навчає розуміти прекрасне, прагнути до спілкування з ним.

Види діяльності:

- гра на простих музичних інструментах;
- ігри з музичним супроводом;
- прослуховування творів або фрагментів;
- розспівування і співи.

Терапевтичний ефект – фізичне оздоровлення за рахунок розвитку моторних функцій, спритності руки, тонкості слуху.

Реабілітаційний ефект:

- естетизація смаку;
- розвиток почуття ритму;
- сприйняття музикальних образів;
- вироблення навичок використання можливостей голосу, дихання;
- розвиток морально – вольової сфери – активності, самостійності, рішучості;
- уміння володіти собою;
- почуття колективізму;
- навички співробітництва;
- прагнення до перемоги.

Для терапевтичних та реабілітаційних цілей використовується різножанрова музика. Особливе значення має власне виконання музичних творів на музичних інструментах. інвалід відразу відчуває своє «Я», відповідальність за виконання, тим самим підвищується його статус серед

оточуючих [8; 19; 37; 47].

Отже, описана програма пропонується для реалізації у територіальному центрі соціального обслуговування. Основні форми та методи: тренінгові заняття, культурно-масові заходи, зустрічі з експертами у сфері здоров'я, лекції, бесіди. Через воєнний стан не вдалося реалізувати програму, втім, в майбутньому ці напрацювання можуть бути використані. Результативність програми перевірятиметься на останньому етапі дослідження за допомогою раніше визначених критеріїв та показників, що описано у попередньому підрозділі.



## ВИСНОВКИ

Вивчення проблеми формування здорового способу життя у людей з особливими потребами дозволило зробити наступні висновки.

Актуальність обраної теми зумовлюється недостатньою увагою науковців і практиків до проблеми формування здорового способу життя у людей з особливими потребами. Здоров'я людини з інвалідністю не сприймається як таке, що потребує профілактики чи формування установок на здоровий спосіб життя. Традиційно йдеться лише про лікування, реабілітацію. Означена категорія як правило здоровою не вважається та, відповідно, не стає об'єктом уваги у плані збереження здоров'я.

Проведене теоретичне дослідження дозволило визначити сутність поняття «здоровий спосіб життя», під яким розуміємо стиль існування, за якого через застосування певних методів впливу на організм і його оточення, рівень життєздатності організму стає оптимальним, знаходить вияв постійне вдосконалення і використання потенціалу організму без завдання йому шкоди, причому активність організму і його можливості зберігаються до самої старості. Таким чином, здоровий спосіб життя є комплексним способом життєдіяльності людей, спрямованим на гармонічну підтримку фізичних, психічних, моральних, соціальних і трудових функцій.

Здоровий спосіб життя як система складається з багатьох взаємозалежних та взаємозамінних елементів, які спираються на принципи культури харчування, руху, емоцій, взаємовідносин, виховання, а не тільки на дотриманні певних технологій оздоровлення. У сучасному розумінні уявлення про здоровий спосіб життя відходить від вузького поняття феномена здоров'я, набуває поширення розуміння його як психосоматичного феномена, обов'язково пов'язаного з міжлюдськими взаєминами, соціальним самовизначенням, з рівнем саморегуляції людини, її способами виходу з конфліктних і психотравмуючих ситуацій.

Надано характеристику людей з особливими потребами як об'єкту соціально-педагогічної допомоги. Молодь з інвалідністю – це особлива соціальна група яка має ряд спільних рис, пов'язаних з певними обмеженнями, як об'єктивного так і суб'єктивного характеру. У зв'язку з виходом з системи освіти, у молодих людей з обмеженими можливостями виникає низка проблем: соціальна ізоляція, втрата набутих навичок спілкування, неможливість створення сім'ї і кола друзів, звуження можливостей для подальшого розвитку, психологічні проблеми тощо. Крім того, до характерних особливостей належать: споживацьке ставлення до суспільства, відчуженість від суспільства, хибна соціальна перцепція, інфантильність, а також низка порушень, характерних для вихованців інтернатних закладів (через те, що більшість з них виховувалась та навчалась в інтернатах).

Визначено особливості формування здорового способу життя людей з особливими потребами. Чинниками, які перешкоджають формуванню здорового способу життя молоді з інвалідністю є: зневажливе ставлення суспільства, відсутність безбар'єрного середовища та малозабезпеченість, що породжують соціальну дезадаптованість, і, як наслідок, схильність до нездорового способу життя (шкідливі звички, депресивні стани тощо). Визначено критерії та показники сформованості установки на здоровий спосіб життя: усвідомленість; позитивність; успішність.

Обґрунтовано програму з формування здорового способу життя молоді з інвалідністю в умовах територіального центру соціального обслуговування. Метою програми було підвищення рівня сформованості установок на здоровий спосіб життя у молоді з особливими потребами. Завдання програми передбачали надання всебічної інформації щодо питань здоров'я, відповідального ставлення до здоров'я, здорового способу життя; формування позитивної емоційної установки на здоровий спосіб життя; розвиток практичних навичок щодо здорового способу життя.

Основні напрями програми: безпосередня робота з молоддю; опосередкована робота з батьками (родиною) молоді; робота зі спеціалістами

відділення. Безпосередня робота з молоддю включала курс тренінгових занять, спрямованих на формування здорового способу життя; культурно-масові заходи; конкурси, ігри; створення пам'яток відповідного змісту.

Розробка програми не обмежувалася специфічними засобами формування здорового способу життя, а включала й соціально-реабілітаційні та соціально-адаптаційні заходи. Таким чином, мету дослідження досягнуто.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи : модульний курс дистанційного навчання / колектив авт. : Капська А. Й., Безпалько О. В., Вайнола Р. Х. Київ : Наука, 2002. 164 с.
2. Бабич В. І. Професійна підготовка майбутніх учителів до виховання соціально здорових підлітків : теорія і практика : монографія. Луганськ : Вид-во ТОВ «Щедра садиба плюс», 2015. 488 с.
3. Барно О. М. Психолого-педагогічні аспекти роботи зі студентами з особливими потребами. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*: зб. наукових праць. Київ : Університет «Україна», 2004. С. 36-48.
4. Бондар Т. В., Карпенко О. Г., Дикова-Фаворська Д. М. Формування здорового способу життя молоді : навч.-метод. посіб. для працівників соц. служб для сім'ї, дітей та молоді. Київ : Український ін-т соц. дослідж., 2005. 116 с.
5. Бондаренко З. П. Формування здорового способу життя студентів як психолого-педагогічна проблема вищої школи. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*. 2015. № 1 (9). С. 51-58.
6. Бондаренко І. Г. Валеологія : методичні рекомендації. Миколаїв : Вид-во ЧДУ імені Петра Могили, 2012. 52 с.
7. Боришевський Й., Пилипенко Л., Пенькова О. Виховання духовності особистості : навчально-методичний посібник. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 104 с.
8. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
9. Вакуленко О. В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці : автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Київ, 2001. 20 с.

10. Валецька Р. О. Основи медичних знань : підручник. Луцьк : Волинська книга, 2007. 380 с.
11. Ващенко О. Здоровий спосіб життя – важливий чинник виховання особистості : теоретико-методологічний аспект. *Початкова школа*. 2004. № 4. С. 48-50.
12. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь : ВТФ «Перун», 2009. 1736 с.
13. Вікова психологія : підручник / за ред. В. Є. Клочко. 2003. URL: <http://medbib.in.ua/voznrastnaya-psihologiya782.html>
14. Гета А. В. Методика навчання основ здоров'я та здорового способу життя : методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Полтава : Полтавський інститут економіки і права, 2016. 88 с.
15. Грибан В. Г. Валеологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 214 с.
16. Грибан Г. П. Життєдіяльність та рухова активність студентів : монографія. Житомир : Видавництво Рута, 2009. 593 с.
17. Гусак П. М. Зимівець Н. В., Петрович В. С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології : монографія / за ред. П. М. Гусака. Луцьк : ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. 219 с.
18. Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України ; голов. ред. В. Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.
19. Желібо Є. П. Безпека життєдіяльності : навч. посіб. Київ : Каравела, 2008. 344 с.
20. Заброцький М. М. Основи вікової психології : навч. посіб. Тернопіль : Навчальна книга-Богдан. 2001. 112 с.
21. Зимівець Н. В., Петрович В. С., Закусило О. Ю. Навчання здоров'я : просвітницька робота з підлітками щодо збереження, розвитку та зміцнення репродуктивного здоров'я : навч.-метод. посіб. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. 360 с.
22. Зимівець Н. В. Досвід та результати впровадження соціально-педагогічної

- технології «рівний рівному» у формуванні відповідального ставлення до здоров'я в учнівському середовищі. Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Ніжин, 14–16 листоп. 2007 р.). Ніжин: Слово, 2007. С.166-171.
23. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: монографія. Київ: Задруга, 2011. 416 с.
24. Іващук Л. Ю. Сучасні концептуальні чинники інтегральної характеристики здоров'я особистості і суспільства. Загальна теорія здоров'я і здоров'язбереження: колективна монографія за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 33-40.
25. Кокун О. М. Психофізіологія: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
26. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: монографія. Луцьк: РВВ «Вежа», 2011. 430 с.
27. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник. Київ: Центр учбової літератури. 2010. 128 с.
28. Лукашевич М. П. Особливості соціалізації молоді з особливими потребами: пошук концептуальних підходів. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2009. № 2 (14). С. 25-30.
29. Мирошніченко Н. О. Соціально-педагогічна інтеграція молоді з обмеженими функціональними можливостями в соціальне середовище: тренінг для волонтерів. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. 68 с.
30. Михалюк Є. Л., Черепок О. О., Малахова С. М. Біологічний вік та кількісна оцінка рівня фізичного здоров'я людини: навчальний посібник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2013. 137 с.
31. Моначин І. Л. Психічне здоров'я та його вплив на копінг-поведінку особистості. *Український науковий журнал «Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації»*. 2011. № 3. С 90-95.
32. Мурашкевич О. А. Підходи до профілактики вживання психоактивних

- речовин підлітками в діяльності центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. *Соціальна педагогіка : теорія і практика*. 2009. № 3. С. 43-51.
33. Основи громадського здоров'я: теорія і практика : навчально-методичний посібник / за заг. ред. О. В. Безпалько. Ужгород : ВАТ «Патент», 2008. 322 с.
34. Пітателева Т. Є. Інформаційно-аналітичний звіт мережі Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді міста Києва за 2018 рік. URL: <http://www.ssm.kiev.ua/index.php/soc-program/95-zv.html>
35. Поташнюк Р. З. Психогігієна : навч.-методич. посібн. Луцьк : Надстрія, 2000. 62 с.
36. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посібник ; кол. авт. : М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко ; за заг. ред. М. С. Корольчука. Київ : Фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.
37. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
38. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч. посібник. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.
39. Соловійова Т. Г. Соціальна реабілітація молоді з особливими потребами в умовах територіального центру соціального обслуговування. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2012 Вип. LX. С. 310-317.
40. Соціальна педагогіка : словник-довідник / за заг. ред. Т. Ф. Алексеєнко. Вінниця : Планер, 2009. 524 с.
41. Соціальна робота з дітьми та молоддю : проблеми, пошуки, перспективи ; за заг. редакцією Пінчук І. М., Толстоухової С. В. Київ : УДЦССМ, 2000. 276 с.
42. Соціальна робота : технологічний аспект ; за заг. ред. А. Й. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
43. Ставицький О. О. Гандикапізм та ксенофобія: спільне і відмінне у поняттях. *Практична психологія та соціальна робота*. 2012. № 3. С. 59-63.
44. Стойко О. О. Сучасні технології формування здорового способу життя

- серед молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2011. № 3. С. 92-97.
45. Сущенко Л. П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини : монографія. Запоріжжя : Запорізь. держ. ун-т., 1999. 308 с.
46. Тимофієва М. П., Двіжона О. В. Психологія здоров'я : навчальний посібник. Чернівці : Книги ХХІ, 2009. 296 с.
47. Токарева Н. М., Шамне А. В. Основи вікової психології : навчально-методичний посібник. Кривий Ріг : КП ДВНЗ КНУ, 2013. 283 с.
48. Турубарова А. В. Соціально-психологічні бар'єри соціалізації підлітків з фізичними вадами. Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України. Київ : Міленіум, 2006. Вип. 29. С. 282-290.
49. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність : проблеми формування. *Наукові записки ІПіЕНД ім. І. Ф. Кураса НАН України*. 2008. Вип. 43. С. 369-379.
50. Церклевич В. С. Відкритий освітній простір як засіб інтеграції у соціум молоді з обмеженими функціональними можливостями. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України ім. Б.Хмельницького*. 2007. № 39. С.82-85.
51. Цушко І. І. Теоретичні аспекти здоров'я учнівської молоді : навч. посіб. Київ : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2014. 124 с.
52. Яременко О., Балакірева О., Вакуленко О. Формування здорового способу життя молоді : проблеми і перспективи : монографія. Київ : Український ін-т соціальних досліджень, 2000. 207 с.
53. Saamano-Navarrete F., Latorre-Roman P., Guzman-Guzman I. Lifestyle mediates the relationship between self-esteem and health-related quality of life in Chilean schoolchildren. *Psychology Health & Medicine*. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2021.1934496>
54. Cruz M., Zubizarreta G., Castillo G. Theoretical and practical contributions, aimed at the social and labor insertion of children, adolescents and young people



with disabilities from milagro state university. Dilemas Contemporaneos-  
Educacion Politica. 2018. № 5. P. 21-25.

## Додаток А

Опитувальник з самооцінки здоров'я

1. Чи турбує Вас головний біль?
2. Чи можна сказати, що Ви легко прокидаєтесь від будь-якого шуму?
3. Чи турбує Вас біль в області серця?
4. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився зір?
5. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився слух?
6. Чи намагаєтесь Ви пити тільки кип'ячену воду?
7. Чи пропонують Вам молодші за Вас місце у міському транспорті?
8. Чи турбує Вас біль у суглобах?
9. Чи впливає на Ваше самопочуття зміна погоди?
10. Чи бувають у Вас періоди, коли через хвилювання Ви втрачаєте сон?
11. Чи турбують Вас запори?
12. Чи турбують Вас болі в області печінки (в правому підребер'ї)?
13. Чи бувають у Вас головокружіння?
14. Чи стало Вам зараз важче зосереджуватися, ніж у попередні роки?
15. Чи турбує Вас ослаблення пам'яті, забутливість?
16. Чи буває у Вас у різних частинах тіла відчуття печії, поколювання, “повзання мурашок”?
17. Чи турбує Вас шум або дзвін у вухах?
18. Чи зберігаєте Ви для себе в домашній аптечці один із перелічених засобів:  
валідол, нітрогліцерин, серцеві краплі?
19. Чи бувають у Вас набряки на ногах?
20. Чи довелось Вам відмовитись від деяких страв?
21. Чи буває у Вас задишка під час швидкої ходи?
22. Чи буває у Вас біль в області попереку?
23. Чи доводиться Вам вживати з лікувальною метою будь-яку мінеральну

воду?

24. Чи можна сказати, що Ви стали плаксивим?

25. Чи буваєте Ви на пляжі?

26. Чи вважаєте Ви, що Ваша працездатність така, як і раніше?

27. Чи бувають у Вас такі періоди, коли Ви відчуваєте себе радісно - збудженим, щасливим?

28. Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?

На перші 27 питань передбачені відповіді “так” і “ні”, на останній - “хороший”, “задовільний”, “поганий” і “дуже поганий”.

Підраховується число несприятливих для опитуваного відповідей на перші 27 питань і додається 1, якщо на останнє питання отримано відповідь “поганий” або “дуже поганий”.

Тест: Що ви знаєте про здоровий спосіб життя?

В останні 10 років вести здоровий спосіб життя стало модною тенденцією, якій намагаються дотримуватися медійні обличчя. Цей термін прийшов до нас із Заходу, але досі далеко не всі знають, що він означає. Перевірте себе, чи правильно ви розумієте це розхожий вислів? ..

1. Як розшифровується абревіатура «ЗСЖ»?

А) Важко відповісти, але щось пов'язане зі здоров'ям людини.

Б) Здоровий спосіб життя?

В) Назва якоїсь хвороби.

2. Які шкідливі звички, на ваш погляд, не поєднуються зі здоровим способом життя?

А) Куріння і алкоголь.

Б) Алкоголь, куріння, наркотики, переїдання.

В) Наркотики.

3. З якого віку важливо дотримуватись особистої гігієни?

А) Зі шкільного віку.

Б) Це треба прищеплювати ще маленьким дітям.

В) Літнім людям це особливо необхідно.

4. Що включає в себе поняття «здорове харчування»?
- А) Без чіпсів і візитів в «Макдональдс».
  - Б) Збалансоване, з натуральних продуктів, з урахуванням індивідуальності організму.
  - В) Будь-яка їжа, з'їдена із задоволенням, йде на користь здоров'ю.
5. Чи впливає несприятлива зовнішня середовище на здоровий спосіб життя?
- А) Частково впливає, наприклад, вихлопні гази від машин.
  - Б) Звичайно, адже все взаємопов'язано: повітря, яким дихаємо, воду, яку п'ємо і т.д.
  - В) При сучасному рівні розвитку захисних засобів – не впливає.
6. Яке значення для здорового способу життя відіграє фізична активність?
- А) Як мінімум, зарядка вранці для цього потрібна.
  - Б) Це одна з його складових, адже рух – це життя.
  - В) Ніякого. Набагато важливіше до старості зберігати розумову активність.
7. Чи необхідно для здорового способу життя дотримання режиму праці та відпочинку?
- А) Залежно від того, хто ви за професією.
  - Б) Безумовно, не можна допускати хронічної перевтоми.
  - В) Необов'язково, якщо вміти відпочивати «на повну катушку».
8. Чи сумісне вегетаріанство (або сиродіння) з поняттям «здоровий спосіб життя»?
- А) Хіба що іноді, в якості «розвантажувальних днів».
  - Б) А хіба їх не вважають відхиленням від норми? ..
  - В) Цілком сумісно, але я не пробувала.
9. З яких джерел ви віддаєте перевагу черпати інформацію про суть здорового способу життя?
- А) Зі ЗМІ.
  - Б) З наукових праць у цій галузі.
  - В) Від «просунутих» знайомих.

10. Чи є здоровий спосіб життя запорукою довголіття і збереження молодості?

А) Частково, так.

Б) Ні, це тільки один з сприяючих факторів, але все індивідуально.

В) Швидше, навпаки: насильство над організмом може вкоротити життя.

Підводимо підсумки:

Якщо більше відповідей «А». У вас досить суперечливі знання з даного питання. Як кажуть, «чув дзвін, та не знаю, де він». У чомусь ви прихильник здорового способу життя, а в чомусь – войовничий супротивник. Втіхою вам може служити тільки той факт, що офіційного визначення терміна ЗСЖ поки не існує. Тому частіше заходьте на сайт «МЕД-Інфо» і підвищуйте свою освіту. Адже, якщо вірити А. Шопенгауером, «Дев'ять десятих нашого щастя залежить від здоров'я».

Якщо більше відповідей «Б». Ви дуже ерудовані в даному питанні. Намагаєтесь слідувати основним принципам ЗСЖ і стежите за новими науковими відкриттями в цій галузі. Можете записати у свій «актив» та затвердження Т.Мора: «Мудрець буде швидше уникати хвороб, ніж вибирати засоби проти них».

Якщо більше відповідей «В». Ви – великий скептик, не вірите в здоровий спосіб життя і не бажає знати про нього більше. Вам здається, що ліки, новітні медичні технології і дієти можуть допомогти в будь-яких ситуаціях. На жаль, це не завжди так. Постарайтеся поставитися до ЗОЖу, як до профілактики захворювань, і результат не змусить себе чекати. Адже ще древній мудрець Горацій говорив: «Якщо не бігаєш, поки здоровий, доведеться побігати, коли захворієш».

## Додаток Б

Тренінг на тему: «Ми за здоровий спосіб життя»

(приклад заняття)

Мета: надати учасникам тренінгу інформацію про здоров'я, здоровий спосіб життя та фактори, що впливають на формування здоров'я, створити комфортну атмосферу, актуалізувати відчуття важливості здоров'я, розуміння складності його досягнення та збереження.

Завдання: за допомогою вправ тренінгу допомогти учням зробити вибір на користь здорового способу життя.

Форма проведення: тренінг з виконанням вправ, бесіди, малювання.

Обладнання : плакат з правилами роботи групи; папір, олівці, фломастери.

1. Вправа « Знайомство»(2 хв.)

Мета: підготувати учасників до роботи, створити комфортну атмосферу, гарний настрій, сприяти згуртованості групи.

2. Встановлення правил групи (3 хв.)

На плакаті записують правила, що колективно складаються в групі.

- 1, Бути чесними.
2. Бути толерантними.
- 3, Не критикувати, а допомагати.
4. Один говорить – всі слухають.
5. Правило піднятої рук.
6. Дотримуватись регламенту.
7. Бути активним і позитивним.

3. Вправа «Очікування» (10 хв.)

Мета: визначити сподівання і очікування учасників щодо тренінгу.

Хід вправи

Учасники на стікерах записують свої очікування від тренінгу. Потім, виголошуючи свої очікування, приклеюють їх на дошку, де з двох боків річки

зображені береги – «Берег надій» та «Берег реалізованих сподівань». Учасники приклеюють свої стікери ближче до «Берега надій», вирушаючи у подорож до протилежного берега.

#### 4. Мозковий штурм «Що таке здоров'я?» (15 хв.)

Мета: ввести учасників тренінгу в тему, актуалізувати їхнє особисте розуміння того, що таке здоров'я, подати його визначення.

##### Хід вправи

Ведучий пропонує висловити своє розуміння, що таке здоров'я. Потім пропонується визначення поняття здоров'я Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад.»

#### 5. Вправа «Модель здоров'я» (35 хв.)

Мета: актуалізувати відчуття важливості здоров'я, розуміння складності його досягнення й збереження та необхідності дбайливого та відповідального ставлення до нього.

##### Хід вправи

За допомогою гри «Фруктовий сад» ведучий поєднує учасників у три групи. Для цього пропонується стати в коло і назвати дерева, що там ростуть: яблуня, черешня, груша, учасники називають по порядку дерева, а потім за їх назвою створюють групи.

Кожна з них отримує лист паперу і завдання - зобразити модель здоров'я. Кожна з груп зображує свій малюнок, куди вкладає певний зміст і показує його, пояснюючи зміст, який було втілено.

Обговорення вправи. Групи порівнюють свої роботи та дають відповіді на запитання:

Які думки у вас виникли під час виконання роботи?

Як ви думаєте, що найважливіше для вашого здоров'я?

Після презентації вправи ведучий пропонує всім уявити собі ті шкідливі, руйнівні фактори, які є в нашому житті, що впливають на здоров'я людини.

Отже, у нас є багато ідей щодо реалізації здорового способу життя і тільки від нас самих залежить, як його зберегти.

Ведучий пропонує учасникам розказати, що вони відчували, коли створювали модель здоров'я.

Потім групам пропонується помінятися аркушами паперу з малюнками „Модель здоров'я". Зіпсувати малюнок протилежної команди. Учні легко псують чужу роботу. Але на певному етапі розуміють, що з їхнім малюнком роблять те ж саме. Після закінчення роботи розглядаються „Моделі здоров'я", що зіпсовані.

Обговорення вправи. Пропонується дати відповіді на такі питання:

- Що ви відчували, коли руйнували чужу «Модель здоров'я»?
- Що ви відчували, коли отримали свою модель зруйнованою?
- Чи можна відновити те, що вже зруйноване?

Виявляється, що зіпсувати здоров'я іншим людям значно легше. Треба навчитись берегти не тільки своє здоров'я, а й оточуючих людей. Наприклад, дим від куріння однієї людини вражає також інших людей, тому що вони стають пасивними курцями. Після обговорення, коли висловили всі бажані свою думку, ведучий пропонує результати наукових досліджень щодо вагомості впливу різноманітних факторів на здоров'я людини.

Фактори, що впливають на здоров'я:

спадковість - 20%;

рівень розвитку медицини - 10%;

екологія - 20%;

спосіб життя - 50%

Отже, робимо висновок, що поведінка людини, її спосіб життя є найважливішими у збереженні здоров'я.

#### 6. Вправа «Психодрама» (20 хв.)

Група ділиться на 4 підгрупи за допомогою розбивки «Доба»: по черзі учасники називають слова: ранок, день, вечір, ніч. Кожна з груп отримує завдання: розіграти сценку на задану тему:



- 1 - поведінка людей, яких хтось один з них підбурює до куріння;
- 2 - розмова між батьками і дитиною, яка почала курити;
- 3 - нарада на фірмі, що виробляє цигарки, між керівником та підлеглими, які здійснюють рекламу тютюновим виробам. Кожна група висвітлює свою проблему.

Учасники роблять висновок, що тютюнові вироби приносять одним людям прибутки, а інші позбуваються свого здоров'я.

7. Вироблення пам'яток про користь невживання алкоголю та некуріння тютюнових виробів.

Зразки відповідей :

у тебе красивий здоровий вигляд, ти маєш білі зуби і сяючу посмішку та приємний запах;

у твоїх легенях немає смоли;

у тебе серце працює рівно, а не як перевантажений насос;

ти вільний господар свого життя, незалежний від куріння чи алкоголю;

- ти не сваришся зі своїми батьками через те, що вони знайшли у тебе цигарку;

ти не отруюєш здоров'я ні собі, ні іншим людям;

алкоголь – не помічник у вирішенні проблем;

пиво не можна пити в необмеженій кількості, тому що це слабоалкогольний напій;

справжні друзі не будуть примушувати тебе робити те, що ти робити не хочеш;

якщо ти будеш твердо дотримуватись свого рішення, то незабаром переконаєшся, що інші стануть поважати твій вибір;

не думай, що ти єдиний, хто не хоче вживати алкоголь чи курити; у тебе завжди знайдеться підтримка:

завжди роби вибір на користь здорового способу життя.

8. Вправа «Мішок здоров'я».

Хто ж найголовніша людина на Землі? ( відповіді учасників)

Кожен з вас – головний, важливий, особливий і неповторний. Кожну людину потрібно любити, цінувати і оберігати. Як ви вважаєте, що для вас найголовніше у житті?

Приклади відповідей: освіта, здоров'я, любов, їжа, житло, друзі, знання, родина, одяг, життя, повага тощо.

Учасники записують відповіді на листочках і вкидають у «мішок здоров'я», ведучий в кінці зачитує їх. Роблять висновки, яких відповідей було найбільше.

#### 9. Вправа «Як виглядає здорова людина»

Кожна група має картку із зображенням обличчя людини і підготовлені силуети носа, очей, ротика (у різних емоційних станах). Вам потрібно, працюючи разом, наклеїти все це на силует обличчя.

Проаналізуйте, яка людина у вас вийшла – здорова чи хвора, весела чи сумна? На яку людину ви б хотіли бути схожі? Чому?

#### 10. Вправа «Стежина здоров'я».

Ми з вами спробуємо викласти «стежину здоров'я». Чи буде вона довгою – залежить від вас. Для того, щоб прокласти хоча б один слід до здоров'я, необхідно пригадати правила здорового способу життя. Відповіді позначимо на листках у формі сліду ноги і ними викладемо «стежину здоров'я».

(Очікувані відповіді: вмиватися, чистити зуби, займатися спортом, їсти корисну їжу, бувати на свіжому повітрі тощо).

#### 11. Перевірка очікувань від заняття.

Чиї сподівання справдились? Чиї ні? Чи сподобалося вам заняття? Що воно дало вам ?

Листочки з відповідями прикріплюють на дошку на «Берег реалізованих сподівань»