

**УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ**

**ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ
ЖИТТЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІДу**

Колективна монографія

Умань

ВПЦ «Візаві»2019

УДК 378:373 – 050:613

П 84

Рекомендовано до друку вченою радою факультету фізичного виховання Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

(протокол №5 від 21 листопада 2019 р.)

Рецензенти:

Кочубей Тетяна Дмитрівна – доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

Голяр Оксана Іванівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Казанцева Тетяна Василівна - кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Колектив авторів:

Бойко Ю. С. – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини;

Мельничук О.В. - викладач кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини;

Соколенко А. А. - кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Вищого державного закладу України «Буковинський державний медичний університет»;

Соколенко М. О. - кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Вищого державного закладу України «Буковинський державний медичний університет»;

Соколенко Л. С. - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини;

Танасійчук Ю. М. - викладач кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини;

Формування культури здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу : колективна монографія / Ю. С. Бойко, Мельничук О.В., А. А. Соколенко, М. О. Соколенко, Л.С. соколенко, Ю. М. Танасійчук. ; за заг. ред. Л.С. Соколенко. – Умань : ВПЦ «Візаві» (Видавець «Сочінський М. М.»), 2019. – 304 с.

У монографії здійснено теоретико-методологічне обґрунтування деяких аспектів формування компетентного вчителя в умовах закладів вищої освіти; зокрема розкрито теоретичні засади та шляхи реалізації педагогічних умов формування у студентів культури здорового способу життя; теоретичні та методичні аспекти формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів закладів вищої освіти; організаційні основи формування активного способу життя студентів під час позааудиторної фізкультурно – спортивної діяльності; розкрито проблеми ВІЛ-асоційованих герпесвірусних інфекцій та сучасний погляд на їх імунопатогенез та особливості лікування таких хворих.

Для студентів, аспірантів та викладачів вищих педагогічних навчальних закладів, учителів шкіл різного типу та широкого кола читачів, які цікавляться сучасними питаннями виховання і освіти.

Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини, 2019

ЗМІСТ

Передмова	4
Розділ 1. Педагогічні умови формування установок до здорового способу життя у студентів закладів вищої освіти.....	8
Розділ 2. Сучасні концепції формування ціннісного відношення до культури здорового способу життя.....	106
Розділ 3. Секреторна активність адипоцитів і ліпідний профіль у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію залежно від генотипів генів ppar- γ 2 (pro12ala), ace (i/d) їх комбінацій та маси тіла. Вплив лікування.....	135
Розділ 4. Епідеміологічна та клінічна характеристика хворих на герпесвірусну і віл-інфекцію.....	199
Розділ 5. Формування ціннісного відношення до культури здорового способу життя як психолого-педагогічна проблема в історії вітчизняної й закордонної педагогіки.....	243
Розділ 6. Формування мотивації культури здорового способу життя студентів в освітньому просторі.....	274

ПЕРЕДМОВА

Проблема збереження й зміцнення здоров'я підростаючого покоління й формування в нього здорового способу життя за всіх часів була однією із ключових проблем людства.

Ставлення людини до внутрішнього світу в розумінні його формування й розвитку, пізнання самого себе, а також до світу зовнішнього – природи, суспільства, інших людей свідчить про рівень її культури. Водночас і сама культура визначає глибину цього ставлення; саме в цих стосунках відбиваються всі властивості, здібності й якості людини.

Звернення до реалій сьогодення засвідчує, що тривалий час основними ознаками життя в Україні були економічна нестабільність, соціальна напруга, погіршення екологічної ситуації, що призвело до скорочення тривалості життя, збільшення кількості захворювань. На сьогодні за темпами поширення ВІЛ-інфекції Україна посідає одне з провідних місць в Європі, найпоширенішими опортуністичними інфекціями (ОІ) у Європейському регіоні та Україні є туберкульоз, бактерійні інфекції, пневмоцистна пневмонія, герпетичні інфекції (оперізувальний герпес, інфекції, спричинені HHV-1, HHV-2 та HHV-5), кандидозний езофагіт, криптококовий менінгіт, токсоплазмоз.

Останній показник залежить не лише від впливу різного роду негативних явищ, що мають місце в навколишньому середовищі, а й від рівня культури людини у галузі здорового способу життя, від потенційно ризикованої моделі сексуальної поведінки молоді, що і призводять до погіршення ситуації. Сьогодні ВІЛ/СНІД – поведінкове захворювання, а стандарт поведінки сучасної молоді виявився вельми вразливим.

Проблема збереження здоров'я студентської молоді стала не тільки медичною, а й педагогічною, тому що поряд з об'єктивними причинами зниження якості життя, погіршення екологічного стану необхідно виділити і педагогічні аспекти: недостатню поінформованість про вирішальну роль здорового способу життя людини у збереженні та

зміцненні здоров'я, відсутність сформованості позитивного ставлення до здорового способу життя у значної частини молодих людей.

В наш час пріоритети освіти визначаються в міжнародних конвенціях та документах і стають стратегічними орієнтирами міжнародної спільноти. Держави формують освітню політику, спрямовану безпосередньо на інтеграцію в міжнародні співтовариства. Україну, як європейську країну, не можуть оминати всі вищезазначені процеси. За таких умов виникла потреба у новій концепції освіти, що відображала б ці зміни і була зорієнтована на відтворення якостей особистості, що стали викликами ХХІ століття: мобільність, динамізм, конструктивність, професійна, соціальна, особистісно-побутова та ін. компетентності.

Ефективне вирішення завдань освіти здебільшого базується на якості кадрового забезпечення навчальних закладів, на рівні професійної компетентності педагогів, які реалізують процес всебічного розвитку особистості. У зв'язку з цим суспільство ставить нові вимоги перед вчителями загальноосвітніх навчальних закладів та процесом їх професійного становлення у закладах вищої освіти. В умовах стрімких соціально-економічних перетворень, оновлення системи освіти, її гуманістичної спрямованості, він має демонструвати здатність і виявляти готовність будувати свою професійно-педагогічну діяльність відповідно до нової ситуації. Саме на нього покладаються завдання формування молодого покоління, здатного до соціальної мобільності, самонавчання, самовизначення, самовдосконалення протягом усього активного життя.

Висока динамічність і мала передбачуваність нинішньої дійсності дають підстави для виокремлення студентської молоді як носія людського потенціалу завтрашньої України в особливу соціальну страту. Поєднання української специфіки з новими загальноцивілізаційними тенденціями створює для молоді, як недостатньо соціально і психологічно захищеної, підвищену загрозу виникнення різного роду ризиків, основні з яких стосуються її здоров'я.

Аналіз виховної практики засвідчив, що у більшості навчальних закладів недостатньо застосовуються ефективні форми роботи з охорони здоров'я молодого покоління, мало використовується їх потенційні можливості для збереження і зміцнення здоров'я студентів, формування ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя. У педагогічній практиці процес збереження та зміцнення здоров'я студентів, формування цінності здорового способу життя та їхнього оздоровлення має фрагментарний, часто формальний характер. Використовуються традиційні засоби виховання. Ціннісне ставлення до свого здоров'я, бажання і вміння піклуватися про нього у переважної частини молодого покоління є недостатньо сформованим.

Стає очевидним, що досягнення такої мети значною мірою залежить від особистісного потенціалу педагога, високого рівня його професійної компетентності та готовності до впровадження в освітнє середовище навчального закладу здоров'яформувальних і здоров'язберігальних методів, прийомів, технологій, метою яких є формування культури здорового способу життя, формування аксіологічних установок до здорового способу життя, збереження та зміцнення здоров'я, оволодіння навичками ведення здорового способу життя.

Розв'язання даної проблеми спонукає викладачів, науковців до активної науково-дослідної роботи з дослідження проблем формування компетентного вчителя в умовах закладів вищої освіти.

У монографії здійснено теоретико-методологічне обґрунтування деяких аспектів формування компетентного вчителя в умовах закладів вищої освіти; зокрема розкрито теоретичні засади та шляхи реалізації педагогічних умов формування у студентів культури здорового способу життя; теоретичні та методичні аспекти формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів закладів вищої освіти; організаційні основи формування активного способу життя студентів під час позааудиторної фізкультурно – спортивної діяльності; розкрито

проблеми ВІЛ-асоційованих герпесвірусних інфекцій та сучасний погляд на їх імунопатогенез та особливості лікування таких хворих.

Важливо, що всі запропоновані матеріали мають чітку спрямованість на діяльність закладів вищої освіти. Вони пройшли експериментальну апробацію та зможуть слугувати орієнтиром інноваційного забезпечення професійної підготовки майбутніх учителів різних спеціальностей.

Над монографією працювали: загальна редакція, передмова – Л. С. Соколенко; розділ перший – Ю. С. Бойко; розділ другий – Мельничук О.В., розділ третій – Л. С. Соколенко; розділ четвертий – М. О. Соколенко, розділ п'ятий – А. А. Соколенко; розділ шостий – Ю. М. Танасійчук.

Кафедра медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини, в контексті якої підготовлена дана колективна монографія, має надію, що представлені матеріали досліджень стануть корисними науковцям, викладачам закладів вищої освіти, педагогічним працівникам системи загальної середньої освіти, усім тим, хто цікавиться проблемами здоров'я, формуванням здорового способу життя, заходами профілактики ВІЛ/СНІДУ, туберкульозу, бактерійних інфекцій, пневмоцистної пневмонії, герпетичної інфекції (оперізувальний герпес, інфекції, спричинені HHV-1, HHV-2 та HHV-5, кандидозного езофагіту, криптококового менінгіту, токсоплазмозу; усім тим, хто цікавиться проблемами формування компетентного вчителя.

РОЗДІЛ I

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ УСТАНОВОК ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Погіршення екологічної ситуації, невизначеність соціально-економічних умов, «інформаційний бум», вплив агресивного зовнішнього середовища (поширення наркоманії, алкоголізму) і, як наслідок, постійна ломка життєвих стереотипів привели до зниження фізичного, психічного, соціального та морального здоров'я населення. Особливу роль у підготовці фізично і духовно здорової, соціально та професійно компетентної, творчо активної і мобільної, здатної до саморозвитку на будь-якому етапі життєвого шляху, відповідальної і толерантної особистості має відіграти здоровий спосіб життя студентської молоді.

Однак його формування часто не має для молодих людей суб'єктивних особистісних смислів через відірваність гносеологічного плану свідомості від онтологічного, а мотивація здорового способу життя стає дієвою лише в міру втрати здоров'я.

Студентський вік характеризується досить високою соціальною активністю, високим рівнем пізнавальної мотивації [150], що створює сприятливі передумови для включення у структуру підготовки майбутніх фахівців такого змісту, метою якого є навчання студентів здорового способу життя, пропаганда здоров'я і здорового способу життя. У процесі вивчення такого змісту передбачається формування ціннісного відношення до здорового способу життя.

Згідно з даними літературних джерел, фахівці вважають, що формування здорового способу життя студентської молоді забезпечується через створення у ВНЗ спеціальних педагогічних умов.

Під умовами в педагогіці розуміють обставини, від яких залежить виховання, розвиток, навчання, обстановка, у якій відбуваються ці процеси [258, с.84]. Серед них визначають необхідні й достатні умови: перші являють

собою об'єктивну внутрішню закономірність існування й результативності розвитку, виховання, навчання, а другі – пов'язані із причинами, підставами, протиріччями розвитку, виховання, навчання [там же].

У педагогічних дослідженнях умови постають як: обставини, що забезпечують розвиток і становлення особистості; вимоги до організації виховного процесу; порядок дій; середовище, в якому відбувається процес вирішення педагогічних завдань; наявність правил і відношень, що забезпечують реалізацію мети педагогічного впливу, тощо.

Під педагогічними умовами В. Буторін розуміє джерела розвитку мотивації, основні причини, які безпосередньо викликають той чи інший результат (зміст навчання, форми його організації, технології, методики, прийоми, засоби тощо) [64, с.78].

Педагогічні умови з позицій організації педагогічного процесу визначаються середовищем, що може бути поділене на дві складові: зовнішню (природну, соціальну, економічну) та власне педагогічну (освітнього закладу). Можливості впливу педагогів на першу досить обмежені, водночас зміна і створення власне педагогічного середовища є потенціалом здоров'язберігаючої системи [56, с.17].

О. Безпалько [30], В. Буторін [64] окреслюють внутрішні та зовнішні чинники забезпечення процесу формування здорового способу життя у студентів ВНЗ. До внутрішніх вони зараховують обставини, середовище, в якому протікає життєдіяльність студентів, особливості психічних процесів особистості, прояви психічних станів та емоційно-вольових процесів; характеристики особистості (зокрема мотиви), освітній рівень людини, соціальні та професійні уміння, навички. До зовнішніх – матеріальні, людські, технологічні, інформаційні та соціальні чинники, обумовлені процесом професійної підготовки фахівців.

Внутрішні чинники включають: природно-кліматичні умови, які обумовлюють екологічний стан повітря, води, ґрунту, зміну атмосферних явищ та ін. Чинники соціального середовища характеризують реалізацію

національних проєктів у сфері формування здорового способу життя молоді, що визначаються рівнем розвитку духовної культури (релігія, історія, мистецтво, література, моральні цінності, норми поведінки людей характерні для конкретного суспільства). Матеріально-побутові – охоплюють засоби, предмети, обладнання, приміщення, що сприяють успішній організації навчальної та дозвільної діяльності. Санітарно-гігієнічні – зумовлюють санітарно-гігієнічні норми в організації та облаштуванні «навчального місця» студента (зручність навчальних меблів, гарне освітлення, вологість повітря, вентиляція приміщень, організація правильного харчування, планування рівня навчального навантаження); моніторинг стану здоров'я всіх суб'єктів освітнього процесу; соціальне, медичне, психолого-педагогічне забезпечення і супровід студентів у навчальному процесі [64, с.78].

Л. Овчиннікова виявила такі педагогічні умови організації процесу формування ціннісних установок до здорового способу життя: ціннісне цілепокладання у формуванні ціннісного відношення до здорового способу життя; особистісно орієнтований підхід у формуванні ціннісного ставлення до здорового способу життя; опора на вітагенний досвід у формуванні ціннісного ставлення до здорового способу життя [274].

В. Буторін виявив та охарактеризував педагогічні умови, що сприяють формуванню мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до здорового стилю життя: організаційно-координаційні (система відносин між викладачами і студентами у процесі його формування); процесуально-змістовні (зміст освітніх програм і технологій особистісно-орієнтованої спрямованості); операційно-технологічні (використання здоров'язберігальних технологій за допомогою впровадження евристичних і проблемних ситуацій, що впливають на розвиток творчого мислення та рефлексії) [64, с.12].

М. Шуайбова до умов формування здорового способу життя студентської молоді зараховує: освітній простір ВНЗ як умову формування здорового способу життя студентської молоді, здоров'язберігаючі технології формування ціннісних установок на здоровий спосіб життя студента [398].

Н. Швець виділяє такі педагогічні умови: по-перше, інформування студента про здоровий спосіб життя (організація інформаційного забезпечення); по-друге, актуалізація його емоційно-ціннісного ставлення до здорового способу життя (організація моделювання студентом здорового способу життя); по-третє, збагачення досвіду здорового способу життя студента (включення в здоров'язберігаючу діяльність). Реалізація цих педагогічних умов орієнтування студента на здоровий спосіб життя сприяє отриманню ним знань з теорії і практики формування здорового способу життя, позитивному ставленню до створення власного здорового способу життя, творчому підходу до реалізації здорової життєдіяльності [394, с.332].

Аналіз чинників, які впливають на виокремлення умов формування здорового способу життя, дали нам можливість обґрунтувати такі педагогічні умови стосовно проблеми нашого дослідження:

- сприяння становленню і розвитку у студентів ціннісних орієнтацій на збереження і зміцнення здоров'я в умовах здоров'язберігального освітнього середовища ВНЗ,
- формування у студентів ціннісного ставлення до здоров'я на основі розробки педагогічної стратегії їхньої мотивації на здоровий спосіб життя,
- активізація свідомого оволодіння студентами досвідом здоров'язбереження.

Розкриємо більш детально кожну з умов.

Перша педагогічна умова – сприяння становленню і розвитку у студентів ціннісних орієнтацій на збереження і зміцнення здоров'я в умовах здоров'язберігального освітнього середовища ВНЗ.

Саме поняття «освітнє середовище» підкреслює факт множинності впливів на особистість і охоплює широкий спектр чинників, що визначають виховання, навчання і розвиток особистості.

Розгляд філософських, соціально-психологічних, педагогічних аспектів способу життя та саморозвитку особистості (К. Абульханова-Славська [1],

Л. Овчіннікова [76], М. Віленський [252], В. Мерлін [274], С. Попов [306] та ін.) дає підстави стверджувати, що здоровий спосіб життя складається в межах певного способу життя і залежить від суб'єктивного життєвого вибору, характеру прояву суб'єктності і особливостей освітнього середовища.

Окремі питання зазначеної проблеми та окремі види середовищ розглянуто в роботах С. Дерябо [118], Г. Полякової [305], А. Хуторського [380], В. Ясвіна [409] та ін.. У визначенні поняття «освітнє середовище», як складного явища, не існує єдиної позиції учених у розумінні його структури, функцій, методів проектування та експертизи. Використовуючи поняття «освітнє середовище», більшість сучасних учених підкреслюють, що навчання, виховання та розвиток відбуваються не тільки під впливом спрямованих зусиль педагогів, а також залежать від індивідуально-психологічних особливостей молоді. Вони суттєво детерміновані соціально-культурними умовами, предметно-просторовим оточенням, характером міжособистісної взаємодії та іншими факторами середовища.

Вихідним положенням для розуміння феномену «освітнє середовище» служить уявлення про те, що психічний розвиток людини під час її навчання слід розглядати в контексті «людина – навколишнє середовище». Згідно з таким підходом під освітнім середовищем розуміють систему педагогічних і психологічних умов і впливів, що створюють можливість для розкриття як уже наявних здібностей і особистісних особливостей індивідуума, так і прихованих його інтересів і здібностей. Так, А. Хуторський визначає освітнє середовище як систему впливів і умов формування особистості за заданим зразком, а також можливостей для її розвитку, наявних у соціальному і просторово-предметному оточенні [380].

Під освітнім середовищем В. Кучма, М. Степанова розуміють усю сукупність чинників, створювану всім устроєм життєдіяльності школи: матеріальні ресурси, організація педагогічного процесу, харчування, медична допомога, психологічний клімат [216, с. 3].

Аналіз педагогічних досліджень, присвячених освітньому середовищу (І. Аршавський [21], Є. Бондаревська [54], С. Громбах [107], Н. Денисенко [116], Л. Овчиннікова [274], В. Петровський [296], Н. Рилова [323]) свідчить, що в теорії педагогіки поняття «здоров'язберігальне середовище» представлено достатньо еkleктично, а питанням формування ціннісних установок у здоров'язберігальному середовищі приділяють недостатньо уваги.

Виходячи із структурно-змістовного визначення здоров'язберігального середовища, запропонованого Г. Ковальовим, можна його представити як трикомпонентну систему середовищ: предметне середовище – господарська інфраструктура, матеріальне забезпечення навчальної й оздоровчої діяльності, організація харчування, проживання та відпочинку студентів; комунікативне середовище – міжособистісні відносини між суб'єктами педагогічного процесу, індивідуальні і типологічні особливості викладачів та студентів, якість підготовки усіх фахівців, що здійснюють навчальний процес, взаємини викладачів і студентів, їхнього розуміння здорового способу життя; навчально-виховне та оздоровче середовище – форми і принципи навчально-виховної й оздоровчої діяльності [56, с.17].

Під здоров'язберігальним середовищем В. Яковлєв розуміє комплексну програму, яка базується на відповідній соціальній інфраструктурі конкретного типу і включає в себе освітні, виховні, медичні, адміністративно-управлінські та інші форми роботи щодо забезпечення здоров'я молодого покоління в процесі утворення. Автор уточнює мету створення здоров'язберігального середовища в вищому навчальному закладі – забезпечити студентську молодь високим рівнем реального здоров'я, озброїти її необхідним багажем знань, умінь і навичок для ведення здорового способу життя, виховати в них культуру здоров'я. М.Степанова визначає здоров'язберігальне освітнє середовище як «спеціально організоване середовище, яке створюється за допомогою взаємозв'язаних педагогічних подій, направлених на збереження і зміцнення фізичного, психічного і

етичного здоров'я кожного школяра і на культивування всіма суб'єктами освітнього процесу здорового способу життя, виступаючого інтеграційною умовою особистого розвитку кожного індивіда».

Аналіз досліджень вище зазначених педагогів та психологів дав змогу стверджувати, що здоров'язберігальне середовище – це поняття, що включає в себе сукупність певних умов (гігієнічних, медичних, психологічних, педагогічних), здоров'язберігальних технологій, які використовує навчальний заклад, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я дітей, на покращення їх настрою та самопочуття, на створення сприятливих умов для їх розвитку та саморозвитку, на покращення функціонального стану їх організму, підвищення їх адаптаційних можливостей та формування мотивації до здорового способу життя.

На нашу думку, здоров'язберігальне середовище вищого навчального закладу є системою функціонально пов'язаних елементів педагогічної діяльності, що не шкодять здоров'ю: застосування активних форм і методів навчання, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я учасників педагогічного процесу; наявність комфортної психологічної атмосфери під час навчальних занять; обізнаність педагогів і студентів зі способами збереження здоров'я та дотримання ними здоров'язберігальної поведінки; вироблення в майбутніх фахівців ціннісного ставлення до свого здоров'я та здоров'я вихованців.

Актуальним питанням для дискусії в сучасній психолого-педагогічній літературі залишається визначення структури освітнього середовища вищого навчального закладу, зокрема, і здоров'язберігального середовища.

В. Новіков та інші вчені запропонували структуру освітнього середовища вищого навчального закладу, до якої входять ціннісно-орієнтаційний, інформаційно-змістовний, організаційно-діяльнісний, просторово-предметний компоненти [270, с.5–6].

Структурні компоненти здоров'язберігального середовища включають: аксіологічний компонент (цінності здорового способу життя, ставлення

студентів до цього явища, його вплив на життєві плани і професійну орієнтацію; задоволення від діяльності, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я); ціннісно-орієнтаційний (історія вищого навчального закладу як літопис його видатних досягнень, цінності і традиції, позитивні приклади випускників різних років); інформаційний (наявність у студентів системи знань і уявлень про здоров'я та здоровий спосіб життя, здоров'язберігальні технології; оволодіння світоглядними і морально-етичними ідеями здорового способу життя, готовність студентів до пропаганди здорового способу життя), інформаційно-змістовий (основні і додаткові професійно-освітні програми, що реалізуються у ВНЗ, прийняті концепції навчання, виховання, формування та розвитку особистості, методичні документи, які регламентують діяльність, спілкування і поведінка студентів); діяльнісний (включення в цілісну систему здоров'язбереження, розвиток умінь і навичок ведення здорового способу життя в повсякденній життєдіяльності), організаційно-діяльнісний (форми, методи, способи діяльності (взаємодії), стиль спілкування і поведінки, особистий приклад, культура і спосіб життя, статус суб'єктів і об'єктів у групі, їх включення в інші колективи та групи, студентське самоврядування); результативно-оцінний (адекватна оцінка результатів впровадження здорового способу життя, уміння підводити підсумки і коригувати на цій основі свою поведінку з ведення здорового способу життя, розвиток фізичних і моральних якостей, прагнення до фізичного самовдосконалення та саморозвитку протягом життя), просторово-предметний (інфраструктура вищого навчального закладу, елементи навчальної матеріальної бази, побутові та гігієнічні умови) [270].

Р. Кудашев підкреслює, що формування здоров'язберігального освітнього середовища у вищому навчальному закладі дозволяє ефективно реалізовувати оздоровчий, виховний і освітній потенціал майбутнього вчителя у напрямі формування здорового способу життя, надаючи нові можливості для всебічного культурного розвитку особистості студента [207,

с.119].

Отже, здоров'язберігальне освітнє середовище дозволяє студенту активно включатися в різні види діяльності, як навчальної, так і професійної, соціальної, творчої. Різноманітність видів діяльності та видів взаємодії між їх учасниками надає широкі можливості для їх інтеграції. Діяльність адміністрації спрямована на організацію ефективної діяльності всіх учасників освітнього процесу, створення максимально комфортних умов для занять студентів та викладачів, здійснення контролю та корекції здоров'язберігаючої роботи. Діяльність викладацького складу головним чином спрямована на оволодіння методикою формування здорового способу життя та на пропаганду здорового способу життя серед своїх вихованців за допомогою предмета навчання. Діяльність студентів у здоров'язберігальному освітньому середовищі спрямована на збереження власного здоров'я та формування ціннісних орієнтацій, долучення їх до занять спортом.

Таким чином, вище наведений аналіз поняття дозволяє зробити висновок, що освітнє середовище вищого навчального закладу – це фактор, що містить певні умови і сприяє реалізації педагогічних дій, процесів, явищ (у нашому контексті – формування у студента установок до здорового способу життя).

В. Ігнатова виокремила такі ресурси здоров'язберігального середовища для підтримання здорового способу життя студента у ВНЗ:

1. Адміністративний ресурс (розробка відповідних програм, планування здоров'язберігальних заходів, реклама здорового способу життя, підтримка, фінансування, контроль).

2. Ресурси навчально-виховного процесу (введення спецкурсу зі здорового способу життя, використання можливостей фізичної культури, організація фізкультурно-оздоровчих заходів, культурно-масові форми роботи); використання можливостей регламентованого (форми навчальних занять) і нерегламентованого освітнього простору (різні форми позанавчальної роботи) спільної діяльності суб'єктів освітнього процесу

вищого навчального закладу.

3. Медичне забезпечення (медичний огляд студентів, діагностика стану їх здоров'я, профілактика, медичний супровід) [394, с. 334].

Розробляючи зміст цієї педагогічної умови, ми орієнтувалися на активізацію ресурсів освітнього середовища, спрямованих на вирішення завдання формування установок до здорового способу життя студентів. Здоров'язберігальні ресурси освітнього середовища вищого навчального закладу показано в таблиці 3.1.

Отже, найважливішим чинником, який сприяє поліпшенню здоров'я, є навчання здорового способу життя, створення у вищому навчальному закладі такого освітнього середовища, яке сприятиме збереженню здоров'я кожного окремого студента.

Друга педагогічна умова – формування у студентів ціннісного ставлення до здоров'я на основі розробки педагогічної стратегії їхньої мотивації на здоровий спосіб життя.

Таблиця 3.1

Здоров'язберігальні ресурси освітнього середовища ВНЗ

Види здоров'я-зберігальних ресурсів	Форми і методи реалізації	Умови реалізації	Оцінка ефективності
Психолого-педагогічні ресурси			
Інформаційне забезпечення	Проведення освітньої роботи про взаємозв'язок фізичного, психологічного та духовного здоров'я людини в рамках вивчення дисциплін біологічного блоку	Створення чіткої системи міжпредметних зв'язків, що забезпечує координацію роботи всіх джерел інформації і пропаганди здорового способу життя	Підвищення у студентів стійкого інтересу до здорового способу життя
Організація навчального процесу	Проектування здоров'я-зберігального освітнього середовища	Забезпечення систематичності, безперервності здоров'язберігального процесу	Здоровий спосіб життя стає необхідним і важливим складовим компонентом в освітньому середовищі
Профілактика шкідливих звичок	Організація діяльності щодо протидії поширення наркоманії, зловживання алкоголем та профілактики девіантних явищ	Обґрунтованість педагогічних умов виховання звичок здорового способу життя	Відмова попередження від шкідливих звичок

Психологічні тренінги	В рамках програми проблемної групи «За»	Організація діяльності проблемної групи як	Формування і зміцнення психічного здоров'я,
-----------------------	---	--	---

Продовж. табл. 3.1

	здоровий спосіб життя	добровільної, відкритої, самокерованої, варіативної за своїм змістом	підвищення ресурсів психологічної адаптації особистості
Залучення студентів в здоров'я-зберігальну діяльність	Організація діяльності проблемної групи, проведення олімпіад, науково-практичних конференцій тощо	Загальнодоступність, різноманіття видів діяльності, креативність	Підвищення життєвого тону, посилення життєвої активності, цікаве дозвілля
Спортивно-оздоровчі ресурси			
Рухливі та спортивні ігри	Пропаганда цінностей здорового способу життя засобами оздоровчо-фізкультурної діяльності	Навчання студентів методам і формам пропаганди здорового способу життя засобами фізичної культури	Поліпшення фізичної підготовленості, залучення молоді до здорового способу життя через заняття фізкультурою і спортом
Загартовування	Загальновідомі методи і форми загартовування	Самостійність, систематичність, регулярність	Комплексний розвиток фізичних і психічних якостей, поліпшення показників гомеостазу, підвищення імунного механізму
Проведення спортивних свят	Організація спортивних змагань, туристичних походів та ін.	Заохочення фізичної активності, задоволення різноманітних інтересів і потреб молодих людей в фізкультурно-оздоровчій діяльності	Зростання свідомого ставлення до фізичної культури, розвиток таких якостей як: спритність, сміливість, наполегливість та ін.
Реабілітаційно-фізкультурні ресурси			
Профілактична фізкультура	Гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, дозована ходьба, плавання, масові форми оздоровчої фізкультури та ін.	Організація занять з лікувальної фізкультури, рівня сформованості здорового способу життя студентів	Проведення моніторингу показників фізичного розвитку і функціонального стану студентів за допомогою різних фізіологічних проб
Лікувальна гімнастика	Підбір спеціальних вправ з урахуванням форми захворювання, загального стану студента	Організація занять лікувальною гімнастикою в спеціально обладнаному залі за участю лікаря та інструктора-методиста	Використання різних функціональних проб і рухових тестів
Самостійні заняття фізичними вправами	Проводяться студентами, свідомо відносяться до виконання вправ (аутогенне тренування, самомасаж, дихальні вправи та ін.)	Комплекс фізичних вправ, складений фахівцем з лікувальної фізкультури з урахуванням захворювання та індивідуальних особливостей студентів	Відновлення втрачених функцій різних органів систем організму
Ритмопластичні вправи	Виконання вправ, під музичний супровід, з заданими ритмом і тональністю	В рамках програми проблемної групи «За здоровий спосіб життя»	Поліпшення загального стану, відновлення втрачених функцій організму

Ця умова включає сукупність методів, прийомів, засобів та технологій інформаційного, ціннісного і креативно-діяльнісного характеру в напрямку вирішення проблеми формування здорового способу життя студента.

Стратегію залучення студентів до формування ціннісного ставлення до здоров'я вивчали В. Бальсевич [29], В. Запорожченко [139], В. Ігнатова [155], Н. Краснопорова [203], Л. Лубишева [234], Л. Овчиннікова [274], В.Столяров [350] та ін..

Педагогічна стратегія формування здорового способу життя у студентів ВНЗ включає виховання ціннісного ставлення до нього. Як зазначає Л. Овчиннікова, «завдяки ціннісному ставленню в студента створюється стійка мотивація здорового способу життя, готовність і самоконтрольована активність у творенні свого здоров'я ...» [274, с.71].

Н. Краснопорова [203], В. Сорокіна [346] вважають, що така стратегія передбачає наявність мети, методів, прийомів і засобів досягнення етапів і передбачає здійснення певних педагогічних дій, що сприяють розумінню студентом значущості діяльності, спрямованої на самозбереження і самореалізацію в різних галузях, усвідомлення цінності здорового способу життя збагачення досвіду здоров'язберігаючої діяльності.

В. Ігнатова вважає цю стратегію адекватною реальній ситуації розвитку особистості студента, яка не суперечить його основним освітнім потребам, торкається основних сфер особистості (пізнавальної, емоційно-мотиваційної, діяльнісної) і передбачає комплекс заходів ознайомчого, рекомендаційного, підтримуючого характеру, спрямованих на досягнення мети та певного результату. За допомогою цієї стратегії формуються основні педагогічні засоби орієнтування: ознайомлення, звернення уваги, направленість, допомога, підтримка, активізація, адекватне оцінювання [155].

Педагогічна стратегія орієнтації студента на здоровий спосіб життя передбачає оволодіння особистістю певними способами здоров'язберігальної

діяльності, набуття і розвиток необхідних якостей, які сприяють організації та веденню здорового способу життя. Метою цієї стратегії є орієнтування студента на здоровий спосіб життя, обумовлений реальністю сучасного періоду розвитку суспільства і визначений як розвиток і становлення соціально адаптованої, здорової особистості, здатної до активної перетворюючої діяльності.

Здоров'язберігальна технологія, на думку І. Аносова [14], Т. Бойченко[51], Ю. Кобякова [188], О. Московченко [263], – це умови навчання особистості (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання і виховання); раціональна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог); відповідність навчального і фізичного навантаження віковим можливостям особистості; необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим.

Ми приймаємо позицію фахівців, які акцентують увагу на тому, що, визначаючи поняття «здоров'язберігальні технології», не слід обмежувати його розуміння як додаткові заняття фізичною культурою, використання нетрадиційних засобів фізичної культури, форм фізичного виховання, фізкультурних хвилинок тощо. Важливий показник – внесення і використання в системі елементів здоров'я, збереження і здоров'я формування в технології навчання за всіма галузями Державного освітнього стандарту.

З огляду на вищесказанездоров'язберігальну технологію визначаємо як здоров'язберігальну педагогічну діяльність, яка переводить виховання в життєзабезпечуючий процес, спрямований на збереження і примноження здоров'я студента.

Отже, поняття «здоров'язберігальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності закладу освіти щодо формування, збереження та

зміцнення здоров'я молоді.

В якості здоров'язберігальних технологій можуть бути технології гуманно-особистісного та особистісно-орієнтованого спрямування, фундаментом яких є особистісно-орієнтовані, антропологічні, валеологічні, гуманістичні концепції.

Як інноваційну здоров'язберігальну технологію Т. Шаповалова виокремлює біоенергетичну, що передбачає використання енергетики природних об'єктів (рослин, тварин, неживих предметів) з метою оздоровлення та гармонізації культурно-освітнього простору [393, с.111–114].

Учені О. Ващенко [72], С. Свириденко [326] виділяють такі типи технологій: здоров'язберігальні (профілактичні щеплення, забезпечення рухової активності, вітамінізація, організація здорового харчування); оздоровчі (фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, гартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, артотерапія); технології навчання здоров'ю (включення відповідних тем до предметів загальноосвітнього циклу); виховання культури здоров'я (факультативні заняття з розвитку особистості учнів, позакласні і позашкільні заходи, фестивалі, конкурси, тощо).

Вищенаведені технології можуть бути представлені в ієрархічному порядку за критерієм суб'єктного залучення студентів до процесу навчання: позасуб'єктні технології раціональної організації освітнього процесу, технології формування здоров'язберігального освітнього середовища, організація здорового живлення; технології, що припускають пасивну позицію студента: фітотерапія, масаж, офтальмотренажери тощо; технології, що базуються на активній суб'єктній позиції студента: різні види гімнастики, технології навчання здоров'ю, виховання культури здоров'я.

Л. Антонова [16], Є. Мітіна [254], Н. Смірнов [339] розробили таку класифікацію здоров'язберігальних технологій: за характером діяльності ці

технології можуть бути як часткові (вузькоспеціалізовані), так і комплексні (інтегровані); за напрямом діяльності серед часткових здоров'язберігальних технологій виділяють: медичні (технології профілактики захворювань; корекції і реабілітації соматичного здоров'я; санітарно-гігієнічної діяльності); освітні, що сприяють здоров'ю (інформаційно-повчальні і виховні); соціальні (технології організації здорового і безпечного способу життя; профілактики і корекції девіантної поведінки); психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистого й інтелектуального розвитку).

Комплексними здоров'язберігальними технологіями автори визначають: технології комплексної профілактики захворювань, корекції і реабілітації здоров'я (фізкультурно-оздоровчі і валеологічні); педагогічні технології, що сприяють здоров'ю; технології, що формують здоровий спосіб життя.

Н. Борейко виокремлює такі групи здоров'язберігальних технологій: профілактичні, які спрямовані на підвищення резистентності та адаптаційних механізмів організму студентів; фізкультурно-оздоровчі – фізичний розвиток і зміцнення здоров'я; спортивно-дозвільні – залучення до спортивної діяльності збільшення рухової активності; освітні – формування культури здоров'я, ціннісного ставлення до здорового способу життя, навичок зберігання здоров'я. Також засобами забезпечення здоров'язберігальних технологій автор вважає прийоми забезпечення емоційної комфортності та позитивного психологічного самопочуття студентів та викладачів у процесі навчального і позанавчального спілкування [56, с.17].

До цієї класифікації типів здоров'язберігальних технологій можемо додати: інформаційні, які формують уявлення про засоби і способи організації раціональної здоров'язберігальної життєдіяльності; діагностичні, оцінка та прогнозування стану здоров'язберігального середовища і його

учасників. За цією класифікацією, вищезазначені здоров'язберігальні технології використовують для орієнтації освітнього процесу на формування духовно-моральної, професійної та валеологічної культури особистості; перетворення ціннісних уявлень у перевірені на особистісному досвіді значущі мотиви соціально-професійної поведінки тощо.

Ці технології, як вважають О. Ващенко [72], С. Свириденко [326], реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загальнонавчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти; виховання культури здоров'я – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

Отже, науковці під здоров'язберігальними технологіями пропонують розуміти: сприятливі умови навчання (без стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог); необхідний достатній та раціонально організований руховий режим.

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язберігальних технологій дає нам можливість узагальнити їх до таких видів:

- захисно-профілактичні: спрямовані на захист учасників навчально-виховного процесу від несприятливих для здоров'я впливів (дотримання санітарно-гігієнічних вимог, проведення щеплень та ін.);

- компенсаторно-нейтралізуючі: використовують для нейтралізації негативного впливу чинників зовнішнього середовища (адекватний руховий режим, вітамінізація та оптимізація харчового раціону та ін.);

- стимулюючі технології: дозволяють активізувати власні ресурси організму (традиційні та нетрадиційні техніки загартовування, фізичні навантаження);

- інформаційно-навчальні: покликані забезпечити рівень освіченості з питань здоров'я.

Інформаційно-навчальні технології поділяють на:

- організаційно-педагогічні як технології оптимальної організації навчального процесу і фізичної активності студентів, визначають структуру навчального процесу, що сприяє запобіганню перевтоми, гіподинамії та інших дезадаптивних станів;

- психолого-педагогічні технології: пов'язані з роботою педагога під час аудиторних занять протягом уроку;

- навчально-виховні технології як технології, що забезпечують гігієнічно оптимальні умови освітнього процесу, включають програми, спрямовані на навчання грамотної турботи учнів про своє здоров'я, мотивацію їх до здорового способу життя, на попередження шкідливих звичок, освіти батьків та ін.

Основною їх метою є: зміцнення психологічного здоров'я молоді; проведення психологічного розвантаження; групова психокорекція; індивідуальне психологічне консультування, навчання прийомам психосаморегуляції; навчання стратегії і тактики міжособистісних відносин, здійснення рухової активності, завданням якої є корекція порушень постави; зміцнення серцево-судинної і дихальної систем за допомогою виконання дозованих навантажувальних вправ; зміцнення м'язів, розвиток гнучкості тіла; навчання спортивних оздоровчих технологій.

Прикладом таких технологій є: психогімнастика, прогулянки на природі, арт-педагогіка, кольоротерапія, музикотерапія, ігрова терапія, емоційний комфорт (куточки настрою, дні радості), соціальна адаптація,

сімейне консультування. Прикладом технології рухової активності є: адресні комплекси корегуючої фізичної гімнастики; комплекси дихальної гімнастики; заняття на тренажерах; пальчикова гімнастика тощо. Прикладом інших здоров'язберігальних технологій є: фітотерапія; ароматерапія; вправи для очей, спрямовані на зміцнення і розслаблення м'язів ока; фізіотерапія; оздоровлення методами лазерної, електромагнітної, електроімпульсної стимуляції; «сенсорна кімната» (організоване середовище, в якому можна сконцентруватися на сприйнятті окремих відчуттів).

Для досягнення мети здоров'язберігальних освітніх технологій пропонуємо застосовувати такі групи засобів:

- інформаційні (використання засобів мультимедіа: презентації PowerPoint, розвиваючі предметні комп'ютерні ігри, відеоролики, фотографії, слайд-шоу),

- рухової спрямованості (фізичні вправи, фізкультхвилинки, динамічні перерви, лікувальна фізкультура, рухливі ігри та ін.);

- оздоровчої сили природи (сонячні та повітряні ванни, водні процедури, фітотерапія, інгаляція, вітамінотерапія та ін.);

- гігієнічні (виконання санітарно-гігієнічних вимог; особиста та загальна гігієна, дотримання режиму дня і режиму рухової активності, режиму харчування та сну тощо).

Інформування студентів про здоровий спосіб життя здійснюється за допомогою методів кооперативного (спільного) навчання, спрямованого на перехід від пасивної форми сприйняття інформації до активної і яке забезпечуються суб'єктивним характером взаємодії викладача та студента. Використання цих методів дозволяє залучити базові характеристики особистості студента: здатність до пізнання і самопізнання, ціннісні відносини. Крім того, вони сприяють переоцінці студентами значення власної життєдіяльності, здійснення потреби в досягненні, визнанні,

реалізації своїх різноманітних здібностей, зокрема щодо зміни способу життя.

Систематичний вплив на організм та психіку студентів може бути успішним лише за умови доцільного використання методів здоров'язберігального впливу, тобто шляхом застосування методів здоров'язберігальних освітніх технологій. До таких методів належать: специфічні та загально-педагогічні. Серед специфічних методів на основі існуючої педагогічної практики можна виокремити такі: розповідь, лекція, диспути, зустрічі, демонстрація, ілюстрація, відеометод вправи, практичний метод, ситуативний метод, ігровий метод, активні методи навчання, валеологічні конференції тощо, що сприяють активізації емоційної сфери особистості.

Під час реалізації здоров'язберігальних освітніх технологій пропонуємо застосовувати такі прийоми: профілактично-захисні (особиста гігієна та гігієна навчання); компенсаторно-нейтралізуючі (фізкультхвилинки, оздоровча, пальчикова, дихальна, коригуюча гімнастики; масаж, психогімнастика та ін.); стимулюючі (елементи загартування, фізичні навантаження, прийоми психотерапії та фітотерапії); інформаційно-навчальні (листи, адресовані батькам, учням, студентам, педагогам).

Залежно від рівня валеологічних знань, ціннісних орієнтацій, фізичного стану, самопочуття, медичних показників, студенти мають можливість вибору форм і методів. Йдеться про те, що на основі обліку індивідуальних особливостей студентам підбирають найбільш доцільний для кожного вид фізичної активності й дають рекомендації про кращі форми занять фізичною культурою. Тому до другої умови формування установок до здорового способу життя відносимо диференційовану методіку занять з фізичного виховання. Для проведення занять з фізичного виховання всіх студентів у кожному вищому навчальному закладі розподіляють за групами: основна,

спеціальна і спортивна. Розподіл проводиться на початку навчального року з урахуванням статі, стану здоров'я (медичного висновку), фізичного розвитку, фізичної і спортивно-технічної підготовленості, інтересів студентів.

Аналіз наукових джерел показав, що формування здорового способу життя студентської молоді частіше пов'язують з фізичним вихованням, у процесі якого студент опановує систему знань про здоровий спосіб життя, актуалізує ціннісне ставлення до нього, проявляє активність у збереженні здоров'я (В. Бальсевич [29], В. Запорожченко [139], Л. Лубишева [234], В.Столяров [350]).

Тому реалізація умови орієнтування студента на здоровий спосіб життя здійснюється переважно в рамках фізичного виховання. Оптимальне поєднання змісту базового і варіативного компонентів програми дисципліни «Фізична культура» ми пов'язуємо з інформуванням студента про здоровий спосіб життя. Осмислення, усвідомлення та набуття особистісних смислів у будь-якій сфері життєдіяльності, на думку педагогів і психологів, суттєво змінюється завдяки цілеспрямованій роботі з інформацією. Це і становить змістове наповнення цієї умови, яке в практичній педагогічній діяльності співвідноситься з етапом ознайомлення.

Вибір форм і методів організації діяльності студентів на етапі збагачення відповідними знаннями включає консультації педагога, участь студентів у фізкультурно-оздоровчих, культурно-масових заходах, дозвілля, інші форми роботи, все це сприяє їх залученню до здоров'язберігальної діяльності, збагаченню креативно-діяльнісного досвіду, прояву активності й самостійності в організації власного здорового способу життя.

Сьогодні вищі навчальні заклади готові впроваджувати сучасні соціально-педагогічні технології, популярними серед яких є навчання та виховання за допомогою тренінгу. Питанням використання тренінгових форм у роботі соціального педагога присвячено дослідження О. Безпалько [30].

Тренінг є найбільш популярною формою превентивної роботи останніх років, зокрема, такий його різновид, як просвітницький. Просвітницький тренінг створює умови для самостійної діяльності особистості та набуття знань, побудови логічних висновків. Навчання в рамках просвітницького тренінгу дозволяє учасникам обмінюватись один з одним інформацією і висловлювати власну думку, говорити і слухати, приймати рішення, обговорювати і спільно вирішувати проблеми; розвиває особистісні та соціальні навички, формує установки здорового способу життя.

Визначено, що найпопулярнішими формами роботи з формування здорового способу життя в молодіжному середовищі є молодіжні лекторські групи (робота за методикою «рівний-рівному», що покращує сприйняття інформації в молодіжному середовищі), спікерські бюро (профілактична діяльність серед молоді), інтерактивні ігрові форми (ігрова програма, інтерактивна акція, ток-шоу, гра станціями тощо), інтелектуально – пізнавальні форми (варіанти телевізійних програм «Що? Де? Коли?», «Слабка ланка» тощо), художньо-прикладні форми (конкурси малюнка, виставки квітів, захист технічних проектів тощо).

У результаті реалізації цієї стратегії відбувається усвідомлений вибір ціннісних орієнтацій, напряду становлення особистості, самореалізації в професійному та культурному житті. Таким чином, особливості студентського віку і сутнісні характеристики педагогічної стратегії орієнтування дозволяють розглядати цю стратегію в контексті здорового способу життя і включати студента як суб'єкта в здоров'язберігальну діяльність.

Тільки об'єднавши всі окремі підходи в єдине ціле, можна створити оздоровче освітнє середовище, де будуть реалізовані ідеї здоров'язберігальної педагогіки.

Третя педагогічна умова – активізація свідомого оволодіння

студентами досвідом здоров'язбереження є логічним продовження перших двох і передбачає збагачення студентів досвіду здоров'язберігальної діяльності, вибір відповідних педагогічних дій, способів організації діяльності студента. Збагачення досвіду здорового способу життя студента розуміємо як сукупність педагогічних дій з оволодіння різноманітними способами формування та ведення здорового способу життя і включення їх в свій спосіб життя.

Активізацію діяльності по здоров'язбереженню у вищих навчальних закладах розглядаємо як сукупність матеріальних, педагогічних і психологічних факторів дійсності вищого навчального закладу, що спонукають суб'єктів освітнього процесу до професійно-особистісного розвитку та саморозвитку. Подібне формулювання відрізняється високим ступенем узагальнення, що дозволяє вважати фактором будь-який елемент освітнього середовища (об'єкт, предмет, суб'єкт, процес), що здійснює вплив на активність студентів.

Створення індивідуальної моделі здорового способу життя студента з урахуванням його особистісних особливостей може бути важливим кроком у самоорганізації здорового способу життя (від зовнішнього контролю до внутрішнього самоконтролю), становленні самосвідомості та активної життєвої позиції на основі виховання і самовиховання, формування відповідальності за своє здоров'я, життя і здоров'я інших людей. Цю модель, на думку В. Ігнатової, студент самостійно розробляє і демонструє викладачу як самостійну роботу [155].

Активне збереження, відновлення і зміцнення здоров'я студентської молоді, надання допомоги в реалізації потенціалу здоров'я молоді для успішного навчання, ведення активного виробничого, соціального та особистісного життя, спрямованого на зниження захворюваності та інвалідизації, поліпшення якості життя, підвищення адаптаційних

механізмів; реалізацію внутрішньої гармонії фізичного, психічного, духовного стану людини, а також гармонії з екологічної та соціальної середовищем; відповідальність молоді людини за своє здоров'я і здоров'я своїх близьких забезпечується реалізацією комплексного підходу на відміну від нормативного підходу в побудові навчального процесу, коли на чільне місце ставлять не особистість студента, а його показники, які характеризуються лише контрольованими нормативами.

Сучасні науковці до змісту активізації діяльності з формування мотивації до здорового способу життя зараховують такі види діяльності: аналіз і підбір ресурсів; підбір персоналу; вивчення ситуації; навчання; вулична робота; організація, підтримка груп взаємодопомоги, клубів, гуртків; інформування.

Для активної діяльності, спрямованої на формування здорового способу життя, важливе значення має такий вид діяльності, як вивчення ситуації. Ця діяльність передбачає проведення різноманітних досліджень, спрямованих на виявлення особливостей молодіжного середовища, негативних та позитивних його явищ, особливостей впливу різноманітних подій з різноманітних галузей життя на студентів. Також вивчають особливості впровадження різноманітних профілактичних програм та їх функціонування з метою виявлення та подальшого усунення недоліків, або вдосконалення цих програм. Велике значення для формування здорового способу життя має навчання.

У сучасній практиці активізації діяльності використовують такі організаційні групові та масові форми роботи: ігротеки, дискотеки, вуличний театр, мітинг, вулична хода, робота виїзного пункту соціальної підтримки (консультування), рейди тощо.

Організація, підтримка груп взаємодопомоги, клубів, гуртків також має значення для забезпечення успішності активної роботи, спрямованої на

формування мотивації до здорового способу життя. Основний спосіб проведення часу в цих групах – розповідь когось із учасників про свої проблеми й одержання підтримки від інших членів групи.

Інформування у процесі здійснення активної роботи, орієнтоване на формування здорового способу життя передбачає рекламно-видавничу діяльність, спрямовану на створення соціальної реклами різних видів, а також буклетів, брошур, посібників з проблеми, що стосується здорового способу життя.

Отже, як зазначають дослідники (Е. Бондаревська [54], Г. Селевко [328] та ін.), активізація діяльності в напрямку формування у студентів установок до здорового способу життя залежить від особистісно-орієнтованого навчання, що пов'язане з формуванням нового типу мислення й нових способів перетворення дійсності.

Аналіз досліджень у сфері особистісно-орієнтованого підходу дозволяє сформулювати ряд положень, які можуть бути застосовні для активізації процесу формування установок до здорового способу життя.

Перше положення стосується переосмислення сутності й призначення знаннєвого підходу. Насамперед це стосується становлення людини, знаходження неповторної індивідуальності, духовності, творчого початку [54, с.12], де знання, навички й уміння є засобами цього становлення [406, с.5]. При цьому формування здорового способу життя кваліфікують як елемент життєтворчості.

Друге положення стосується ставлення педагога до студентів, як до самостійних суб'єктів, здатних учитися не за примусом, а за власним бажанням і вільним вибором, що в подальшому допоможе зробити правильний вибір способу життя та підтримувати його.

Третє положення пов'язане з функціями здорового способу життя, яке має безпосереднє відношення до його формування, тому що суть полягає у

збереженні й відновленні тілесного й духовного здоров'я людини, сенсу життя, моральності.

Четверте положення стосується змісту здорового способу життя, що має включати такі обов'язкові компоненти: когнітивно-цільовий, мотиваційно-ціннісний, регулятивно-діяльнісний.

П'яте положення стосується педагогічних технологій забезпечення формування ціннісних установок до здорового способу життя.

Шосте положення стосується побудови відповідної навчальної програми, яка має бути розвивальною. Звідси й зміна пріоритетів: від формування знань, умінь, навичок до об'єднання умов для розкриття суб'єктивного досвіду студента, його природної психічної активності як особистості (звідси термін «особистісно-орієнтована програма»).

Тут суб'єктивний досвід означає досвід життєдіяльності, що здобуває людина до моменту навчання в конкретних умовах родини, соціокультурного оточення, у процесі сприйняття й розуміння нею світу людей і речей [328, с.9]. Залежно від різних аспектів і джерел набуття його ще називають особистим, власним, індивідуальним, минулим, життєвим, стихійним тощо. Усі терміни фіксують належність досвіду конкретній людині без оцінки його істинності, науковості, несуперечності з позиції суспільно-історичного пізнання.

Позааудиторна робота не обмежена часовими межами, чітко не регламентована формами та методами, дає можливість: створити умови для реалізації студентами своїх здібностей, нахилів, соціально-громадської активності; реалізувати самоврядування як ефективну форму соціально-громадської діяльності; посилити мотивацію навчання.

Види позааудиторної роботи можна умовно поділити на два напрямки, які викладачі вважають найбільш перспективними. Перший напрям – залучення студентів до наукової роботи. Другий напрям – це

загальнокультурні заходи, що мають відношення до конкретного предмету чи спеціальності взагалі. Ці заходи можуть бути організовані як офіційно адміністрацією ВНЗ, так і за ініціативою учасників у рамках клубу чи студентських об'єднань [357, с.12].

Говорячи про таку якість, як усвідомлення, зазначимо, що люди можуть по-різному усвідомлювати проблеми, що стосуються здоров'я, та шляхи їх вирішення. Тому в активізації діяльності з формування мотивації до здорового способу життя сприяння усвідомленню проблеми є важливою умовою для того, щоб людина прийняла рішення стосовно власної поведінки у формуванні навичок здорового способу життя.

Така якість, як ставлення, може відігравати значну роль у зміні поведінки. Ставлення людини до здоров'я може впливати як на пошук інформації, так і на її поведінку, спрямовану на зміцнення здоров'я.

Формами, які забезпечують процес формування суб'єктивного досвіду з організації здоров'язберігальної життєдіяльності, є створення індивідуальних програм самовдосконалення. У системі засобів провідну роль відіграють логіко-змістовні, ігрові, навчальні тренінги, що сприяють актуалізації спонукань до здорового способу життя. Ситуації засвоєння валеологічних знань і вмінь актуалізують самостійно-пошукову, розумову діяльність студентів з проблем здорового способу життя. Ситуації самопізнання активізують рефлексивну діяльність студента за його виробленні, а також особистісних якостей, зразків поведінки, способів взаємодії, діяльності тощо. Практико-імітаційні ситуації стимулюють реалізацію валеологічних знань і вмінь на практиці в умовах моделюючих типові риси майбутньої професійної діяльності. Ціннісно-пізнавальні ситуації, спонукають до вироблення ціннісних орієнтації цільових установок у майбутній професійній діяльності з позиції здорового стилю життя. Ситуації саморегуляції, спонукають до корекції способу життя з позиції

здорового стилю життя, що вимагають прояви волі, самостійної постановки мети, підбору засобів для її досягнення. Ситуації самореалізації, стимулюють до самовираження в ході рішення валеологічних проблем, спонукають студентів до прояву власної думки, власної оцінки пропонованої інформації щодо здорового стилю життя. Ситуацій успіху забезпечують створення умов для досягнення студентами значущих результатів та їх усвідомлення у професійній та валеологічній діяльності. Евристичні та проблемні ситуації, впливають на розвиток творчого мислення та рефлексивного процесу з професійно-творчої орієнтації [64, с.81].

Усі вони сприяють формуванню вмій, навичок самостійної роботи, знаходженню способів прийняття нестандартних рішень, виходу за нормативні рамки діяльності та мислення, отриманню життєвого досвіду здоров'язбереження. Останній починає складатися задовго до початку навчання студента у ВНЗ, постійно оновлюється, перебудовується й супроводжує людину все життя, що І. Свиніна ототожнює із триваючим живим досвідом, який запам'ятав унікальний процес розвитку особистості [325, с.28].

Проблеми утворення життєвого досвіду особистості досліджували А. Белкін [36], О. Коган [189], Ю. Сенько [330], І. Якиманська [406]. Під життєвим досвідом науковці розуміють самобутній, неповторний синтез умінь, навичок, емпіричних знань й оцінок, вражень, почуттів й інших актів і станів, здійснюваних упродовж індивідуального людського життя і спрямованих на вирішення його проблем.

Під досвідом здоров'язбереження розуміємо валеологічну інформацію, одержану людиною в процесі життєдіяльності у вигляді знань, фактів, спостережень, почуттів, учинків, а також висновків, до яких вона приходять у результаті аналізу, самоаналізу й оцінки цієї інформації, що становить для неї цінність і надовго зберігається в пам'яті.

Таким чином, опора на життєвий досвід особистості слугує способом перетворення освітніх знань у цінність.

Процес переходу вітагенної інформації у вітагенний досвід, на думку А. Белкіна, проходить такі стадії: перша стадія – первинне (недиференційоване) сприйняття інформації, друга стадія – оцінно-фільтрувальна: визначення значимості інформації у філогенезі, а потім в онтогенезі, відсівання непотрібної інформації; за допомогою емоційно-інтелектуального фільтра, третя стадія – настановна: стихійне або осмислене створення установки на запам'ятовування отриманої інформації, строки зберігання якої визначаються її життєвою значимістю, практичною спрямованістю, і рівнем її засвоєння: операційним (установка на слабе запам'ятовування), функціональним (установка на більш тривалий термін зберігання інформації) і базовим (установка на тривале запам'ятовування) [36, с.28].

Отже, нами виокремлено і обґрунтовано педагогічні умови, які в сукупності забезпечують і реалізують процес формування установок до здорового способу життя студента в процесі його навчання у вищому навчальному закладі. В сукупності педагогічні умови торкаються когнітивної сфери особистості студента (сприяють усвідомленому ставленню до свого способу життя, усвідомленню значущості здорового способу життя у професійній діяльності, актуалізації потреби в ньому), мотиваційно-ціннісну (сприяють ціннісному прийняттю здорового способу життя) і дієво-практичну (сприяють реалізації потреби в здоровому способі життя в процесі професійного становлення, збагаченню досвіду і залученню до нього). Разом з тим, формування аксіологічних установок до здорового способу життя за допомогою даних умов припускає взаємодію педагога і студента на основі гуманістичних цінностей співробітництва.

Поетапна реалізація педагогічних умов формування аксіологічних

установок до здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів

Процес формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів постає в послідовності етапів, що реалізують логіку його розвитку від ситуативних проявів на початковому етапі до становлення і закріплення на подальшому етапі та до сталого функціонування на заключному.

Він вимагає спеціально організованої, цілеспрямованої взаємодії педагогів і студентів, спрямованої на вирішення валеологічних завдань у побудові здорового способу життя та побудованої на основі здоров'язберігаючих технологій.

Кожен етап процесу формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів має відмінні риси, мету, відповідні методи та прийоми їх реалізації.

Реалізація мети **організаційно-інформаційного** етапу була пов'язана з розв'язанням завдань, спрямованих на усвідомлення здорового способу життя як цінності, орієнтованих на програмний матеріал навчальних дисциплін «Фізична культура», «Екологія людини», «Безпека життєдіяльності», «Основи здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу», «Основи медичних знань».

Вирішення цих завдань пов'язано з реалізацією репродуктивних завдань ціннісного характеру: «Здоровий спосіб життя – джерело професійної досконалості», «Чи необхідний здоровий спосіб життя для будь-якої професії?», що передбачало використання проблемного викладу, узагальнень, бесід, лекцій, семінарських занять тощо.

Під час вивчення дисциплін «Екологія людини» (тема «Оцінка впливу шкідливих чинників на здоров'я людини»), «Безпека життєдіяльності» (тема «Екологічна та хімічна безпека») студентам було запропоновано простежити наслідки виробничої діяльності людини, визначити негативні фактори, які можуть вплинути на стан життя і здоров'я, визначити наслідки

несприятливих умов роботи і запропонувати свої заходи для їх зменшення.

Окреме місце в системі завдань ціннісного характеру організаційно-інформаційного етапу процесу формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів було відведено завданням, спрямованим на формування уявлень студентів про те, що таке цінність здорового способу життя у професійній діяльності. Велика частина цих завдань орієнтована на вивчення наступних тем: «Забезпечення комфортних умов життєдіяльності»; «Вплив негативних чинників на людину і техносферу» (дисципліна «Безпека життєдіяльності»), «Онкологічні захворювання та їх зв'язок з екологічними особливостями навколишнього середовища» (дисципліна «Екологія людини»), «Фізична культура і спорт у способі життя людини», «Спосіб життя студентів і його вплив на здоров'я» (дисципліна «Фізична культура»). Студентам були запропоновані запитання: Що таке цінність здорового способу життя у професійній діяльності? Які характеристики людини є необхідними для ведення здорового способу життя?. Ці проблеми запропоновані студентам як основа для роздумів. Ось наприклад, одна з відповідей: «Цінність – те, що за встановленими суспільством критеріям визнається значущим, важливим і корисним для людей. Без неї людина відчуває незручність, а в інших випадках не може обійтися взагалі».

Організаційно-інформаційний етап був спрямований на підготовку студентів до самостійної організації здоров'язберігальної життєдіяльності. Його завдання – заповнити дефіцит знань, уявлень про здоровий спосіб життя, опанувати вміннями, навичками включення в нього; сприяти розвитку особистісного усвідомлення значущості здорового способу життя для продуктивної самореалізації та успішної професійної діяльності.

Для вирішення поставлених завдань найбільш дієвим виявилася розроблена програма спецсеминару з формування ціннісного ставлення до здорового способу життя під час вивчення дисципліни «Основи здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу» (Додаток М). Тематикою для

проведення спецсемінару обрано: поняття про здоров'я та здоровий спосіб життя; фактори, що впливають на здоров'я; спосіб життя і здоров'я; стан здоров'я сучасної людини; медична активність і здоров'я; спадковість і здоров'я; людина в потоці інформації; концепції та основні складові здорового способу життя; психофізичні основи здоров'я; харчування і здоров'я; фізична культура в режимі здорового способу життя; біологічні ритми і здоров'я; праця і здоров'я; основи статевого виховання; планування сім'ї; профілактика різних захворювань; діагностика стану і ступеня здоров'я у юнаків та дівчат; основи профілактики хвороб і шкідливих звичок; хвороби цивілізації та їх профілактика; профілактика куріння, алкоголізм та його профілактика; профілактика наркоманії та токсикоманії; системи оздоровлення та самовдосконалення; дихальна гімнастика в практиці загального оздоровлення; загартування; оздоровчі системи харчування; оздоровча робота у ВНЗ.

Для досягнення найбільшої ефективності в реалізації практичної частини вивчення означеної тематики студенти експериментальної групи були розподілені на три тренінгові групи. З перших занять їм було надано загальну інформацію про попередні результати досліджень їх способу життя, стану соматичного здоров'я, ставлення до нього. Обговорюючи отримані результати, багато студентів визнали існування проблем, пов'язаних зі здоров'ям і способом життя, і пропонували шляхи їх вирішення. Більшість пропозицій зводилася до поліпшення зовнішніх умов: зменшення годин навчального навантаження, оновлення інвентаря спортивного залу та студентських аудиторій, поліпшення якості харчування у студентській їдальні, відсутність консультаційної допомоги фахівців з організації здорового способу життя, брак вільного часу на заняття спортом, виконання ранкової зарядки. Менша частина студентів звернула увагу на зміну внутрішніх умов, що залежать від них самих, таких як: зміна усталеного способу життя не відповідає валеологічним принципам, подолання залежності від шкідливих звичок, ліквідація відсутності знань про способи,

засоби організації здорової життєдіяльності. Непопулярність останньої точки зору студентів, пов'язана з необхідністю самозміни, внутрішньою психологічною та психофізіологічною перебудовою свого організму, ставлення до себе, свого здоров'я, ломкою стереотипів, звичок. Підводячи підсумки дискусій з пошуку рішень ситуацій, студентам було запропоновано включитися в організацію здорового способу життя, наведені доводи обґрунтовують користь його організації, розкривають сутність і зміст, поетапний процес його створення.

Під час формування ціннісних установок до здорового способу життя здійснювався комплексний розвиток його компонентів. Розвиток когнітивно-цільового компонента здійснювався за допомогою заповнення дефіциту знань, уявлень про здоров'я, його багатогранність і значущість для поліпшення якості життя, досягнення успіху у сферах життєдіяльності особистості, а також формах, методах і засобах організації здоров'язберігаючої діяльності, постановки проблемних завдань, що вимагають їх творчого вирішення. На заняттях кожен для себе визначав місце здоров'я серед ціннісних пріоритетів. Прикладом прояву творчості є вдосконалення та створення нових форм, засобів, методів організації фізичної активності, дозвільної діяльності при плануванні індивідуальної програми із самовдосконалення. Формування мотиваційно-ціннісного компонента здійснювалося шляхом розвитку вольових якостей особистості, управління емоціями, вчинками, студенти навчалися керувати своїм психічним і психофізіологічним станом. З цією метою ми проводили психотехніки релаксації, аутотренінгу спрямовані на концентрацію волі на ціль та ін. Усвідомлення здоров'я як цінності, здатність керувати своїми переживаннями і вчинками забезпечують розвиток емоційно-вольової сфери особистості. Розвиток регулятивно-діяльнісного компонента пов'язаний із визначенням мети і плануванням діяльності. Цілепокладання забезпечує передбачення кінцевого результату діяльності, зосереджуючи сили на його досягненні. Планування діяльності сприяє розподілу часу і сил, організує

самого студента, який заздалегідь накреслює перелік необхідних дій на певний термін, вибір засобів, методів, форм їх реалізації. На практичних заняттях студенти щодня практикувалися в постановці короткострокових і довгострокових цілей планували власний розпорядок дня з обґрунтованими вимогами до його організації.

Одним із засобів комплексного розвитку когнітивно-цільового, мотиваційно-ціннісного, регулятивно-діяльнісного компонентів особистості були фізкультурно-спортивні заняття. На заняттях відпрацьовувалася техніка правильного використання фізичних вправ, їх підбір з урахуванням індивідуальних особливостей, складання індивідуального раціону харчування. Особливу увагу приділяли розвитку здібностей до самоконтролю за фізичним та психоемоційним станом. Проведено навчання техніці вимірювання артеріального тиску за допомогою медичного тонометра, підрахунку пульсу і частоти дихальних рухів. Всі показники записували у власні щоденники.

До завершення цього етапу більшість студентів були готові до самозміни, самостійного проектування своєї життєдіяльності, бо мали навички самостійного проектування розпорядку дня, організації фізичної активності, самодіагностики, складання раціону харчування та ін. Однак ці навички в них ще розрізнені, вимагалось їх об'єднати, щоб навички переросли в уміння і служили загальним завданням, єдиній меті. Тому студентам було запропоновано створити індивідуальну програму, де всі дії були б спрямовані на досягнення єдиної мети – самовдосконалення. Для прикладу показано розроблену індивідуальну програму з фізичного самовдосконалення:

I етап: самопізнання (збір і обробка даних): персональна характеристика (фізичний стан: ЧСС, час відновлення пульсу після навантаження, вага, м'язова сила, стан опорно-рухового апарату, інформація про хронічні захворювання); стан психіки (рівень емоційно-вольового настрою, виявлення біоритму); характеристика змістових елементів способу

життя (рухова активність: вид (ранкова гімнастика, розминки, прогулянки біг), загальна кількість часу, відведено на рухову активність на добу, ліміт у годинах навчального та вільного часу); сон (час сну, стан після сну); харчування (прийом харчування, якість харчування); комунікативна сфера: (задоволення комунікативними зв'язками).

II етап: самоусвідомлення (усвідомлення проблеми з подальшою постановкою мети).

III етап: самозміна (висування вимог до себе і до свого способу життя: психоемоційний настрій на прийняття змін, усвідомлення необхідності змін, готовність до подолання труднощів, ломка стереотипів, колишніх звичок і засад; підвищення якості елементів способу життя: а) планування рухової активності (комплекс вправ з фізичної та психологічної підготовки, підбір засобів та режиму тренування, видів рухової активності, форм дозвілля); б) поліпшення якості сну (алгоритм дій по підготовці до сну); харчування: підбір раціону харчування, розрахунок добового змісту кілокалорій; контроль за психоемоційним станом (вибір засобів і методів психологічного розвантаження); оптимізація міжособистісних контактів у комунікативній сфері (спортивні змагання, спільне хобі, туристичні походи, вечірки).

IV етап: самоконтроль (для узагальнення визначення сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів було представлено інтегративно-узагальнююче заняття з теми: «Здоров'я – базова складова здорового способу життя» (в рамках навчальні дисципліни «Фізична культура», «Основи валеології», «Основи медичних знань», «Безпека життєдіяльності», «Екологія людини»).

На занятті студентам було запропоновано ще раз обговорити сутність поняття «цінність здорового способу життя у професійній діяльності», з'ясувати, в чому полягає цінність здорового способу життя, чим зумовлено її актуальність. Обговорювалося питання: «Чи цінний здоровий спосіб життя для професії і вас особисто?»

Після цього студентам було запропоновано дискусію на тему

«Здоровий спосіб життя – важлива складова сучасного суспільства», де студенти зясовували, на кому лежить відповідальність за реалізацію здорового способу життя.

Отже, реалізація цілей організаційно-інформаційного етапу пов'язана зі специфікою створюваних особистісно-значущих педагогічних ситуацій, що допускають вирішення завдань ціннісного характеру, спрямованих на усвідомлення здорового способу життя як цінності.

Оцінювально-діагностичний етап включав виявлення рівнів сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів, що передбачало вирішення завдань, спрямованих на «відкриття» студентом особистісного сенсу цінності «здоровий спосіб життя», тобто усвідомлення особистісної і суспільної значущості цінності здорового способу життя.

На цьому етапі ми застосовували частково-пошукові завдання ціннісного характеру: «Чи можуть існувати люди без ведення здорового способу життя?» У контексті досліджуваної проблеми акцентували на окремих її аспектах, зокрема що є здоровий і нездоровий спосіб життя. Частково-пошукові завдання ціннісного характеру орієнтовані на програмний матеріал навчальних дисциплін «Фізична культура», «Основи валеології», «Основи медичних знань», «Безпека життєдіяльності», «Екологія людини».

Опорними темами цього етапу були: «Завдання охорони навколишнього середовища для здоров'я людини», «Вода як фактор здоров'я» (дисципліна «Екологія людини»); «Класифікація основних форм діяльності людини» (дисципліна «Безпека життєдіяльності»), «Оцінка впливу шкідливих факторів на здоров'я людини» («Основи медичних знань»); «Ціннісний потенціал фізичної культури і спорту як основа формування фізичної культури особистості» (дисципліна «Фізична культура»), «Валеологічне виховання» («Основи валеології»).

Вирішення частково-пошукових завдань ціннісного характеру

передбачало використання проблемного викладу, евристичної узагальнюючої бесіди, диспуту, міркування. Особливе місце на оцінювально-діагностичному етапі відводилося виконанню практичних завдань та обговоренню отриманих результатів. Наприклад, всім відомо, що поняття «стрес» включає в себе спектр станів особистості, викликаних безліччю подій: від поразок чи перемог до творчих переживань і сумнівів. Стрес особистості – стан загальної напруги організму, що виникає в результаті різних причин. Фізіологічний механізм виникнення стресу полягає в тому, що при першій небезпеці сигнали з мозку приводять тіло в стан необхідності діяти. Надниркові залози продукують адреналін, норадреналін і кортикоїди. Ці хімічні елементи приводять організм у стан підвищеної активності на короткий проміжок часу, однак, якщо залози виробляють їх протягом довгого часу, можуть виникнути негативні наслідки. Кров відходить від шкіри до мозку (підсилює його активність), а також до м'язів, готуючи їх до дії. Ця ланцюгова реакція розгортається дуже швидко, і якщо вона запускається як відповідь на одиничну екстремальну ситуацію, то не тягне за собою ніяких згубних наслідків.

Які Ваші враження від прочитаного? Доведіть, у яких випадках стрес не небезпечний. У яких ситуаціях стрес призводить до серйозних захворювань?

Значення цих завдань полягає в тому, щоб дати можливість усвідомити тісний зв'язок соціального та особистого в дійсності і показати, що здоровий спосіб життя не може не стосуватися окремої людини, він завжди конкретний та індивідуальний, відповідно до кожної людини.

На заключному етапі заняття студентам було запропоновано для міркування дискусію на тему «Чи сприяє зарядка дотриманню здоров'я?» і відповісти на ряд запитань: Яке значення оздоровчих процедур і; зокрема, ранкової зарядки? Чи сприяє здоровий спосіб життя успішності студента? Чи створено умови у вищому навчальному закладі для занять з оздоровлення студентів?

Наведемо фрагмент висловлювання студента: «Історія спортивного руху показує нам, що чим більше людина приділяє часу своїй підготовці, тим міцніші його статура і здоров'я, складові частини здорового способу життя. І якщо ми хочемо, щоб наші діти і внуки радували нас своїми спортивними успіхами, то потрібно зараз вести здоровий спосіб життя. Це нам під силу».

Для реалізації оцінювально-діагностичного компонента ми використовували анкети, завдання, орієнтовані на творчий підхід і власну активність респондентів.

Перед заняттям «Стрес як фактор руйнування здоров'я» було проведено опитування студентів, в якому поставлено два питання: Яка головна причина стресу у Вашому житті? Що Ви робите, щоб позбутися стресу?

Під час заняття здійснювалася робота респондентів з анкетною «Поведінкові і фізіологічні симптоми стресу». Анкета складається з двох частин, перша частина – «Поведінкові симптоми стресу» включає 12 зазначених симптомів, друга частина – «Фізіологічні симптоми стресу» також включає 12 симптомів. Для здійснення самодіагностики на предмет вираження симптомів стресу потрібно оцінити частоту проявів у себе кожного симптому за шкалою: 0 – ніколи або рідко; 1 – від випадку до випадку; 2 – часто; 3 – завжди або майже завжди.

Наявність у кожній частині анкети трьох і більше оцінок, що відповідають двом і трьом балам, свідчить про наявність поведінкового або фізіологічного стресу. Головною перевагою запропонованої анкети є мінімальні витрати часу на виконання та обробку результатів, що робить можливим здійснення самодіагностики.

На одному з етапів заняття студенти заповнювали таблицю, в якій порівнювали окремі аспекти здорового способу життя у звичайний навчальний день і день під час сесії. Вибір характеристик для порівняння не випадковий. Під час сесії за короткий часовий проміжок сприйняттю, аналізу і запам'ятовуванню підлягає велика кількість інформації, що невласиво для

іншого навчального часу. Тому мозок працює в незвичному, посиленому режимі, що відповідним чином позначається на енерговитратах, а це підтверджує необхідність збалансованого харчування та повноцінного відпочинку (сон, перебування на свіжому повітрі, фізична активність). Організм далеко не завжди отримує таку підтримку, тому сесія – потужний фактор розвитку стресу в його негативному прояві.

Робота з таблицею мала за метою звернути увагу студентів на три моменти: Які зміни відбуваються в їх способі життя під час сесії? У яких умовах організм працює під час сесії? Яку допомогу йому можна надати?

За результатами виконання завдань, запропонованих студентам на занятті «Стрес як фактор руйнування здоров'я», було вивчено характеристики стресу та їх показники.

Узагальнюючий результат оцінювально-діагностичного етапу представлений інтегративним заняттям «Здоровий спосіб життя в житті людини і його професії». Інтеграція здійснювалася в рамках навчальних дисциплін «Фізична культура», «Основи валеології», «Основи медичних знань», «Безпека життєдіяльності», «Екологія людини».

На цьому занятті студентам було запропоновано ще раз відповісти на питання, що таке здоровий спосіб життя, якими є наслідки ведення нездорового способу життя для самої людини і суспільства загалом. Пропонувалося проілюструвати свої відповіді конкретними прикладами з життя. Поряд з цими питаннями студентам було запропоновано такі: «Що означає здоровий спосіб життя для Вас? Що означає ставитися до здорового способу життя як професійної цінності?»

Реалізація цілей оцінювально-діагностичного етапу визначається специфікою створених особистісно-значущих педагогічних ситуацій, що припускають вирішення частково-пошукових завдань ціннісного характеру, спрямованих на встановлення студентом особистісного та громадського сенсу цінності «здоровий спосіб життя».

Під час реалізації **діяльнісно-практичного етапу** на основі даних

проведеної діагностики було визначено цілі і завдання, створено психолого-педагогічні умови, які сприяли збагаченню особистого досвіду студентів в організації здоров'язберігальної життєдіяльності. На заняттях із формування валеологічних знань, умінь, навичок з метою побудови індивідуальної програми фізичного самовдосконалення визначено форму взаємодії між суб'єктами даного процесу, характер і вид допомоги студенту в її складанні і в подальшій реалізації. Допомога полягала в підборі змісту програми, виборі форм і методів для її реалізації, що мають для студента особистісну значущість; забезпеченні систематичності, наступності, безперервності в цьому процесі; створенні позитивного емоційного тла; стимулюванні проявів активності студентів, за допомогою створення психолого-педагогічних ситуацій.

Під час аудиторних занять формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів здійснювалося за допомогою валеологізації змісту освіти, засобів і методів, що забезпечувало створення більш широкого діапазону для сформованості компонентів особистості.

Для передачі інформації були використані оглядові лекції. Наприклад: цикл лекцій, бесід, диспутів «Твоє здоров'я у твоїх руках», «СНІД – чума XXI століття», «Чи варто вживати наркотики?», «Молодим про шкідливість куріння», «Наркоманія руйнує здоров'я людини», «Молодь та держава за здорове майбутнє»; конкурси плакатів, малюнків та творів, конкурсна вікторина «Знати, щоб не помилитися», кіно- та відеолекторії «Між життям та смертю», «Будь обережним, цінуй здоров'я, стань щасливим» та інші.

Основною організаційною формою роботи для відпрацювання умінь і навичок була обрана тренінгова група, методом навчання – тренінг. Проведено тренінги «Здоров'я – у твоїх руках», «Створи власний проект», «Я обираю здоров'я» (Додаток Н) з метою активізації діяльності, спрямованої на формування ціннісного ставлення до здоров'я.

Позааудиторний час відводився на самостійні заняття і передбачав використання фізкультурно-оздоровчої, громадської діяльності з

самовдосконалення, самоосвіти в дозвільній, побутової і трудової діяльності.

Серед прикладів безпосередніх заходів, спрямованих на вирішення вищезазначених завдань, можуть бути: оформлення куточків здоров'я, створення методичних куточків спеціальної літератури з проблем здоров'я; проведення днів і тижнів здоров'я та здорового способу життя, введення фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня, проведення бесід про здоровий спосіб життя і його цінності, рольових ігор та ігор-змагань, свят здоров'я; проведення годин спілкування, конкурсів і вікторин, олімпіад, виставок літератури про здоров'я та здоровий спосіб життя, випуск стінгазет.

Формування, розвиток і збереження здоров'я студентів під час експериментальної роботи було здійснено нами у вигляді розробки системи заходів з пропаганди здорового способу життя, виховання цінностей духовного, морального та фізичного здоров'я кожного студента. Особливу увагу ми звертали на матеріали про організацію діяльності громадських спілок студентів з пропаганди здорового способу життя.

Важливим напрямком були також заходи, спрямовані на попередження і викорінення у студентів шкідливих звичок (куріння, алкоголізму, наркоманії, пристрасті до безладних статевих стосунків тощо). Під час дослідження ми виявляли шляхи досягнення позитивних результатів унаслідок продуманих виховних заходів: диспутів, конференцій, ділових ігор, ознайомлення студентів з інформаційними матеріалами про шляхи та способи збереження здоров'я.

Для забезпечення ефективності цих заходів був підготовлений наочний фактологічний матеріал: плакати, стенди та листівки. Ці матеріали є, як показав досвід їх застосування, надзвичайно корисними у вихованні здорового способу життя молоді.

Достатньо ефективними є такі форми культурно-просвітньої діяльності, які здатні найбільшою мірою впливати на емоційну сферу молоді і сприяти формуванню негативних установок до вживання психоактивних

речовин:

- пізнавально-емоційні – демонстрація ляльки, що палить, окулярів п'яниці, біографічних фільмів про курців, наркоманів тощо;

- «шокові» – показ макетів легенів курців, відеозаписи із зверненням курця, хворого на рак легенів; інтерв'ю з наркоманами;

- контрастні – як противага особистісно шкідливим, соціально чи особистісно деструктивним формам – спорт, клуби за інтересами, аматорство, хобі;

- рольові – залучення молодих людей до ігрових ситуацій, що спроектованих як на особисті проблеми окремих індивідів, так і на певну групу; учасникам пропонується зіграти нетипові для них позитивні соціальні ролі, після чого вони діляться враженнями та міркуваннями; важливо, щоб при обговоренні людина мала схвалення учасників референтної для неї групи;

- «відразливі» – моделюється ситуація з образом антигероя – негативного образу; при обговоренні ролей формується відраза до образу, який раніше сприймався нейтрально чи навіть позитивно, як своєрідна «антиідентифікація». При цьому методично важливим є те, що роль антигероя не можна доручати молоді; її мають виконувати старші за віком люди чи актори;

- сюжетні – розігрування сценок та ситуацій на теми здорового способу життя; при цьому молоді люди набувають знань з цієї проблематики, формують установки і моделі поведінки позитивних героїв.

Організації здорового способу життя студентів сприяє змістовна фізкультурно-оздоровча діяльність. У вищих навчальних закладах створювали та залучали студентів у спортивні секції та гуртки, організовували спортивні змагання, проводили «Дні здоров'я», «Тижні здорового способу життя» та ін., організовували заходи до дня фізичної культури і спорту, непаління, інвалідів, боротьби з туберкульозом, довкілля. До всесвітніх днів боротьби з наркоманією та СНІДом рекомендували

провести теоретичні конференції, шоу-програми, акції, виставки, конкурси та масові профілактичні заходи, зокрема: конкурси плакатів, виставки, шоу-програми, рок-концерти, дискотеки під гаслом «Світ без наркотиків та СНІДу», акції «Молодь у Всесвітній кампанії боротьби зі СНІДом», «СНІД – найбільша трагедія ХХІ століття», «Шанс на життя», «Зберегти життя», «Здоров'я молоді – здоров'я нації», «Художні мистецтва і спорт проти наркотиків», виступи студентських агітбригад під гаслом «Молодь за здоров'я української нації», «Здоров'я молоді», «Зупинись доки не пізно», «Не дамо СНІДу перемогти людство» та ін.

У сучасних умовах реалізації молодіжної політики не можливо без плідної співпраці з органами студентського самоврядування, студентських об'єднань. У процесі реалізації мети діяльнісно-практичного етапу вирішували завдання, спрямовані на прийняття особистісного сенсу цінності «здоровий спосіб життя». Студенти представили практикоорієнтовані проекти «Ми за здоровий спосіб життя», «Життя людини – найвища цінність», метою яких було підвищення мотивації до усвідомленого і дбайливого ставлення до свого здоров'я як життєво необхідної найвищої цінності людини.

Опорними темами діяльнісно-практичного етапу були: «Ціннісні орієнтації студентів на здоровий спосіб життя та їх відображення в життєдіяльності» (дисципліна «Фізична культура»); «Управління безпекою життєдіяльності» (дисципліна «Безпека життєдіяльності»); «Проблеми навколишнього природного середовища, погляд зі сфери здоров'я людини» (дисципліна «Екологія людини»).

Вирішення завдань ціннісного характеру передбачало використання евристичної та узагальнюючої бесіди, проблемного викладу, імітації життєвих ситуацій.

Під час заняття «Харчування. Збалансованість добового раціону» респонденти виконували лабораторну роботу «Добовий раціон харчування», розраховували добове споживання білків, жирів і вуглеводів, загальну

калорійність харчування. При цьому студенти працювали з анкетною, в якій фіксували результати лабораторної роботи (добова калорійність їжі, добова маса білків, жирів і вуглеводнів) і відповідали на запитання, що сприяють здійсненню самоаналізу: Чи відповідає їжа, одержувана Вашим організмом, існуючим нормам? Якщо ні, чи можна це виправити? Чи є у Вас бажання нормалізувати раціон? Що Ви для цього робите? Яка допомога Вам необхідна?

На тому ж занятті з метою розвитку вміння планувати корекційну діяльність кожному студенту пропонували виробити рекомендації для правильного харчування, які необхідно дотримувати. Знаком «+» респонденти відзначали ті з них, які вони вже виконали.

Було проаналізовано відповіді студентів на питання анкети і результати розробки рекомендацій.

На занятті «Активна позиція у здоров'ї» кожному студенту пропонували вибрати одну з кольорових карток (червону, зелену або жовту) з приказкою. Залежно від кольору вибраної картки студенти були розділені на 3 групи. Прислів'я та приказки на картках одного кольору об'єднують загальним змістом і відображали одну з трьох позицій людини по відношенню до здоров'я: позитивна, негативна валеологічна активність або пасивна позиція.

Студенти кожної групи виконували такі завдання: 1. За допомогою маркера на отриманому аркуші ватману символічно намалюйте людину, позиція якої до здоров'я відповідає отриманим Вами висловлюванням. 2. Придумайте гасло, яким керується така людина. 3. Дайте цій людині ім'я (воно може бути запозичене з класичної літератури, збігатися з назвою тварини тощо), що відображає суть її позиції до здоров'я. 4. Підготуйте виступ за пунктами, додатково вказавши позитивні і негативні аспекти такої позиції.

Після виступу кожної групи студентам було запропоновано: 1. Встановити, в якому з випадків йдеться про позитивну, негативну

валеологічну активність, пасивну позицію (група 3, група 1 і група 2 відповідно). 2. Обрати власну позицію до здоров'я. 3. Написати відгук про заняття.

Ми проаналізували результати групової роботи, а також індивідуально написані відгуки про заняття.

На першому етапі гри «Пошта» студентам пропонували написати твір на тему: «Моє ставлення до здоров'я ...». На виконання завдання було відведено близько 30 хвилин. Отриману інформацію аналізували наступним чином: кожному твору присвоювався кодовий номер, що складається з цифр, і створювався список найбільш цікавих цитат, що відображають негативну позицію по відношенню до здоров'я.

На другому етапі гри кожен учасник експерименту отримував цитати із завданням, наприклад: «Напишіть листа своєму однокурснику (колезі) про ставлення до здоров'я». На написання листа відводилося 30 хвилин. Для підвищення інтересу до виконання завдання кожний лист було вкладено в окремий конверт. Замість прізвища одержувача писали його кодовий номер. Керівник експерименту фіксував прізвища авторів кожного листа шляхом кодування.

На третьому етапі гри керівник виконував функції листоноші, студент, твір якого процитовано, отримував листи від своїх однокурсників і вивчав їх. Потім обговорювали гру.

Під час узагальнюючого результату діяльнісної-практичного етапу було проведено заключне інтегративне заняття з проблеми формування здорового способу життя як основи ефективності сучасного виробництва. Інтеграцію здійснено в межах навчальних дисциплін «Фізична культура», «Основи валеології», «Основи медичних знань», «Безпека життєдіяльності», «Екологія людини».

Студентам було запропоновано відповісти на ряд питань: Що Ви відносите до здорового способу життя? Поясніть, чому необхідно використовувати принципи здоров'язбереження, вести здоровий спосіб

життя і передавати вироблені навички наступним поколінням? Що Ви як майбутній батько можете зробити, щоб Ваші діти вели здоровий спосіб життя?

Для формування вмінь і навичок студентів зі здорового способу життя проведено заняття з теми «Сучасні підходи до організації роботи з формування навичок здорового способу життя».

Запропоновано такі прийоми: починаємо робочий день з зарядки, дихальна гімнастика та фізкультхвилинка, пальчикова гімнастика, звукова гімнастика, ігри та ігрова терапія, психогімнастика, казки та казкотерапія, арт-техніка, кольоротерапія.

Реалізація цілей діяльнісно-практичного етапу пов'язана зі специфікою створюваних особистісно-значущих ситуацій, що припускають вирішення дослідницьких завдань ціннісного характеру, спрямованих на прийняття особистісного сенсу цінності «здоровий спосіб життя» та інтеграцію її в систему відношень студента з майбутньою професією. Вирішення цієї мети вбачаємо, перш за все, в усвідомленні студентом своєї влади над здоров'ям, яке, як справедливо стверджують, «не купиш в аптеці». Необхідно з молодості привчати студента уважно ставитися до свого здоров'я, намагатися зберегти і примножити потенціал, закладений природою в кожній людині.

На результативному етапі ми здійснювали контроль і корекцію результатів діяльності суб'єктів процесу. Під час реалізації програми визначався рівень сформованості установок до здорового способу життя у студентів, спрямованість і стійкість ціннісного ставлення до нього. Контроль здійснювався як з боку експериментатора, так і самим студентом. Розвиток самоконтролю дозволяв студентам вчасно відслідковувати функціональний стан свого організму, використовуючи методики самодіагностики, а також оцінювати успішність своїх дій з реалізації індивідуальної програми, своєчасно коригувати її відповідно до поставлених цілей і завдань.

Ефективність процесу реалізації педагогічних умов визначали на підставі аналізу виконання завдань формувального експерименту.

Критеріями ефективності експерименту були зміни таких характеристик: сформованість знань з проблеми дослідження; усвідомлене ставлення до здоров'я; місце здоров'я в системі цінностей; характер цінності здоров'я і активності в напрямку збереження здоров'я, зацікавленість студентів у виконанні запропонованої діяльності та зміни у сформованості вміння планувати корекційну діяльність.

Інтерпретація результатів дослідно-експериментальної роботи

Експериментальна програма формування аксіологічних установок до здорового способу життя студентів включала формувальний експеримент, який передбачав проведення діагностики рівня сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя на основі поетапної реалізації педагогічних умов та вдосконалення змістового наповнення дисциплін «Фізична культура», «Екологія людини», «Безпека життєдіяльності», «Основи валеології», «Здоровий спосіб життя та профілактика ВІЛ/СНІДу», «Основи медичних знань» та самостійної роботи.

Для досягнення цієї мети були конкретизовані завдання, до яких входило:

- визначення цільових настанов для формування аксіологічних установок до здорового способу життя до кінця другого, третього та четвертого курсів;

- внесення коректив у лекційний курс (теоретичний матеріал), семінарські заняття (методико-практичний зміст), призначення індивідуальних занять, консультацій, розробка самостійних занять;

- збір даних про результативність процесу формування аксіологічних установок до здорового способу життя протягом проведення формувального етапу експерименту.

Проаналізуємо динаміку розвитку цього особистісного утворення у студентів під час дослідно-експериментальної роботи. Для діагностики сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя на кожному етапі експерименту ми керувалися критеріями і показниками його

прояву (п. 1.3).

Після виконання дослідно-експериментальної роботи простежували зміну того чи іншого компонента діагностики сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя.

Дані отримані після вивчення оновленої дисципліни «Основи медичних знань» (тема «Основи здорового способу життя студента»), дисципліна «Фізична культура» (теми «Фізична культура в забезпеченні здоров'я», «Основи методики самостійних занять фізичними вправами»), дисципліна «Екологія людини» (тема Екологія і здоров'я людини»), дисципліна «Безпека життєдіяльності» (теми «Небезпеки технічних систем», «Основи фізіології праці: і комфортні умови життєдіяльності в техносфері», дисципліна «Основи валеології» (тема «Засоби та форми організації здорового способу життя»), дисципліна ««Здоровий спосіб життя та профілактика ВІЛ/СНІДу», (тема «Гігієнічні основи статевого виховання молоді»)

В якості додаткової літератури слугували авторські методичні рекомендації: «Пропагування здорового способу життя серед молоді» [50].

Студенти контрольних груп навчалися за традиційною навчальною програмою з зазначених дисциплін і за бажанням могли одержати консультативну допомогу й необхідні рекомендації.

Відмінності в діяльності експериментальних груп від контрольних полягали в тому, що у процесі їх навчання передбачено реалізацію оновленого та скорегованого теоретичного і практичного змісту.

Для дослідження характеру цінності здоров'я, під час вивчення дисципліни «Валеологія», респондентам запропоновано написати твір на тему «Здоров'я – це цінність...». Для дослідження активності респондентів у напрямку збереження здоров'я використовували незакінчені речення, що виступають індикатором повсякденної (профілактичної) активності респондентів. Наприклад, «щоб не хворіти, я ...».

Для дослідження усвідомленого ставлення до здоров'я нами розроблено анкету «Спосіб життя – реальний і майбутній». Перша частина анкети включала два питання, що стосуються сприйняття стану власного

здоров'я та оцінки власної поведінки як відповідного або невідповідного здорового способу життя. Друга частина анкети полягала у виборі одного з пропонованих варіантів відповіді до деяких аспектів здорового способу життя: режиму сну і відпочинку, режиму харчування, тривалості щоденного перебування на свіжому повітрі. Отже, перша частина анкети відповідала майбутньому, а друга – реальному способу життя. Пропонована анкета дозволила здійснити самодіагностику відповідності реального способу життя майбутньому за рахунок розробленої системи нарахування балів. Вибір кожної відповіді, відповідно до загальноприйнятих канонів здорового способу життя, у другій частині анкети супроводжувався нарахуванням одного бала, тобто максимально респондент міг набрати 5 балів. При роботі з першою частиною анкети за позитивну відповідь на запитання «Чи вважаєте Ви, що ведете здоровий спосіб життя?» також присвоювали 5 балів, за негативну відповідь бали не нараховуються. У разі збігу кількості балів, набраних в першій і другій частинах анкети, реальний спосіб життя відповідав майбутньому. Максимальна кількість балів у першій частині анкети і відсутність їх у другій, а також навпаки, свідчать про повну невідповідність реального і майбутнього способу життя. Інші варіанти розглядаються як часткову відповідність зазначеним ознакам.

Для вивчення сформованості знань і уявлень респондентам пропонували анкету, що складалася з двох питань: Як пов'язані між собою знання, вміння людини в галузі здоров'я та її поведінка в збереженні здоров'я? Яким має бути ставлення до здоров'я: а) усвідомленим? б) відповідальним? в) ціннісним?

Для проведення аналізу сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя після розроблених рекомендацій для самостійної роботи здійснювали розробку та планування дій, для поліпшення якості способу життя: видів рухової активності (підбір комплексу вправ з фізичної підготовки, засобів, форм і режиму тренування, форм дозвілля та ін.); поліпшення якості сну й алгоритму підготовки до нього (вечірня прогулянка перед сном, провітрювання кімнати, використання чаю з трав'яним збором та

ін.); харчування: підбір раціону харчування, розрахунок добового змісту кілокалорій і вітамінів відповідно до денних енерговитрат; контроль за психоемоційним станом (вибір засобів і методів психологічного розвантаження); оптимізація міжособистісних контактів у комунікативній сфері (участь у фізкультурно-спортивних змаганнях, творчій самодіяльності, походах тощо).

З урахуванням пропонованих заходів студенти планували і здійснювали розпорядок дня, що забезпечував добову і тижневу регулярність і періодичність чергування окремих елементів режиму, який сприяє розвиткові самоорганізації, самодисципліни. Самоорганізація зобов'язувала студента бути зібраним і точним у своїх діях і рішеннях.

При здійсненні самоконтролю студенти оцінювали результативність своїх дій, відстежували динаміку психічного, фізичного стану. При веденні щоденника в змісті відображали результати самоаналізу минулого дня (очікування, переживання, настрої), давали оцінку ефективності вжитих заходів, здійснювали моніторинг функціонального стану організму.

З метою організації оптимальної допомоги студентам ми здійснювали облік їх типологічних особливостей, що сприяло раціональному розподілу сил у побудові та реалізації індивідуальної програми. Рівень і вид допомоги залежав від ступеня сформованості знань, наявності умінь і навичок включатися у здоровий спосіб життя, вміти планувати свою діяльність, визначати її цілі і завдання.

У завдання студентського самоврядування входило: підтримання консультативного зв'язку з фахівцями; організація активних видів відпочинку, товариських зустрічей зі спортсменами та іншими студентами вищих навчальних закладів; надання допомоги студентам у плануванні індивідуальних програм самовдосконалення та організації здоров'язберігальної діяльності; зв'язок з адміністрацією факультету, обговорення шляхів, засобів підвищення рівня здоров'я студентів, поліпшення навчально-виховних, матеріально-побутових умов навчання та

відпочинку.

Після завершення формувального етапу ми проводили діагностику ефективності експериментальної роботи на основі порівняння результатів експериментальної та контрольної груп.

Відповідно до стратегічної мети формування аксіологічних установок до здорового способу життя студенти поетапно вирішували завдання:

- до кінця другого курсу – сформованість знань про здоров'я і здоровий спосіб життя, знань індивідуальних особливостей свого організму й мотиваційно-ціннісного ставлення до зміцнення і збереження здоров'я; корекція звичок, що завдають шкоди здоров'ю;

- до кінця третього курсу – сформованість мотивації на подальшу здоров'язберігальну діяльність, знання оздоровчих засобів і систем, оволодіння навичками діагностики здоров'я, підбору оздоровчих технологій, здійснення корекції способу життя;

- до кінця четвертого курсу – оволодіння повними і глибокими валеологічними знаннями, що впливають на сформованість аксіологічних установок до здорового способу життя, уміння будувати індивідуальну програму формування, збереження і зміцнення здоров'я, сформованість ціннісної орієнтації на здоров'язберігальну діяльність, що обумовлює прагнення до здорового способу життя.

Діагностика когнітивно-цільового компонента здійснювалася на основі аналізу продуктів життєдіяльності студентів на початку і у процесі реалізації експериментальної програми за допомогою міні-питальників, диспутів, проблемних ситуацій, завдань тощо з оцінюванням повноти і зрілості знань, уявлень, в організації здоров'язберігальної діяльності.

З метою дослідження мотиваційно-ціннісного компонента були використані наступні діагностичні методики, зазначені у п. 3.2. На основі отриманих даних була визначена мотивація та цінності студентів, які є визначальними в їх життєдіяльності, що дозволило знайти найбільш оптимальні форми взаємодії.

У діагностиці регулятивно-діяльнісного компонента була застосована

методика експрес-оцінки рівня сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя, що дозволила за короткий час зібрати дані про фізичний, психічний та духовний стан організму студентів. Отримані результати дозволили визначити рівень ефективності обраних заходів, спрямованих на формування умінь і навичок у студентів з метою збереження і зміцнення здоров'я.

З метою виявлення рівня сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя, у студентів протягом усього експерименту було застосовувано дві спеціалізовані діагностичні методики, одна з яких містить питання, що характеризують основні параметри життєдіяльності студента (якість способу життя, його структура і зміст, фізичний, психічний стан респондента, знання та вміння з організації здоров'язберігальної діяльності), а інша, питання, що відображають спрямованість і рівень ставлення до здорового способу життя (цінності, мотивація). Аналіз результатів методик дозволив отримати комплексну оцінку ефективності експериментальної програми.

Проведений аналіз отриманих даних про сформованість аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів дав можливість прослідкувати засвоєні знання про складові компоненти здорового способу життя, виявити емоції, усвідомлення особистісного сенсу. Результат дозволив відстежити розвиток у студентів когнітивно-цільового, мотиваційно-ціннісного, регулятивно-діяльнісного компонентів сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя. Студентам були запропоновані питання: Яке значення має ведення здорового способу, життя для вашої професії? Що приваблює Вас у веденні здорового способу життя? Які проблеми (зокрема професійні) допомагає вирішити дотримання здорового способу життя? Які проблеми здоров'я допомагає вирішити дотримання здорового способу життя?

Як і в ході констатувального експерименту, рівень сформованості когнітивно-цільового компонента сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя визначали після другого курсу за повнотою знань

студентів про цінності здорового способу життя. Характеризуючи повноту знань студентів про цінності здорового способу життя, слід зазначити, що найбільш успішно в експериментальних групах, порівняно з контрольними, студенти засвоювали поняття «цінність», «здоровий спосіб життя», що пов'язано зі специфікою завдань першого етапу процесу формування аксіологічних установок до здорового способу життя. Так, характеризуючи здоровий спосіб життя як визначальний фактор охорони та зміцнення здоров'я кожної людини і всього суспільства, 31,3% студентів експериментальних і 27,8%, контрольних груп зазначили позитивний вплив регулярної рухової активності, (26,8% і 24,6% відповідно), відсутність шкідливих звичок, таких як куріння, 20,7% і 27,9% відзначили вплив дотримання індивідуального режиму дня і тільки 21,2% і 19,7% – вплив раціонального харчування. Студенти експериментальних груп зазначали, що здоровий спосіб життя необхідний для їхньої професії, він повинен постійно бути присутнім у нашому житті, «здоровий спосіб життя – необхідна умова існування людини в її професії», «вести здоровий спосіб життя – означає зберегти здоров'я на довгі роки». 68% студентів експериментальних груп вказали на необхідність дотримання здорового способу життя під час професійної діяльності та в повсякденному житті: «Сьогодні неможливо уявити збереження і примноження здоров'я без розумного формування фізичної культури особистості». У своїх відповідях студенти експериментальних груп охарактеризували поняття «цінність», «цінність здорового способу життя». Наприклад, «цінність – те, що за встановленими суспільством критеріями визнається значущим, важливим і корисним для людей. Без них людина відчуває незручність, а в інших випадках не може і зовсім обійтися».

Серед основних складових здорового способу життя студенти називали режим праці та відпочинку людини (в експериментальних групах – 31,6%; в контрольних – 29,8%), оптимальну фізичну рухову активність (відповідно 26,4% і 25,6%), профілактику шкідливих звичок (32,1% і 30,8%).

Вирішення цих завдань студенти бачили в «розумному, здоровому і

спортивному стилі життя» (82,4% і 80,9%), «самоорганізації, умінні протистояти впливу зовнішнього середовища» (34,6% і 31,8%), «дбайливому ставленні людини до свого здоров'я» (66,3% і 63,5%), «формуванні мотивацій інтересу і потреб у регулярних заняттях фізичними вправами (68,5% і 65,7%), «збереженні і передачі досвіду ведення здорового способу життя іншим людям »(27,4% і 24,8%). Глибоко і докладно означені поняття студенти майже ніде не розкривали (89,6% і 91,3%).

Аналіз відповідей показав, що студенти бачать певний зв'язок між поняттями «цінність», «цінність здорового способу життя». Простежувалися окремі зв'язки між компонентами здорового способу життя (в експериментальних групах – 24,3%, у контрольних – 21,7%).

Отримані дані засвідчують, що в експериментальній групі переважають студенти з середнім рівнем сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя. Зберігається тенденція до збільшення студентів з високим рівнем сформованості і зниження студентів з низьким рівнем сформованості, це свідчить про якісну зміну їх життєдіяльності. Їх вирізняє висока самоорганізованість і валеологічна грамотність, володіння високим рівнем знань, умінь і навичок з облаштування своєї життєдіяльності з позиції здоров'язбереження; успішна реалізація індивідуальної програми із самовдосконалення, з метою отримання позитивних результатів, використовують творчий підхід у рішеннях пов'язаних з реалізацією проблеми (заміна, удосконалення засобів, прийомів, пошук нових форм організації фізичної активності, зняття психоемоційного напруження тощо). Такі студенти, плануючи розпорядок дня, завжди відводять час на заняття фізкультурно-спортивною діяльністю, прагнуть до активних форм відпочинку, мають гарну фізичну активність, що підтверджують результати дослідження рівня соматичного здоров'я, проявляють успішність у навчальній, комунікативній сферах, беруть активну участь у спортивних заходах.

Збільшення студентів із середніми показниками сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя та зменшення з низьким

рівнем, слугує підтвердженням обґрунтованості обраного шляху формування здорового способу життя: подолання дефіциту знань, уявлень, формування умінь і навичок у сфері організації здоров'язберігальної діяльності; створення психолого-педагогічних умов забезпечення функціонування здоров'язберігального середовища; індивідуальна форма роботи у вигляді створення і реалізації програми самовдосконалення. У контрольній групі, кількісно переважають студенти з низьким рівнем сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя. Ця обставина підтверджує необхідність розробки та впровадження заходів з формування у студентів умінь і навичок організації здорової життєдіяльності.

Для відстеження рівня сформованості у студентів аксіологічних установок до здорового способу життя після 3 курсу використано питальник «Здоровий спосіб життя – справа сучасного чи майбутнього?». Цього разу викладач не обмежував студентів у висловленні власних думок.

Аналіз результатів засвідчив, що за повнотою знань про цінності здорового способу життя студенти експериментальних груп досягли середнього рівня сформованості – 38,8% факультет фізичного виховання, 33,8% – природничо-географічний факультет і високого – 43,8% факультет фізичного виховання, 50,3% – природничо-географічний факультет. Загалом, в порівнянні з констатувальним етапом експерименту кількість студентів із середнім рівнем збільшилася в експериментальних групах на 26,9% (факультет фізичного виховання), 22,0% (природничо-географічний факультет); з високим – на 43,8% (факультет фізичного виховання), 50,3% (природничо-географічний факультет). Зменшилася кількість студентів з низьким рівнем на 70,7% (факультет фізичного виховання), 71,3% (природничо-географічний факультет). Як приклад наведемо відповідь студента «В наш час людина у професійному середовищі може зіткнутися з ситуацією, від якої залежить її подальша доля. Подолати ці ситуації їй допомагає дотримання здорового способу життя, наприклад заняття фізичними вправами, відсутність шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю) зберігає і покращує її здоров'я, полегшує трудову

діяльність. Принципи здорового способу життя сприяють виконанню людиною професійних і громадських функцій в оптимальних для здоров'я умовах».

У контрольних групах більша частина студентів продовжувала залишатися на низькому – 39,6% (факультет фізичного виховання), 36,5% (природничо-географічний факультет) і середньому рівні сформованості когнітивно-цільового компонента – 46,6% (факультет фізичного виховання), 48,1% (природничо-географічний факультет).

З метою виявлення сформованості когнітивно-цільового компонента ми використовували методику незакінчених речень: Здоров'я – це ... , Спосіб життя – це ... , Здоровий спосіб життя – це ... , Компонентами здорового способу життя є ... , Значення ведення здорового способу життя полягає в...

Студенти зазначили, що спосіб життя – сукупність рис, які характеризують спосіб життєдіяльності людей у суспільстві. Показниками способу життя є особливості організації прийомів і навичок трудової діяльності, вибір кола і форм спілкування, організація соціокультурного середовища і вільного часу. Здоровий спосіб життя – це насамперед культурний спосіб життя. Здоровий спосіб життя – це взаємозв'язок між способом життя і здоров'ям.

Доказом вищесказаного і за результатами проведеної роботи є такі результати: якщо до експерименту в спортивних секціях університету займалися 142 студенти, що становить 11,1%, а кількість студентів, зарахованих за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, складала 63 особи (7,3%), з них відвідували заняття з фізичної культури лише одиниці, то після експерименту їх кількість у спортивних секціях зросло до 336 осіб (26,3%), а студентів, зарахованих за станом здоров'я до спеціальної медичної групи залишилося всього 8 осіб (0,6%), усі студенти знайшли собі заняття за фізкультурно-спортивним інтересом.

Розподіл учасників формувального експерименту залежно від сформованості когнітивно-цільового компонента наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 1

Розподіл студентів за рівнями сформованості установок
до здорового способу життя за когнітивно-цільовим компонентом, %

Рівні	Групи			
	Факультет фізичного виховання		Природничо-географічний факультет	
	Експериментальна	Контрольна	Експериментальна	Контрольна
Низький	17,3	39,6	15,9	36,5
Середній	38,9	46,6	33,8	48,1
Високий	43,8	13,8	50,3	15,4

Проведений аналіз на основі відповідей студентів засвідчив наступне: загальне недиференційоване ставлення до здорового способу життя як професійної цінності характерно для 69,6% студентів експериментальних груп факультету фізичного виховання, 64,9% – природничо-географічного факультету і 73,5% контрольних груп факультету фізичного виховання, 72,7% – природничо-географічного факультету (низький рівень сформованості). Типові відповіді: «Багато що мене приваблює в здоровому способі життя»; «Мене тривожать проблеми, що виникають при дотриманні нездорового способу життя».

Середній рівень сформованості характерний для 28,3% студентів експериментальних груп факультету фізичного виховання, 30,95% – природничо-географічного факультету і 23,1% контрольних груп факультету фізичного виховання, 20,95% – природничо-географічного факультету. Приклади відповідей студентів цієї групи: «Радую, що я і багато інших людей знають про проблеми нездорового способу життя і намагаються їм протистояти; тривожить те, що не все і не завжди це розуміють», «Здоровий спосіб життя для мене – основа організації фізичної активності, спортивної підготовки і загартовування, пізнання засобів і методів фізичного потенціалу людини».

Високий рівень сформованості мотиваційно-ціннісного компонента установок до здорового способу життя був виявлений у відповідях 16,1% студентів експериментальних груп факультету фізичного виховання, 14,9% – природничо-географічного факультету і 9,7% контрольних груп факультету

фізичного виховання, 10,9% – природничо-географічного факультету. Приклади відповідей цієї групи студентів: «Мене дуже тривожить, що не всі розуміють важливість підтримки здорового способу життя», «Нездоровий спосіб життя веде до травматизму, а іноді і до загибелі людини».

Після 3 курсу змінилися показники сформованості мотиваційно-ціннісного компонента установок до здорового способу життя. Збільшилася кількість студентів експериментальних груп, які досягли середнього рівня на 4%, високого – на 2,1%, з низьким рівнем – зменшилася на 6,1%. У контрольних групах кількість студентів із середнім рівнем збільшилася на 1,3%, з високим – залишилася на тому ж рівні, з низьким – зменшилася на 1,3%. Наприклад, відповідь студента: «Суспільству необхідно всіма засобами масової інформації пропагувати здоровий спосіб життя, підвищуючи загальну культуру населення. Живучи за принципами здорового способу життя, ми разом з іншими людьми відчуваємо себе причетними до справи збереження здоров'я всього людства».

Сформованість мотиваційно-ціннісного компонента установок до здорового способу життя після 4 курсу ми досліджували за допомогою наступних ціннісно-сміслових завдань: «Як Ви вважаєте, чим зумовлена особлива увага в сучасному світі до проблеми охорони здоров'я націй і ролі фізичної активності населення? Що Вас турбує особисто? »

Аналізуючи сформованість мотиваційно-ціннісного компонента, важливо зазначити, що кількість студентів експериментальних груп, які досягли високого рівня, збільшилася на 0,6%. Приклад відповіді: «Актуальність дотримання здорового способу життя, на мій погляд, пов'язана з тим, що неможливо створити безперебійне сучасне виробництво без уваги до фізичного стану та здоров'я робітників, без використання принципів здорового способу життя (здоров'язберігальні технології, відновлювальні процедури тощо). Мене радує, що мої співгромадяни розуміють, що стан здоров'я населення країни визначається екологією, станом навколишнього середовища і способом життя, і прагнуть повернути

увагу різних народів і країн до цієї проблеми».

Кількість студентів експериментальної групи з низьким рівнем зменшилася на 23,4%. У контрольних групах кількість студентів, які досягли високого рівня, збільшилася на 6,1%, середнього – на 11,3%, низького – зменшилася на 1,4%.

Розподіл студентів залежно від особливостей мотиваційно-ціннісного компонента сформованості установок до здорового способу життя наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 2

Розподіл студентів за рівнем сформованості установок до здорового способу життя за мотиваційно-ціннісним компонентом,%

Рівні	Групи			
	Факультет фізичного виховання		Природничо-географічний факультет	
	Експериментальна	Контрольна	Експериментальна	Контрольна
Низький	19,9	35,1	19,2	34,7
Середній	49,8	53,7	48,7	53,3
Високий	30,3	11,2	32,1	12,0

Експериментальна робота передбачала визначення сформованості установок до здорового способу життя за регулятивно-діяльнісним компонентом: за ступенем сформованості навчальних умінь, за пошуком способу застосування досвіду дотримання здорового способу життя у повсякденному житті та повноті реалізації діяльнісних аспектів відносин. Сутність цього завдання в наступному: «60% чоловіків 10% жінок мають пристрасть до куріння. Який вихід Ви бачите із ситуації, що склалася?».

Аналіз отриманих відповідей дозволив зробити висновки про ступінь сформованості навчальних умінь у студентів та повноту реалізації ними діяльнісних аспектів відносин. До низького рівня сформованості регулятивно-діяльнісного компонента було зараховано 21% студентів експериментальних груп факультету фізичного виховання, 19,0% – природничо-географічного факультету і 34,6% контрольних груп факультету фізичного виховання, 35,6% – природничо-географічного факультету. Приклад відповідей студентів «На мій погляд, людству необхідно прагнути знизити кількість курців».

До середнього рівня відносяться студенти експериментальних груп – 36,9% студентів факультету фізичного виховання, 39,1% – природничо-географічного факультету і 23,4% студентів факультету фізичного виховання, 24,9% – природничо-географічного факультету в контрольних групах. Студенти зазначають наступну закономірність: «Дотримання здорового способу життя дозволяє знизити кількість курців і згубний вплив нікотину на їх організм. Для зменшення споживання сигарет потрібно знайти альтернативу у вигляді цікавого заняття, яким може бути заняття фізичною культурою і спортом».

Високий рівень сформованості мають 21,8% студентів експериментальних груп факультету фізичного виховання, 18,8% – природничо-географічного факультету і 13,4% студентів контрольних груп факультету фізичного виховання, 14,4% – природничо-географічного факультету. Думка студентів така: «Рішення цієї проблеми вимагає комплексного підходу до її вирішення. По-перше, потрібно ввести місця, вільні від куріння (робочі кабінети, їдальні, кафе, спортивні об'єкти та ін.), заборонити рекламу сигарет і організувати рекламу здорового способу життя за допомогою відомих людей (артистів, політиків, спортсменів), які кинули курити або взагалі не курять. Також за підсумками року необхідно організувати заходи стимуляції людей, які дотримуються здорового способу життя».

Для виявлення сформованості установок до здорового способу життя за регулятивно-діяльнісним компонентом після 3 курсу студентам експериментальних і контрольних груп запропонована ціннісно-значуща анкета.

Аналіз відповідей студентів засвідчив, що в експериментальних групах на 4,2% збільшилася кількість студентів із середнім рівнем сформованості. Кількість студентів з низьким рівнем зменшилася на 4,9%. У контрольних групах зафіксовано такі зміни: на 1,7% збільшилася кількість студентів із середнім рівнем, з низьким зменшилася на 2,7%, таким чином зміни були менш суттєвими. Рівень сформованості регулятивно-діялісного

компонента після 4 курсу ми визначали за ступенем сформованості навчальних умінь з оцінки стану фізичного здоров'я людини, самостійного пошуку найбільш ефективних засобів збереження та відновлення фізичного здоров'я.

Студентам було запропоновано наступне ціннісно-значуще завдання: «Оцініть стан здоров'я нашої країни, міста. Який вихід із ситуації, що склалася, Ви можете запропонувати? »

Аналіз відповідей студентів засвідчив таке: в експериментальних групах на 3,4% збільшилася кількість студентів з високим рівнем сформованості регулятивно-діяльнісного компонента. Наприклад, вирішення проблеми шкідливої звички, пов'язаної з тютюнопалінням, студенти бачать в організації антиреклами куріння, показі відеороликів, в яких молодь прекрасно обходиться без куріння, із зверненнями відомих людей, які кинули курити, і які, загинули в молодому віці від раку легенів; створенні ситуації непопулярності куріння, з показом і розповіддю про розвинені країни, де куріння стає немодним; розробці моральних і матеріальних стимулів заохочення людей некурящих і які дотримуються здорового способу життя; створенні місць культурного відпочинку, вільних від куріння (кафе, кінотеатри, парки тощо).

На 3,3% зменшилася кількість студентів з низьким рівнем сформованості регулятивно-діяльнісного компонента. У контрольних групах на 1,3% збільшилася кількість студентів із середнім рівнем, відповідно зменшилася на 1,3% з низьким рівнем.

Розподіл студентів залежно від особливостей сформованості установок до здорового способу життя за регулятивно-діяльнісного компонентом наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3

Розподіл студентів за рівнем сформованості установок до здорового способу життя за регулятивно-діяльнісним компонентом у %

Рівні	Групи			
	Факультет фізичного виховання		Природничо-географічний факультет	
	Експериментальна	Контрольна	Експериментальна	Контрольна

Низький	11,6	32,2	13,9	35,1
Середній	41,5	49,1	43,1	47,4
Високий	46,9	18,7	43,0	17,5

Таким чином, проведене дослідження сформованості установок до здорового способу життя після 2 курсу засвідчило, що більшість студентів контрольних та експериментальних груп мають уявлення про здоровий спосіб життя на середньому рівні сформованості (39,4% в експериментальних групах факультету фізичного виховання, 40,2% – природничо-географічного факультету і 44,3% в контрольних групах факультету фізичного виховання, 46,8% – природничо-географічного факультету). Найбільш успішно в експериментальних групах порівняно з контрольними студенти засвоювали поняття «цінність», «цінність здорового способу життя».

Після 3 курсу за ступенем сформованості мотиваційно-ціннісного компонента більша частина студентів як експериментальних, так і контрольних груп, була зарахована до низького рівня. У більшості студентів експериментальних і контрольних груп відзначено низьку сформованість регулятивно-діяльнісного компонента.

Підведення підсумків після 3 курсу експерименту засвідчило, що порівняно з попереднім етапом найбільш збільшилася кількість студентів експериментальних груп, які досягли середнього рівня сформованості когнітивно-цільового компонента, а саме на 6,1%, мотиваційно-ціннісного – на 4%, регулятивно-діяльнісного – на 4,2%. Збільшилася, але в меншій мірі, кількість студентів експериментальних груп з високим рівнем сформованості компонентів. Так, кількість студентів експериментальних груп, які досягли високого рівня сформованості когнітивно-цільового компонента, збільшилася на 4,7%, мотиваційно-ціннісного – на 2,1%, регулятивно-діяльнісного – на 0,7%. У контрольних групах зміни в цілому виявилися менш суттєвими.

На основі отриманих даних було зроблено висновок, про необхідність посилити роботу з формування повноти знань студентів про цінність «здоровий спосіб життя», стимулювати усвідомлення студентами значущості

всіх компонентів сформованості установок до здорового способу життя, а також приділити увагу формуванню регулятивно-діяльнісного компонента, на що були спрямовані зусилля під час навчання студентів на 4 курсі.

Проведений розрахунок критерію К. Пірсона показав такі результати: за когнітивно-цільовим компонентом він складає 36,72, мотиваційно-ціннісним – 114,96, регулятивно-діялісним – 99,54. Отримані дані доводять, що на результати рівнів сформованості аксіологічних установок до здорового способу життя студентів під час констатувального експерименту впливали експериментальні чинники.

Проведений педагогічний експеримент засвідчив, що на першому етапі експерименту сформованість компонентів у більшості студентів в обох групах нижче 50%. Когнітивно-цільовий компонент на початковому етапі характеризується розрізненими, нестійкими знаннями й уявленнями в організації здорового способу життя, після експерименту у більшості студентів констатуємо не тільки сформованість чітких і повних знань, уявлень з організації здоров'язберігальної життєдіяльності, а й прагнення до самостійного наукового пошуку інформації, здатність до нестандартного, творчого вирішення проблем, пов'язаних зі здоров'ятворчістю. Мотиваційно-ціннісний компонент порівняно з іншими відрізняється меншими темпами формування в більшості студентів, що свідчить про складність розвитку вольових якостей і наявність низького емоційного задоволення на початковому етапі експерименту через необхідність зміни усталеного способу життя з його засадами і звичками, що не відповідають валеологічним нормам. Після завершення експерименту спостерігалось збільшення студентів із середніми показниками сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту, що свідчить про адекватне оцінювання власного емоційного стану, розвитку здатності керувати ним, а також примноження позитивної емоційної забарвленості здоров'язберігальної діяльності. Регулятивно-діялісний компонент розкриває спрямованість особистості на діяльність, пов'язану із здоров'язбереженням, готовність до самозміни й управління своєю поведінкою. Показником сформованості цього компонента є

успішність особистості в здоров'язберігальній діяльності, що визначається рівнем здоров'я. На початковому етапі експерименту середній рівень здоров'я спостерігався у 43% студентів, що свідчить про труднощі в більшості з них в організації самостійної здоров'язберігальної діяльності. Після завершення експерименту, кількість студентів із середніми показниками здоров'я досягла 54% від загальної кількості, яка брала в ньому участь. Подолання 50% бар'єру слугує доказом успішності в розробці та застосуванні індивідуальних програм самовдосконалення.

Динаміка сформованості у студентів установок до здорового способу життя в експериментальних і в контрольних групах наведена у таблиці 3.4.

Як свідчать дані таблиці, кількість студентів низького рівня в експериментальній групі змінилася з 87,6% до 16,3%, тобто зменшилася на 71,3%, в той час як у контрольній групі з 88,9% до 35,5%, тобто кількість студентів з низьким рівнем у контрольній групі зменшилася на 53,4%.

Таблиця 4

Динаміка сформованості у студентів аксіологічних установок
до здорового способу життя

Рівні сформованості	Групи					
	Експериментальна група			Контрольна група		
	На початку експер.	На кінець експер.	Динаміка	На початку експер.	На кінець експер.	Динаміка
Високий	-	41,1	+41,1	-	14,8	+14,8
Середній	12,4	42,6	+30,2	11,1	49,7	+38,6
Низький	87,6	16,3	-71,3	88,9	35,5	-53,4

З цього випливає, що позитивна динаміка на низькому рівні в експериментальній групі перевищує на 17,9% зміни у контрольній групі.

Кількість студентів з середнім рівнем сформована в експериментальній групі змінилося з 12,4% до 42,6%, тобто збільшилася на 29,8%, в той час як в контрольній групі аналогічний показник збільшився з 11,1% до 49,7%, тобто на 38,6%. Кількість студентів із високим рівнем сформованості в експериментальній групі збільшилася на 41,1%, в той час, як в контрольній групі аналогічний показник збільшився на 14,8%. З цього констатуємо, що

позитивна динаміка на високому рівні перевищує в 2,8 рази зміни в контрольній групі. Ми можемо стверджувати, що показники змін за результатами формувального експерименту в експериментальній групі більш значні порівняно з контрольною.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. Жизненные перспективы личности / К. А. Абульханова-Славская // Психология и образ жизни личности : [сб. статей / отв. ред. Е. В. Шорохова]. — М. : [б. и.], 1987. — С. 137—145.
2. Авцын А. П. Введение в географическую патологию / Авцын А. П. — М. : Медицина, 1972. — 328 с.
3. Агаджанян Н. А. Активный образ жизни студента / Агаджанян Н. А., Барсукова О. И. ; под ред. Г. Ф. Коротько. — Ташкент : Медицина, 1985. — 307 с.
4. Адирхаева Л. В. Здоровий спосіб життя як чинник, що забезпечує розвиток рухової активності студентської молоді : навч. посіб. / Адирхаева Л. В., Адирхаев С. Г., Корнійко У. В. — К. : КиМУ, 2011. — 160 с.
5. Азитова Г. Ш. Воспитание культуры здоровья у школьников в условиях сельской школы : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования / Г. Ш. Азитова. — Казань, 2006. — 28 с.
6. Акбердиева Д. Ф. Формирование здорового образа жизни у студентов / Д. Ф. Акбердиева // Валеология. — 2001. — № 4. — С. 27—29.
7. Акусок А. М. Теоретичні засади формування змісту загальнопедагогічної підготовки майбутнього вчителя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки» / А. М. Акусок. — К., 2009. — 24 с.
8. Албул И. В. Здоровый образ жизни как основа формирования и развития

- личности / И. В. Албул // Мир гуманитарного и естественнонаучного знания : I Междунар. науч.-практ. конф., 25 сент.2012 г. : материалы. — Краснодар : [б. и.], 2012. — С. 112—114.
9. Алиев М. Н. Проблемы охраны и укрепления здоровья детей, подростков и студенческой молодежи в современных условиях / М. Н. Алиев // Вестник Дагестанского педагогического университета. — Махачкала : [б. и.], 1999. — С. 25—29.
 10. Американская социология. Перспективы. Проблемы. Методы ; [пер. с англ. В. В. Воронина и Е. В. Зинковского] / под ред. Г. В. Осипова. — М. : Прогресс, 1972. — 392 с.
 11. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Амосов Н. М. — [3-е изд.]. — М. : Физкультура и здоровье, 1987. — 178 с.
 12. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2-х т. / Ананьев Б. Г. — М. : Педагогика, 1980. — Т. 2. — 232 с.
 13. Андреева Г. Н. Социальная психология : учеб. для высших учебных заведений / Андреева Г. Н. — М. : Аспект Пресс, 2000. — 376 с.
 14. Аносов І. П. Здоров'язбережувальні освітні технології у професійно-педагогічній підготовці вчителя / І. П. Аносов, С. С. Ізбаш // Педагогіка здоров'я : зб. наук. праць IV Всеукраїнської наук.-практ. конф. / [за заг. ред. І. Ф. Прокопенка]. — Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2014. — С. 22—28.
 15. Анохин Л. В. Образ жизни и здоровье. Научный обзор литературы / Анохин Л. В., Клишко Г. Я., Чернов В. И. — Воронеж: [б. и.], 1984. — 32 с.
 16. Антонова Л. Н. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях / Антонова Л. Н., Шульга Т. И., Эрдынеева К. Г. — М. : Изд-во МГОУ, 2004. — 100 с. — (Областная целевая программа «Развитие образования Московской области на 2001—2005 гг.»).
 17. Антонова Л. Т. О проблеме оценке состояния здоровья детей и подростков

- в гигиенических исследованиях / Л. Т. Антонова, Г. Н. Сердюковская // Гигиена и санитария. — 1995. — № 6. — С. 22—28.
18. Апанасенко Г. Л. Здоровий спосіб життя (концепція) / Г. Л. Апанасенко // Здоров'я. — 2006. — № 6. — С. 3—14.
 19. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология (избранные лекции) / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. — К. : Здоров'я, 1998. — 248 с.
 20. Архангельский Л. М. Моральные ценности и современность / Л. М. Архангельский // Вопросы философии. — 1983. — № 1. — С. 90.
 21. Аршавский И. А. Основы негэнтропийной теории биологии индивидуального развития, значение в анализе и решении проблемы здоровья / И. А. Аршавский // Валеология : Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. — СПб. : Наука, 1993. — С. 5—24.
 22. Асмолов А. Г. Психология личности / Асмолов А. Г. — М. : МГУ, 1990. — 367 с.
 23. Бабаліч В. А. Формування у студентів медичного коледжу готовності до пропаганди і реалізації ідей здорового способу життя у майбутній професійній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / В. А. Бабаліч. — Кіровоград, 2006. — 20 с.
 24. Бабюк Т. Й. Теоретичні аспекти проблеми здоров'я та виховання здорового способу життя особистості / Т. Й. Бабюк // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць. — К. : Інститут проблем виховання АПН України, 2005. — Вип. 8. — Кн. 2. — С. 116.
 25. Баевский Р. М. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоровья / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева // Валеология, диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. — СПб. : Наука, 1993. — С. 33—47.
 26. Баканова А. Ф. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи / А. Ф. Баканова // Физическое воспитание студентов. —

2011. — № 6. — С. 8—11.
27. Баклицька О. Проблема психічного здоров'я студентів інститутів фізичної культури / О. Баклицька // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2003. — № 18. — С. 61—66.
 28. Бакштановский В. И. Моральный выбор цели, средства, результаты / Бакштановский В. И. — Томск : Изд-во Томского ун-та, 1977. — 316 с.
 29. Бальсевич В. К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни / В. К. Бальсевич // Теория и практика физической культуры. — 1990. — № 1. — С. 22—26.
 30. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навч. посіб. / Ольга Володимирівна Безпалько. — К. : Логос, 2003. — 134 с.
 31. Безпарфумив В. П. Ценностный подход к формированию педагогической направленности студента — будущего учителя / В. П. Безпарфумив, А. В. Безпарфумив. — Самара : Изд-во СамГПУ, 2000. — 185 с.
 32. Безпека життєдіяльності : навч. посіб. / [Баб'як О. С., Сітенко О. М., Ківва Ф. В. та ін.] ; під ред. І. А. Ширенкова. — Х. : Ранок, 2000. — 302, [2] с.
 33. Безпека життєдіяльності : навч. посібник / [Скобло Ю. С., Цапко В. Г., Мазоренко Д. І., Тіщенко Л. М.] ; за ред. В. Г. Цапка. — [4-е вид., перероб. і доп.]. — К. : Знання, 2006. — 397 с.
 34. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа / Безруких М. М. — М. : Московский психолого-социальный институт, 2004. — 240 с.
 35. Белинская Т. В. Психологические составляющие ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза : дисс. ... кандидата психол. наук : 19.00.07 / Белинская Татьяна Владимировна. — Калуга, 2005. — 176 с.
 36. Белкин А. С. Витагенное образование. Голографический подход / А. С. Белкин, Н. К. Жукова. — Екатеринбург : УрГПУ, 1999. — 135 с.
 37. Белов В. И. Валеология : здоровье, молодость, красота, долголетие / В. И. Белов, Ф. Ф. Михайлович. — М. : Недра Коммюникейшенс, 1999. —

- 664 с.
38. Белов В. И. Коррекция состояния здоровья взрослого населения средствами комплексной оздоровительной тренировки : дисс. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / Белов Виктор Иванович. — М., 1996. — 314 с.
 39. Белоконь А. В. Концептуальные методологические основы функционирования и оснащения центра здоровья вуза (типовой проект) / Белоконь А. В., Кураев Г. А., Воинов В. Б. — Ростов н/Д : Изд-во ЦВВР, 2001. — 36 с.
 40. Бердников И. Г. Валеология : учеб. пособ. / Бердников И. Г. — Самара : СГПУ, 1997. — 330 с.
 41. Бесараб В. В. Зміст і форми формування здорового способу життя у вихованців загальноосвітніх шкіл інтернатів України / В. В. Бесараб // Здоров'я та освіта : проблеми та перспективи : I Всеукр. наук.-метод. конф., 2000 р. : матеріали. — Донецьк : ДонДУ, 2000. — С. 9—11.
 42. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Книга 1 : Особистісно-орієнтований підхід : теоретико-технологічні засади / Бех І. Д. — К. : Либідь, 2003. — 280 с.
 43. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Книга 2 : Особистісно-орієнтований підхід : науково-практичні засади / Бех І. Д. — К. : Либідь, 2003. — 344 с.
 44. Бирюкова Н. А. Основы экологии : учеб. пособ. для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальности 0317 «Педагогика доп. образования» / Бирюкова Н. А. — М. : ВЛАДОС, 2004. — 236, [2] с. — (Учебные пособия для средних специальных учебн. заведений).
 45. Білявський Г. О. Основи екології : підручник / Білявський Г. О., Фурдуй Р. С., Костіков І. Ю. — [2-е вид.]. — К. : Либідь, 2005. — 406, [2] с.
 46. Бобрицька В. І. Формування здорового способу життя у майбутнього вчителя : [монографія] / Бобрицька В. І. — Полтава : Скайтек, 2006. —

- 431 с.
47. Бойко Ю.С. Шляхи формування ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя у студентської молоді / Ю.С.Бойко // Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини / [гол. ред. М.Т.Мартинюк]. – Умань : ФОП Жовтий О.О., 2014. – Ч.3 – С. 50-57.
 48. Бойко Ю.С. Сутнісні характеристики формування аксіологічних установок до зорового способу життя у студентської молоді / Ю.С. Бойко // Проблеми підготовки сучасного вчителя : зб. наук. пр. Уманського держ. пед. ун-ту ім. Павла Тичини / [ред. кол.: Побірченко Н.С.(гол. ред.) та ін.]. Умань : ФОП Жовтий О.О., 2014. – Вип.10. – Ч.1 – С.16-24.
 49. Бойко Ю.С. Науковий аналіз категорій: «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» з позиції педагогічної аксіології / Ю.Бойко // Психолого – педагогічні проблеми сільської школи: зб. наук. праць Уманського держ. пед. ун-ту ім. Павла Тичини / [ред. кол.: Побірченко Н.С.(гол. ред.) та ін.]. Умань :ФОП Жовтий О.О., 2014. – Вип.50. – Ч.1. – С.63-72.
 50. Бойко Ю.С. Пропагування здорового способу життя серед молоді : методичні рекомендації / Бойко Ю.С. – ФОП Жовтий О.О., 2014. – 120с.
 51. Бойченко Т. Основи здоров'я : експеримент. підруч. для учнів / Тетяна Бойченко, Наталія Колотій. — К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. — 108 с.
 52. Бойчук Ю. Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя : теоретико-методичні аспекти : монографія / Бойчук Ю. Д. — Суми : Університетська книга, 2008. — 357 с.
 53. Болтівець С. І. Психогігієнічна позиція педагога у пропагуванні здорового способу життя / С. І. Болтівець // Практична психологія і соціальна робота. — 2007. — № 9. — С. 65—66.
 54. Бондаревская Е. В. Гуманистическая парадигма личностно ориентированного образования / Е. В. Бондаревская // Педагогика. — 1997. — № 4. — С. 11—17.

55. Бондин В. И. Валеология : физическое состояние и здоровье человека / Бондин В. И. — Ростов н/Д : Издательство РГПУ, 1998. — 163 с.
56. Борейко Н. Ю. Організація здоров'язберігаючого навчального процесу у вищій школі в сучасних умовах / Н. Ю. Борейко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2010. — № 12. — С. 15—18.
57. Борытко Н. М. Социализация и социокультурная адаптация : личность как тип / Н. М. Борытко // Педагогические проблемы становления субъектности школьника, студента, педагога в системе непрерывного образования : [сб. науч. и метод. тр. / под ред. Н. К. Сергеева, Н. М. Борытко]. — Волгоград : [б. и.], 2002. — Вып. 3. — С. 10—15.
58. Браун Дж. В. Гендерные различия в здоровье / Дж. В. Браун, Л. В. Панова, Л. Н. Русинова // Социологические исследования. — 2007. — № 6. — С. 114—122.
59. Брехман И. И. Валеология — наука о здоровье / Брехман И. И. — [2-е изд., доп. и перераб.]. — М. : ФиС, 1990. — 208 с.
60. Брожик В. Эстетика на каждый день / Владимир Брожик ; [пер. со словац. С. Д. Баранниковой]. — М. : Знание, 1991. — 208 с. — (Переводная научно-популярная литература).
61. Бузян В. В. Здоровье ребенка и пути его формирования и защиты / В. В. Бузян // Вторая международная науч.-практ. конф., 28—29 март. 2000 г. : материалы. — Липецк : [б. и.], 2000. — С. 31—33.
62. Булич Е. Г. Валеология. Теоретичні основи валеології / Е. Г. Булич, І. В. Муравов. — К. : ІЗМН, 1997. — 224 с.
63. Буреева Н. Н. Многомерный статистический анализ с использованием ППП «STATISTICA» : [учеб.-метод. материал по программе повышения квалификации «Применение программных средств в научных исследованиях и преподавании математики и механики»] / Буреева Н. Н. — Нижний Новгород : [б. и.], 2007. — 112 с.
64. Буторин В. В. Формирование мотивационно-ценностного отношения к

- здоровому стилю життя у студентів педвуза : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.08 / Буторин Владимир Владимирович. — М., 2008. — 209 с.
65. Вайнер Э. Н. Валеология : учебник для вузов / Вайнер Э. Н. — М. : Флинта ; Наука, 2001. — 416 с.
66. Вакуленко О. В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / О. В. Вакуленко. — К., 2001. — 20 с.
67. Валеологічна освіта в середній школі зміна парадигми : метод. реком. / [уклад. Гончаренко М. С., Іванова Г. М., Кириленко С. В.]. — Х. : [б. в.], 2000. — 64 с.
68. Валеологія — наука про здоровий спосіб життя : [інформ.-метод. зб.]. — К. : Знання, 1996. — Вип. 1. — 336 с.
69. Варварук Н. Чинники формування свідомого ставлення студентів до власного здоров'я / Н. Варварук, Г. Презлята // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2006. — № 4. — С. 24—25.
70. Василенко В. А. Ценность и ценностное отношение / В. А. Василенко // Проблема ценности в философии : [сб. науч. тр. / под ред. А. Г. Харчева]. — М. ; Л. : Наука, 1966. — С. 41—49.
71. Васильева З. А. Резервы здоровья / З. А. Васильева, С. М. Любинская. — М. : Знание, 1994. — 216 с.
72. Ващенко О. М. Формування умінь і навичок здорового способу життя учнів 1—4 класів шкіл-інтернатів : дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.07 / — Ващенко Олена Миколаївна. — К., 2007. — 227, [4] с.
73. Ведин И. Ф. Бытие : деятельность и смысл / Ведин И. Ф. — Рига : Зинатне, 1987. — 212 с.
74. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад., гол. ред. В. Т. Бусел]. — К. ; Ірпінь : Перун, 2003. — 1440 с.
75. Вернадский В. И. Биосфера / Вернадский В. И. — М. : Ноосфера. 2001. —

- 244 с.
76. Виленский М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента : [учеб. пособ.] / М. Я. Виленский, А. Г. Горшков. — М. : КНОРУС, 2012. — 240 с.
 77. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека / Вилюнас В. К. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. — 288 с.
 78. Вишневский В. А. Здоровьесбережение в школе (педагогические стратегии и технологии) / Вишневский В. А. — М. : Теория и практика физической культуры, 2002. — 270 с.
 79. Вишняков Н. И. Профилактика и диспансеризация студентов в современных условиях / Н. И. Вишняков // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров : Всеросс. науч. конф., 2007 г. : материалы. — М. : [б. и.], 2007. — С. 142—144.
 80. Власов Г. Обґрунтування доцільності формування здорового способу життя студентів-медиків засобами фізичного виховання / Григорій Власов // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. — 2012. — № 3. — С. 191—195.
 81. Власюк Г. Учнівське самоврядування у формуванні здорового способу життя засобами фізичної культури / Г. Власюк // Фізичне виховання в школі. — 2002. — № 2. — С. 38—42.
 82. Водопьянов В. И. Активный, здоровый образ жизни и нормология / В. И. Водопьянов // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. — 1990. — Вып. 6. — С. 55—58.
 83. Волков В. Ю. Организация и контроль в реабилитации здоровья студентов : учеб. пособ. / Волков В. Ю., Волкова Л. М., Давиденко Д. Н. — СПб. : СПбГТУ, 1996. — 89 с.
 84. Волошин О. Р. Розвиток валеологічної освіти на західноукраїнських землях (1918—1939 рр.) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки» / О. Р. Волошин. — Дрогобич, 2012. — 20 с.

85. Волошина Л. Н. Развитие здоровьесберегающего образовательного пространства дошкольных учреждений (методология, теория, практика) : автореф. дисс. на соискание науч. степени докт. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / Л. Н. Волошина. — Екатеринбург, 2006. — 48 с.
86. Выгодский Л. С. Педагогическая психология / Выгодский Л. С. — М. : Педагогика, 1991. — 580 с.
87. Выявление сердечно-сосудистой патологии у подростков и студентов при массовых профилактических осмотрах / Л. Г. Антонова, Л. М. Тихомирова, Л. П. Приленко, Л. В. Шатурова // Советское здравоохранение. — 1989. — № 5. — С. 29—32.
88. Гальперин П. Я. Введение в психологию : учеб. пособ. для вузов / Гальперин П. Я. — М. : «Книжный дом «Университет», 1999. — 332 с.
89. Гаркави Л. Х. Некоторые биофизические подходы к механизму действия аппарата «СКЭНАР» / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Г. Я. Марьяновская // Скэнar-терапия, скэнar-диагностика. — Таганрог : [б. и.], 1997. — С. 13—17.
90. Герчак Я. М. Формирование готовности к здоровьезбережению студентов высшего профессионального образования : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.08 «Теория и методика профессионального образования» / Я. М. Герчак. — Новокузнецк, 2007. — 22 с.
91. Гигиена детей и подростков : руководство для санитарных врачей / под ред. Г. Н. Сердюковской, А. Г. Сухарева. — М. : Медицина, 1986. — 496 с.
92. Гладощук О. Г. Педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів в системі фізичного виховання у вищому навчальному закладі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.02 «Теорія та методика навчання» / О. Г. Гладощук. — К., 2008. — 23 с.

93. Глазырин А. А. Формирование здорового образа жизни курсантов учебных заведений МВД средствами физической культуры и спорта : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.04 / Глазырин Андрей Андреевич. — Минск, 1998. — 122 с.
94. Глушенко В. С. Гигиеническое обучение и воспитание населения. Методика пропаганды здорового образа жизни : учебно-метод. пособ. / В. С. Глушенко, Н. Я. Воронята. — Витебск : Витеб. мед. ин-т, 1992. — 28 с.
95. Головачук В. Сучасні стратегії навчання у сфері профілактики та формування здорового способу життя в умовах сучасної школи / Валентина Головачук, Оксана Левицька // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Випуск 12 : у 4-х т. — Львів : НВФ «Українські технології», 2008. — Т. 4. — С. 35—39.
96. Гончар Г. І. Організаційно-методичні умови формування мотивації студентів інститутів фізичної культури до професійно-прикладної фізичної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Г. І. Гончар. — Дніпропетровськ, 2013. — 19 с.
97. Гончаренко М. С. Валеологічні основи духовності : навч. посіб. / Гончаренко М. С. — Х. : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2008. — 332 с.
98. Гончаренко М. С. Валеологія в схемах : навч. посіб. / Гончаренко М. С. — Х. : Бурун Книга, 2005. — 208 с.
99. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / Гончаренко С. У. — К. : Либідь, 1997. — 376 с.
100. Горащук В. П. Формування культури здоров'я школярів (Теорія і практика) / Горащук В. П. — Луганськ : Альма-матер, 2003. — 376 с.
101. Горен М. Путь к здоровью и долголетию / Горен Михаэль ; [пер. с иврита А. Белова / под ред. Вольфганга фон Вайзеля]. — Иерусалим : Изд-во Р. Портной, 1984. — 335 с.

102. Горчак С. И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С. И. Горчак // Здоровый образ жизни. Социально-философские и медико-биологические проблемы : [сб. науч. ст.]. — Кишинев : Штиинца, 1991. — С. 19—36.
103. Горячев В. Здоровье — категория педагогическая / В. Горячев // Народное образование. — 1999. — № 9. — С. 219—231.
104. Грибан В. Г. Валеология : підручник / Грибан В. Г. — К. : Центр учбової літератури, 2008. — 214 с.
105. Григоренко Г. В. Соціально-педагогічні та духовно-ціннісні основи особистісно орієнтованого формування здоров'я творчої компетентності учнів загальноосвітньої школи / Г. В. Григоренко // Духовність особистості : методологія, теорія і практика. — 2011. — Вип. 5. — С. 25—33.
106. Григорьев В. И. Фитнес-культура студентов : теория и практика : учебн. пособ. / Григорьев В. И., Давиденко Д. Н., Малинина С. В. — СПб. : Изд-во СПбГУЭФ, 2010. — 228 с.
107. Громбах С. М. Психогигиена учебных занятий в учебных учреждениях / С. М. Громбах // Психогигиена детей и подростков / под ред. Г. Н. Сердюковской, Г. Гельцина. — М. : Медицина, 1985. — С. 92—114.
108. Губенко О. В. Особливості пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед української молоді / О. В. Губенко // Практична психологія та соціальна робота. — 2007. — № 12. — С. 56.
109. Гундаров И. А. Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни / Гундаров И. А., Киселева Н. В., Копика О. С. — М. : НПО «Союзмединформ», 1989. — 84 с.
110. Гурский А. В. О физическом развитии современного студента / А. В. Гурский // Физическая культура : воспитание, образование, тренировка. — 2013. — № 2. — С. 77—79.
111. Давиденко Д. Н. Здоровье и образ жизни студентов : [учеб. пособ.] / Давиденко Д. Н., Щедрин Ю. Н., Щеголев В. А.; под. ред.

- Д. Н. Давиденко. — СПб. : СПбГУИТМО, 2005. — 124 с.
112. Давиденко Е. В. Физическая подготовленность учащихся — один из факторов стабильности их здоровья / Е. В. Давиденко, А. Маждалави // Оптимізація процесу виховання в системі освіти. — К. ; Тернопіль :[б. в.], 1997. — С. 88—90.
 113. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине : этиология / Давыдовский И. В. — М. : Медгиз, 1962. — 176 с.
 114. Даниленко Г. Н. Охрана здоровья детей и подростков / Даниленко Г. Н. — М. : Наука, 1996. — 432 с.
 115. Дембо А. Г. Врачебный контроль в спорте / Дембо А. Г. — М. : Медицина, 1988. — 228 с.
 116. Денисенко Н. Ф. Оздоровчі технології в освітньому процесі / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. — 2004. — № 12. — С. 4—6.
 117. Дерій С. І. Основи екології : [навч. посіб. для шкіл, МАН з поглибленим вивченням екології] / С. І. Дерій, В. О. Ілюха. — К. : Фітосоціоцентр, 2000. — 199, [1] с.
 118. Дерябо С. Д. Экологическая педагогика и психология / С. Д. Дерябо, В. А. Левин. — Ростов н/Д : Феникс, 1996. — 480 с.
 119. Джаннет Рейнуотер. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом / Джаннет Рейнуотер ; [пер. с англ., ред., авт. послесл. Ф. Е. Василюк]. — [2-е изд.]. — М. : Прогресс, 1993. — 240 с.
 120. Джидарьян И. А. Категория активности и ее место в системе психологического знания / И. А. Джидарьян // Категории материалистической диалектики и психологии : [сб. науч. тр. / под ред. Л. И. Анциферовой]. — М. : Наука, 1988. — С. 56—89.
 121. Добротворская С. Г. Здоровье как ценность для студентов / С. Г. Добротворская // Мозг, адаптивное образование и экономика : I Кантовская науч.-практ. конф., 1998 г. : тезисы докл. — Казань : [б. и.], 1998. — С. 26.
 122. Дробницкий О. Г. Мир оживших предметов. Проблема ценности и

- марксистская философия / Дробницкий О. Г. — М. : Политиздат, 1967. — 351 с.
123. Дроздук І. До питання розробки рекомендацій щодо зміцнення і корекції стану здоров'я та формування здорового способу життя у інтерактивній програмі «здоров'я сім'ї» / І. Дроздук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2006. — № 4. — С. 47—50.
124. Дряпіка В. І. Орієнтації студентської молоді на цінності музичної культури (соціально-педагогічний аспект) : дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.04 / Дряпіка Володимир Іванович. — К., 1996. — 215 с.
125. Дубок І. В. До сутності поняття «Здоровий спосіб життя» / І. В. Дубок // Вісник Глухівського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. — 2010. — Вип. 16. — С. 212—215.
126. Дубровский В. И. Валеология. Здоровый образ жизни : учеб. для пед. вузов / Дубровский В. И. — М. : Флинта, 1999. — 560 с.
127. Дудорова Л. Ю. Педагогічні умови формування потреби в здоровому способі життя майбутніх учителів у процесі фізичного виховання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л. Ю. Дудорова. — Вінниця, 2009. — 24 с.
128. Дэвис Дж. Э. Социальная установка / Джеймс Э. Дэвис // Американская социология. Перспективы. Проблемы. Методы ; [пер. с англ. В. В. Воронина и Е. В. Зинковского] / под ред. Г. В. Осипова. — М. : Прогресс, 1972. — С. 54—67.
129. Елькова Л. С. Формирование здоровьесберегающего образовательного пространства высшей школы : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Л. С. Елькова. — М., 2006 — 26 с.
130. Ефимова В. М. Физиологические основы здоровьесберегающей педагогики : учеб. пособ. / Ефимова В. М. — Симферополь : Антикава,

2009. — 120 с.
131. Єжова О. О. Здоровий спосіб життя : навч. посіб. / Єжова О. О. — Суми : Університетська книга, 2010. — 127 с.
 132. Жабокрицька О. В. Педагогічні умови виховання основ здорового способу життя підлітків у позакласній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / О. В. Жабокрицька. — К., 2004. — 20 с.
 133. Завидівська Н. Шляхи оптимізації фізкультурно-спортивної діяльності студентів вищих навчальних закладів / Н. Завидівська, І. Ополонець // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. — Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010 — № 2. — С. 50—54.
 134. Загвязинский В. И. Педагогическое предвидение / Загвязинский В. И. — М. : Знание, 1987. — 80 с.
 135. Зайцев Г. К. Валеология : культура здоровья : книга для учителей и студ. / Г. К. Зайцев, А. Г. Зайцев. — Самара : БАХРАМ-М, 2003. — 272 с.
 136. Закопайло С. А. Педагогічні основи виховання в юнаків 10—11 класів цінностей здорового способу життя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / С. А. Закопайло. — К., 2003. — 19 с.
 137. Залеський І. І. Екологія людини : [підруч.] / І. І. Залеський, М. О. Клименко. — К. : Видавничий центр «Академія», 2005. — 287, [1] с. — (Серія «Альма-Матер»).
 138. Запольський А. К. Основи екології : підруч. для студ. техніко-технолог. спец. вищих навч. закл. / А. К. Запольський, А. І. Салюк; за ред. К. М. Ситника. — К. : Вища школа, 2003. — 357, [1] с.
 139. Запорожченко В. Г. К поняттю «Здоровый образ жизни» / В. Г. Запорожченко // Здоровый образ жизни : Междунар. науч. конф., 12—14 декаб. 1990 г. : тезисы докл. — Новгород : [б. и.], 1990. — С. 26.
 140. Звездина М. Л. Разнообразие научных подходов к формированию здорового образа жизни обучающихся / М. Л. Звездина // Научный

- диалог. — 2013. — № 8. — С. 8—23.
141. Здіорук С. І. Психологічне обґрунтування використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції з метою профілактики нарко-, токсикоманії та алкоголізму / С. І. Здіорук // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 10. — С. 6—10.
 142. Здоров'ярозвиваючі технології фізичного виховання в педагогічному процесі вищих навчальних закладів / Н. В. Чухланцева, Л. Г. Сокол, Т. В. Напалкова, Н. Л. Барська // Слобожанський науково-спортивний вісник. — 2013. — № 4. — С. 107—110.
 143. Здоровий спосіб життя студента, як основа формування здорового професіонала / В. А. Огнєв, С. Г. Усенко, К. М. Сокол, С. А. Усенко // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, Харків, 7—8 лист. 2012 р.: матеріали. — Х.: [б. в.], 2012. — С. 183—184.
 144. Здоровье и здоровый образ жизни студентов: учеб. пособ. / [Волков В. Ю., Давиденко Д. Н., Новицкий Ю. В., Филиппов М. М.]; под ред. Д. Н. Давиденко. — СПб.; К.: СПбГПУ, 2005. — 157 с.
 145. Здоровьесберегающее сопровождение воспитательно-образовательного процесса: метод. пособ. Часть I. Здоровьесберегающая среда в образовательном учреждении / [автор.-сост. Семенкова Т. Н., Фральцова Т. А., Заруба Н. А. и др.]; под ред. Э. М. Казина. — Кемерово: Изд-во КРИП-КиПРО, 2005. — 147 с.
 146. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: [методич. реком. / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина]. — М.: Триада-фарм, 2002. — 117 с.
 147. Здравомыслов А. Г. Потребности. Интересы. Ценности / Здравомыслов А. Г. — М.: Политиздат, 1986. — 224 с.
 148. Зенкина С. В. Педагогические основы ориентации информационно-

- образовательной среды на новые образовательные результаты : автореф. дисс. на соискание учен. степени докт. пед. наук : спец. 13.00.02 «Теория и методика обучения и воспитания » / С. В. Зенкина. — М., 2007. — 48 с.
149. Зимівець Н. В. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді : дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.05 / Зимівець Наталія Володимирівна. — Луганськ, 2008. — 247 с.
150. Зимняя И. А. Педагогическая психология : учеб. пособ. для вузов / Зимняя И. А. — М. : Логос, 2001. — 382 с.
151. Зоріна О. Міжпредметні зв'язки на уроках основ здоров'я. Їх значення для формування світогляду учнів / О. Зоріна // Здоров'я та фізична культура. — 2013. — № 17. — С. 3—7.
152. Иванова Н. К. Организационно-педагогические условия формирования здорового образа жизни школьников : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.01 / Иванова Нелли Кирилловна. — Самара, 2000. — 221 с.
153. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Вестник АМН СССР. — 1982. — № 4. — С. 29—33.
154. Ивчатова Т. В. Двигательная активность и здоровье человека / Ивчатова Т. В. — К. : Науковий світ, 2011. — 285 с.
155. Игнатова В. В. Педагогические стратегии в контексте профессионально-культурного становления личности студента вуза / В. В. Игнатова, О. А. Шушерина // Сибирский педагогический журнал. — 2004. — № 1. — С. 105—113.
156. Игнатъев А. М. Формирование ценностной ориентации на здоровый образ жизни у учащихся кадетской школы на основе спортивно-оздоровительного туризма : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / А. М. Игнатъев . — Чебоксары, 2012 — 23 с.
157. Изуткин А. М. Социалистический образ жизни и здоровье населения /

- А. М. Изуткин, Г. И. Царегородцев. — М. : Мысль, 1977. — 232 с.
158. Ильин В. С. Формирование личности школьника (целостный процесс) / Ильин В. С. — М. : Педагогика, 1984. — 144 с.
159. Ильинич М. В. Физическая культура студентов / Ильинич М. В. — М. : Гардарики, 2005. — 366 с.
160. Инновационные технологии здоровьесохраняющего развития человека : учебн.-метод. пособ. / под ред. В. И. Жукова. — [2-е изд., доп. и перераб.]. — М. : Гном и Д, 2008. — 296 с.
161. Ирхин В. Н. Педагогическое сопровождение студентов в условиях здоровьесберегающего образовательного процесса в вузе / В. Н. Ирхин, И. В. Ирхина, О. А. Беседина // Культура физическая и здоровье. — 2010. — № 4. — С. 37—39.
162. Исаев И. Ф. Теория и практика формирования профессиональной культуры преподавателей высшей школы / Исаев И. Ф. — М. ; Белгород : МГПУ, 1993. — 219 с.
163. Ивановський С. Здорова дитина — майбутнє країни / С. Ивановський // Директор школи. — 2009. — № 36. — С. 4—6.
164. Иванченко Л. П. Формування у підлітків мотивації до систематичних занять фізичною культурою і спортом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія та методика виховання» / Л. П. Иванченко. — Луганськ, 2007. — 19 с.
165. Иващук Л. Ю. Валеологія : навч. посіб. / Л. Ю. Иващук, С. М. Онишкевич. — Тернопіль : Навчальна книга — Богдан, 2010. — 400 с.
166. Інструктивно-методичні рекомендації для медичних працівників з формування здорового способу життя / [уклад. В. С. Лозинський]. — К. : [б. в.], 2000. — 22 с.
167. Каган М. С. Философская теория ценности / Каган М. С. — СПб. : ТОО ТК «Петрополис», 1997. — 205 с.
168. Казакина М. Г. Ценностные ориентации школьников и их формирование в

- коллективе / Казакина М. Г. — Л. : Изд-во ЛГПИ, 1989. — 154 с.
169. Казин Э. М. Основы индивидуального здоровья человека. Введение в общую и прикладную валеологию : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений / Казин Э. М., Блинов Н. Г., Литвинова Н. А. — М. : ВЛАДОС, 2000. — 192 с.
170. Казначеев В. П. Здоровье нации, просвещение, образование / Казначеев В. П. — М. ; Кострома : Исслед. центр проблем качества подготовки спец-тов, КГПУ, 1996. — 248 с.
171. Калінчук Ф. М. Організаційно-педагогічні умови підготовки учителів природничих дисциплін до формування здорового способу життя у підлітків : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / Ф. М. Калінчук. — Житомир, 2012. — 20 с.
172. Калюжна О. І. Формування навичок здорового способу життя підлітків у позашкільному навчальному закладі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / О. І. Калюжна. — К., 2010. — 18 с.
173. Камаев И. А. Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов / И. А. Камаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — № 1. — С. 26—29.
174. Капица П. Л. Эксперимент, теория, практика : статьи, выступления / Капица П. Л. — [3-е изд., доп.]. — М. : Наука, 1981 — 495 с.
175. Капустин Е. Н. Здоровый образ жизни учащейся молодежи / Капустин Е. Н. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1991. — 69 с.
176. Каракотова С. М. Формирование здорового образа жизни в условиях развития психолого-педагогического комфорта в семье : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / С. М. Каракотова. — Карачаевск, 2004. — 17 с.
177. Карасева Т. В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих

- технологий / Т. В. Карасева // Начальная школа. — 2005. — № 11. — С. 75—78.
178. Караханова Г. А. Теоретико-методологические основы исследования нравственной культуры учителя : монография / Караханова Г. А. — М. : [б. и.], 2005. — 143 с.
179. Касенок Д. Э. Формирование нравственных ценностных ориентаций здорового образа жизни старшеклассников : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.01 / Касенок Дмитрий Эдуардович. — Витебск, 1998. — 143 с.
180. Кашуба В. А. Современные подходы к здоровьесбережению студентов в процессе физического воспитания / В. А. Кашуба, С. М. Футорный, Е. В. Андреева // Физическое воспитание студентов. — 2012. — № 5. — С. 51—59.
181. Кебкало Т. Г. Здоровье человека и безопасность его жизнедеятельности в контексте эколого-валеологической культуры / Т. Г. Кебкало, Т. Ю. Еричева, О. А. Палиенко // Мир гуманитарного и естественнонаучного знания : I Междун. науч.-практ. конф., 2012 г. : материалы. — Краснодар : [б. и.], 2012. — С. 257—267.
182. Кириленко С. В. Соціально-педагогічні умови формування культури здоров'я старшокласників : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / С. В. Кириленко. — К., 2004. — 21 с.
183. Кирьякова А. В. Теория ориентации личности в мире ценностей : монография / Кирьякова А. В. — Оренбург : Изд-во ОрГУ, 1996. — 187 с.
184. Киэлевяйнен Л. М. Формирование у студентов ценностно-смыслового отношения к здоровому образу жизни в физкультурно-образовательном процессе педагогического вуза : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Л. М. Киэлевяйнен. — Тверь, 2012. — 26 с.
185. Кларин М. В. Инновационные модели обучения в зарубежных педагогических поисках / Кларин М. В. — М. : Арена, 1994. — 222 с.

186. Клепко С. Ф. Компетентізація освіти. Обмеження і перспективи / С. Ф. Клепко // Завуч. — 2005. — № 1. — С. 6—13.
187. Климов Е. А. Введение в психологию труда : учеб. пособ. для вузов / Климов Е. А. — М. : Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998. — 350 с.
188. Кобяков Ю. П. Проектирование и реализация здоровьеразвивающей технологии физического воспитания студентов вузов : автореф. дисс. на соискание учен. степени доктора пед. наук : спец. 13.00.08 «Теория и методика профессионального образования» / Ю. П. Кобяков. — М., 2006. — 38 с.
189. Коган О. В. Формування здорового способу життя у старшокласників допоміжної школи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / О. В. Коган. — К., 2006. — 19 с.
190. Коқун О. М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії / О. М. Коқун // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 10. — С. 10—11.
191. Колбанов В. В. Валеология в школе / В. В. Колбанов, Г. К. Зайцев. — СПб. : СПГУПМ, 1992 — 51 с.
192. Колбанов В. В. Валеология. Основные понятия, термины и определения / Колбанов В. В. — СПб. : Деан, 2000. — 256 с.
193. Колесникова И. А. Воспитание человеческих качеств / И. А. Колесникова // Педагогика. — 1999. — № 8. — С. 56—62.
194. Колин К. К. Социальная информатика : учеб. пособ. для вузов / Колин К. К. — М. : Академический проект, 2003. — 432 с.
195. Кон И. С. Как построить своё «Я» / Кон И. С. — М. : Просвещение, 1991. — 115 с.
196. Кондаков Н. И. Логический словарь-справочник / Кондаков Н. И. — М. : Наука, 1976. — 720 с.
197. Кондратюк С. М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя : автореф. дис. на здобуття наук.

- ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія та методика виховання» / С. М. Кондратюк. — К., 2003. — 21 с.
198. Концепція «Загальнодержавної програми «Здоров'я—2020 : український вимір» [Електронний ресурс] // Верховна рада України офіційний веб-портал. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-p>.
199. Концепція розвитку фізичного виховання у сфері освіти в Україні / М. Д. Зубалій, Б. Ф. Ведмеденко, В. І. Мудрік [та ін.] // Основи здоров'я та фізична культура. — 2006. — № 10. — С. 2—3.
200. Коньшев В. А. Анализ спорных концепций питания человека / В. А. Коньшев // Вопросы питания. — 1983. — № 6. — С. 3—10.
201. Копа В. М. Соціальна цінність модусу здоров'я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. філос. наук : спец. 09.00.03 «Соціальна філософія та філософія історії» / В. М. Копа. — Одеса, 2006. — 18 с.
202. Корсик В. Інтерактивне навчання на уроках основ здоров'я / В. Корсик // Здоров'я та фізична культура. — 2013. — № 17. — С. 11—12.
203. Красноперова Н. А. Педагогическое обеспечение формирования здорового образа жизни / Н. А. Красноперова // Научно-теоретический журнал. — 2005. — № 6. — С. 32—38.
204. Критерии здорового образа жизни студенческой молодёжи / Н. В. Дегтярьова, В. Г. Лосик, В. П. Цымбал [и др.] // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. — 2006. — № 1. — С. 68—75.
205. Кружиліна Т. Здоров'ятворююча освіта : валеологічний підхід до організації педагогічного процесу / Т. Кружиліна, Т. Орехова // Основи безпеки життя. — 1997. — № 11. — С. 10—14.
206. Круцевич Т. Ю. Формування ціннісних категорій особистої фізичної культури студентів у системі вищої освіти / Т. Ю. Круцевич, О. Ю. Марченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. — К. : Олімпійська література, 2009. — № 2. — С. 78—81.

207. Кудашев Р. К. Формирование культуры здоровья студентов в здоровьесберегающей образовательной среде вуза / Р. К. Кудашев // Педагогические и психологические науки. — 2012. — № 5. — С. 117—123.
208. Кузьмина Н. В. Психологическая структура деятельности учителя / Н. В. Кузьмина, Н. В. Кухарев. — Гомель : Гомельский университет, 1976. — 57 с.
209. Куинджи Н. Н. Валеология : пути формирования здоровья школьников : [метод. пособ.] / Куинджи Н. Н. — М. : Аспект Пресс, 2000. — 265 с.
210. Куліш О. В. Підходи до еколого-валеологічного виховання в шкільному курсі / О. В. Куліш // Науково-методичні підходи до викладання природничих дисциплін в освітніх закладах ХХІ століття : Всеукр. наук.-практ. конф., 17—18 трав. 2001 р. : матеріали. — Полтава, 2001. — С. 37—39.
211. Кульневич С. В. Педагогика личности от концепции до технологии / Кульневич С. В. — Ростов н /Д. : Учитель, 2001. — 160 с.
212. Культура физическая и здоровье : [монография] / А. В. Лотоненко, Г. Р. Гостев, С. Р. Гостев, О. А. Григорьев. — М. : Еврошкола, 2008. — 450 с.
213. Кулюткин Ю. Н. Образовательная среда и развитие личности : [Электронный ресурс] / Ю. Н. Кулюткин, С. В. Тарасов // Новые Знания. Журнал по проблемам образования взрослых. — 2001. — № 1. — Режим доступа : http://www.znanie.org/gurnal/n1_01/obraz_sreda.html.
214. Куницына В. Н. Проблема отношений личности в трудах В. Н. Мясищева / В. Н. Куницына, В. Н. Панферов // Психологический журнал. — 1992. — № 3, Т. 13. — С. 140—147.
215. Кучерявий В. П. Екологія : [підручник] / Володимир Панасович Кучерявий. — Львів : Світ, 2000. — 499 [1] с.
216. Кучма В. Р. Концепция «Общие подходы к формированию гигиенических

- требований к условиям реализации основных общеобразовательных программ» / В. Р. Кучма, М. И. Степанова // Проект «Разработка компонентов стандарта общего образования второго поколения»: Разработка гигиенических требований к условиям реализации основных общеобразовательных программ. — М.: [б. и.], 2006. — 56 с.
217. Лавричева И. А. Формирование валеологической культуры студентов: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Лавричева Ирина Анатольевна. — Саратов, 2002. — 190 с.
218. Лапаєнко С. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя / С. Лапаєнко // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: [зб. наук. праць]. — К.: Педагогічна думка, 1999. — Кн. I. — С. 176—182.
219. Лебедева Н. Т. Учебные заведения и здоровье студентов: пособие / Лебедева Н. Т. — Минск: Універсітэцкае, 1998. — 221 с.
220. Лейфа А. В. Система физической активности и здоровьесбережение студентов высших учебных заведений / Лейфа А. В. — Благовещенск: Изд-во Амур. гос. ун-та, 2004. — 260 с.
221. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / Леонтьев А. Н. — М.: МГУ, 1981. — 584 с.
222. Леонтьев Д. А. Ценность как междисциплинарное понятие: Опыт многомерной реконструкции / Д. А. Леонтьев // Вопросы философии. — 1994. — № 4. — С. 15—26.
223. Леонтьєва О. І. Формування здорового способу життя підлітків засобами культурно-просвітньої діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.06 «Теорія, методика й організація культурно-просвітньої діяльності» / О. І. Леонтьєва. — К., 2005. — 20 с.
224. Лечебная физическая культура в хирургии / под ред. В. К. Добровольского. — [2-е изд., испр. и доп.]. — Л.: Медицина, 1976. — 248 с.
225. Лечебная физическая культура: учеб. для студ. высш. учеб. завед. / под

- ред. С. Н. Попова. — [4-е изд.]. — М. : Издательский центр «Академия», 2007. — 416 с.
226. Лепіхова Л. А. Вплив життєвого досвіду на стратегії та рівні життєвих домагань / Л. А. Лепіхова // Психологічна герменевтика : [зб. наук. праць / за ред. Н. В. Чепелевої]. — К. : Міленіум, 2005. — Т. 2., Вип. 3. — С. 169—172.
227. Лисицын Ю. П. Здоровье человека — социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. — М. : Мысль, 1988. — 270 с.
228. Лисицын Ю. П. Концепция формирования здорового образа жизни / Ю. П. Лисицын // Сборник научных трудов. — М. : МИФК, 1991. — С. 3—27.
229. Лихачев Б. Т. Педагогика. Курс лекций / Лихачев Б. Т. — М. : Прометей, 1996. — 464 с.
230. Логинова Н. А. Жизненный путь человека как проблема психологии / Н. А. Логинова // Вопросы психологии. — 1985. — № 1. — С. 103—109.
231. Лозовицький О. С. Молоді України — здоровий спосіб життя! : [Електронний ресурс] / О. С. Лозовицький // Всеукраїнська експертна мережа. — Режим доступу : http://www.experts.in.ua/baza/analitic/index.php?ELEMENT_ID=73111.
232. Ломов Б. Ф. Системность в психологии. Избранные психологические труды / Ломов Б. Ф. ; под ред. В. А. Барабанщикова, Д. Н. Завалишченой, В. А. Пономаренко. — М. ; Воронеж : Моск. психол.-соц. ин-т, 1996. — 383 с.
233. Лоцилов В. И. Введение в валеотехнологию / Лоцилов В. И. — М. : Аллегро-Пресс, 1997. — 173 с.
234. Лубышева Л. И. Концепция формирования физической культуры человека / Лубышева Л. И. — М. : ГЦОЛИФК, 1992. — 120 с.
235. Луговской О. Е. Актуальні питання формування культури здоров'я студентів гірничих спеціальностей / О. Е. Луговской // Слобожанський науково-спортивний вісник. — 2012. — № 5. — С. 7—10.

236. Лук'янова Л. Б. Основи екології: [навч. посіб.] / Лариса Борисівна Лук'янова. — К.: Вища школа, 2000. — 327 с.
237. Лук'янова О. М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку / О. М. Лук'янова // Журнал АМН України. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 408—417.
238. Лукашов Д. В. Безпека життєдіяльності: курс лекцій для студентів біологічних факультетів: [навч. посіб.] / Дмитро Володимирович Лукашов. — К.: Фітосоціоцентр, 2004. — 143 с.
239. Ляпин В. П. Пути решения физического воспитания в вузах / В. П. Ляпин // Фізичне виховання — здоров'я студентів: наук.-метод. конф., 2003 р.: матеріали. — Донецьк: Наука і освіта. — 2003. — С. 66—68.
240. Лях В. В. Моделювання та впровадження програм щодо здорового способу життя / В. В. Лях, Т. Л. Лях. — К.: Науковий світ, 2002. — 122 с.
241. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії / С. Д. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 10. — С. 1—3.
242. Малахов Г. П. Законы оздоровления / Малахов Г. П. — СПб.: Генеза, 1999. — 254 с.
243. Малеиченко Е. А. Формирование установок на здоровый образ жизни в профессиональной подготовке студентов-юристов: автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. социолог. наук: спец. 14.00.52 «Социология медицины» / Е. А. Малеиченко. — Волгоград, 2007. — 26 с.
244. Малозёмов О. Ю. Аспекты генезиса понятия «Здоровый образ жизни» / О. Ю. Малозёмов // Стратегия формирования здорового образа жизни средствами физической культуры и спорта: опыт, перспективы развития. Всеросс. науч.-прак. конф. с междунар. уч., 14—15 нояб. 2013 г.: материалы. — Тюмень: Вектор Бук, 2013. — Ч. 1. — С. 28—32.
245. Манжелей И. В. Средовый подход в физическом воспитании студенческой

- молодежи / И. В. Манжелей // Стратегия формирования здорового образа жизни средствами физической культуры и спорта : опыт, перспективы развития. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. уч., 14—15 нояб. 2013 г. : материалы. — Тюмень : Вектор Бук, 2013. — Ч. 1. — С. 46—51.
246. Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Матрос Л. Г. — Новосибирск : Наука, 1992. — 156 с.
247. Мдівнішвілі І. Самостійні заняття фізичною культурою і спортом як запорука здорового способу життя студентської молоді / І. Мдівнішвілі // Формування здорового способу життя студентської молоді : реалії та перспективи : Всеукр. наук.-практ. конф., 24—25 груд. 2002 р. : матеріали. — Полтава : [б. в.], 2003. — С. 83—85.
248. Медико-біологічні основи валеології : навч. посіб. / за ред. П. Д. Плахтія. — Кам'янець-Подільський : К-ПДУ, 2000. — 408 с.
249. Медико-социальные проблемы состояния здоровья современных подростков / Н. М. Коренев, С. А. Левенец, Г. Н. Давиденко [и др.] // Здоров'я молоді на межі тисячоліть : наук.-практ. конф., 2000 р. : матеріали. — Х. : Укр. НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків, 2000. — С. 2—6.
250. Мелюхин Г. М. Аксиологический аспект здорового образа жизни в формировании личности : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. филос. наук : спец. 09.00.11 «Социальная философия» / Г. М. Мелюхин. — Чебоксары, 2008. — 20 с.
251. Менчинская Е. А. Конструирование здоровьесберегающего процесса обучения в современной начальной школе : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Е. А. Менчинская. — Омск, 2008. — 29 с.
252. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / Мерлин В. С. — М. : Педагогика, 1986. — 256 с.
253. Мещерякова Г. П. Организационно-педагогическое обеспечение реализации здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе

- вуза : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.01 / Мещерякова Галина Павловна. — Ставрополь, 2006. — 190 с.
254. Митина Е. П. Здоровьесберегающие технологии сегодня и завтра / Е. П. Митина // Начальная школа. — 2006. — № 6. — С. 56—59.
255. Митчик О. Здоров'язберігальне середовище та здоров'язберігаючі технології у вищому навчальному закладі / О. Митчик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : [зб. наук. пр.] / [редкол. : А. В. Цьось та ін.]. — Луцьк : [б. в.], 2012. — № 4. — С. 156—160.
256. Михайлова Н. Н. Развитие образовательных технологий в начальном профессиональном образовании : дисс. ... доктора пед. наук : 13.00.08 / Михайлова Наталия Николаевна. — М., 2007. — 431 с.
257. Михальцова Л. Ф. Формирование здорового образа жизни студентов в процессе физического воспитания / Л. Ф. Михальцова // Проблемы общего профессионального образования в свете его модернизации : [сб. науч. тр.]. — Новокузнецк : РИО КузГПА, 2008. — С. 112—115.
258. Міненко А. О. Формування валеологічних знань у майбутніх учителів фізичної культури : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / А. О. Міненко. — К., 2007. — 20 с.
259. Міхеєнко О. І. Валеологія : основи індивідуального здоров'я людини : навч. посіб. / Міхеєнко О. І. — [2-е вид., перероб. і допов.]. — Суми : Університетська книга, 2010. — 448 с.
260. Міхеєва Л. Особливості формування здорового способу життя у молодого покоління : [Електронний ресурс] / Людмила Міхеєва // Український науковий журнал. Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації. — 2011. — № 3. — С. 318. — Режим доступу до журн. : <http://social-science.com.ua/article/577>.
261. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка : навч. посіб. / Мойсеюк Н. Є. — [3-є вид., доп.]. — К. : ВАТ КДНК, 2001. — 608 с.

262. Молодежь планеты : глобальная ситуация в 90-х годах, тенденции и перспективы / [Ильинский И. М., Алещенок С. В., Володин И. А. и др.] ; под ред. ред. И. М. Ильинского — М. : Институт молодежи, 1999. — 324 с.
263. Московченко О. Н. Оптимизация физических нагрузок на основе индивидуальной диагностики адаптивного состояния у занимающихся физической культурой и спортом (с применением компьютерных технологий) : автореф. дисс. на соискание учен. степени доктора пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / О. Н. Московченко. — М., 2008. — 62 с.
264. Московченко О. Н. Системный подход к оценке здорового образа жизни / О. Н. Московченко // Валеология. — 1999. — № 2. — С. 14—18.
265. Мысина Г. А. Здоровьесберегающая образовательно-воспитательная среда вуза (опыт МГТУ им. Н. Э. Баумана) / Г. А. Мысина // Известия Уральского государственного университета. — 2010. — № 6. — С. 68—76.
266. Мясичев В. Н. Психологические отношения. Избранные психологические труды / Мясичев В. Н. ; под ред. А. А. Бодалева. — М. : Изд-во института практич. психологии ; Воронеж : НПО «Модэк», 1995. — 356 с.
267. Науменко Ю. В. Здоров'язберігаюча діяльність школи / Ю. В. Науменко // Педагогіка. — 2005. — № 6. — С. 37—44.
268. Немчин Г. А. Состояние нервно-психического напряжения : [монография] / Немчин Г. А. — Л. : Наука, 1983. — 200 с.
269. Ніколайчук І. Ю. Роль фізичної культури в вихованні духовно-фізичних якостей молоді / І. Ю. Ніколайчук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2005. — № 10. — С. 104—106.
270. Новиков В. Н. Образовательная среда вуза как профессионально и личностно стимулирующий фактор : [Электронный ресурс] / В. Н. Новиков // Электронный журнал. Психологическая наука и

- образование. — 2012. — № 1. — Режим доступа к журн. : <http://www.psyedu.ru/journal/2012/1/2776.phtml>.
271. Носков В. І. Основи психогігієнічного забезпечення гуманістично орієнтованої професійної підготовки студентів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора психол. наук : спец. 19.00.02 «Психофізіологія» / В. І. Носков. — К., 2002. — 30 с.
272. Носова Л. Організація оздоровчо-фізкультурної діяльності учнів через інтеграцію інноваційних технологій / Л. Носова // Здоров'я та фізична культура. — 2013. — № 24. — С. 4—5.
273. Образование в области здоровья и укрепления здоровья среди детей, подростков и молодежи России / под ред. Л. К. Дёмина, Н. А. Дёминой. — М. : Академия, 1999. — 164 с.
274. Овчинникова Л. Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.01 / Овчинникова Людмила Николаевна. — Екатеринбург, 2003. — 194 с.
275. Одінцов М. В. Формування здорового способу життя студентів вищих технічних навчальних закладів / М. В. Одінцов // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології. — 2009. — № 1. — С. 310—312.
276. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80 000 слов и фразеол. выражений / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. — [4-е изд., доп.]. — М. : Азбуковник, 1998. — 943 с.
277. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка : навч. посіб. / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. — Х. : Основа, 2008. — 205 с.
278. Омельченко С. О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків : монографія / Омельченко С. О. — Луганськ : Альма-матер, 2007. — 353 с.
279. Опыт реализации комплексной стратегии образования, формирующего здоровье школьников : [сб. статей и науч.-метод. разработ. / под ред.

- Ю. В. Науменко]. — Волгоград : Изд-во ВГИПК РО, 2005. — 236 с.
280. Оринчук В. А. Педагогические условия формирования качества жизни студентов : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / В. А. Оринчук. — Нижний Новгород, 2009. — 20 с.
281. Орлов Ю. М. Восхождение к индивидуальности. Книга для преподавателей / Орлов Ю. М. — М. : Просвещение, 1994. — 287 с.
282. Осадчая Н. В. Воспитание у студентов вузов потребности и навыков здорового образа жизни : дисс. ... кандидата пед. наук : 13.00.01 / Осадчая Надежда Васильевна. — М., 2005. — 118 с.
283. Осик В. И. Валеология : [учеб. пособ.] / Осик В. И. — Краснодар : Советская Кубань, 1997 — 288 с.
284. Осіян І. Застосування комп'ютерних технологій у фізичному вихованні / І. Осіян // Здоров'я та фізична культура. — 2013. — № 19. — С. 4—8.
285. Основные гигиенические требования к организации учебных занятий, учебных программ : метод. указ. / М. А. Шарова, Э. С. Аветисов, Е. К. Глушкова, Ю. З. Розенблюм. — М. : [б. и.], 1987. — 89 с.
286. Ошина О. В. Образовательная система подготовки студентов вузов к здоровому образу жизни : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / О. В. Ошина. — Санкт-Петербург, 2006. — 22 с.
287. Павлютенков Є. М. Модель компетентного випускника школи / Є. М. Павлютенков // Управління школою. — 2005. — № 28 —29. — С. 4—12.
288. Педагогика : учеб. пособ. для студентов пед. вузов и пед. колледжей / под ред. П. И. Пидкасистого. — М. : Педагогическое общество России, 1998. — 640 с.
289. Педагогика. Большая современная энциклопедия / [сост. Е. С. Рапацевич]. — Минск : Современное слово, 2005. — 720 с.
290. Педагогическая валеология : учеб. пособ. для студентов пед. вузов / под

- ред. В. С. Кукушина. — М. ; Ростов н/Д : Издательский центр «МарТ», 2005. — 528 с.
291. Педагогічна майстерність учителя : навч. посіб. / за ред. В. М. Гриньової, С. Т. Золотухіної. — [2-е вид., випр. і доп.]. — Х. : ОВС, 2006. — 224 с.
292. Педагогічні аспекти фізичного виховання підлітків у формуванні ставлення до здорового способу життя / В. Білик, С. Ігнатенко, К. Палієнко [та ін.] // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія : Педагогічні науки. — Чернігів : ЧДПУ, 2006. — № 35. — С. 52—58.
293. Педагогічні технології особистісно орієнтованого формування у учнів загальноосвітньої школи культури здоров'я : теорія та практика : навч. посіб. / [Григоренко В. Г., Григоренко Г. В., Омельченко С. О. та ін.] ; за ред. В. Г. Григоренка, С. О. Омельченко. — Слов'янськ : Вид-во СДПУ, 2010. — 346 с.
294. Петрович В. С. Тренінг по впровадженню програм профілактики ВІЛ/СНІДу та популяризації здорового способу життя / В. С. Петрович // Практична психологія і соціальна робота. — 2004. — № 11. — С. 25—35.
295. Петровский А. В. Здоровый образ жизни / А. В. Петровский // Физкультура в школе. — 1995. — № 2. — С. 74.
296. Петровский В. А. Личность в психологии : парадигма субъектности : учеб. пособ. / Петровский В. А. — Ростов н/Д. : Феникс, 1996. — 512 с.
297. Підвищення рівня освіченості — один з шляхів залучення молоді до ведення здорового способу життя / Г. О. Литовченко, М. В. Довгопол, О. М. Буланов [та ін.] // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2006. — № 2. — С. 74—77.
298. Плаксина О. А. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у студентов педагогических специальностей университета : автореф. дисс. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / О. А. Плаксина. — Рязань, 2008 — 22 с.

299. Платонов В. Н. Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей — приоритетное направление современного здравоохранения / В. Н. Платонов // Спортивная медицина. — 2006. — № 2. — С. 3—14.
300. Плахтій П. Д. Основи шкільної гігієни. Теорія. Практикум. Тести : навч. посіб. / Плахтій П. Д., Підгорний В. К., Соколенко Л. С. — Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2009. — 332 с.

РОЗДІЛ II

СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО ВІДНОШЕННЯ ДО КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Педагогічна стратегія формування культури здорового способу життя в майбутнього педагога сполучена з вихованням ціннісного відношення до нього. Завдяки ціннісному відношенню в студента педагогічного вузу створюються стійка мотивація здорового способу життя, готовність і самоконтрольована активність у створенні свого здоров'я, готовність до пропаганди здорового способу життя серед майбутніх його учнів.

Успішна реалізація цієї стратегії багато в чому залежить від розвитку системи педагогічної освіти, внесення змін і доповнень у традиційні розділи педагогіки й створення нового напрямку в педагогічній науці — педагогічної валеології. Необхідність і доцільність цього напрямку роботи підказана ще й тими глобальними змінами, які відбулися в житті держави в 90-і роки двадцятого століття. Змістом їх з'явилися процеси розвитку й зміцнення виробничо-ринкових відносин на основі усе більше повної реалізації принципів волі й демократії. Як наслідок названих суспільних явищ відбувається глибока переоцінка загальнолюдських цінностей, здобуває новий зміст суспільне буття й суспільна свідомість. Поряд із зазначеними процесами, що відбуваються в суспільстві, закономірно накреслюються зміни й у системі освіти, у якій відповідно до нової національної доктрини як стратегічне завдання передбачається створення різноманіття освітніх програм, що забезпечують індивідуалізацію навчання, особистісно орієнтоване навчання й виховання [66, 6]. Разом з тим особливого значення набуває гуманітарне знання, орієнтоване на визнання права людини на вільний розвиток й прояв своїх здібностей. Демократизація громадського життя породжує необхідність подолання стереотипів авторитарної моделі освіти, в основі якої лежить не мотиваційний, а інформаційний підхід. У цьому зв'язку актуальною стає проблема введення нових компонентів, що є аспектами філософської

гуманістичної освіти, спрямованої на рішення глобального завдання - осмислення цінності життя, цінності кожної людини в системі світобудови [74, 72]. Одним з таких компонентів освіти служить валеологічний компонент, що одержав в останні роки широке поширення на всіх рівнях освіти, починаючи зі шкільної й закінчуючи системою вищої педагогічної освіти, що повинна забезпечити підготовку педагога нового типу.

Ціль створення валеологічного аспекту освіти полягає в здійсненні валеологічнонавичання й виховання учнів (студентів). При цьому під валеологічнимвихованнямрозуміється спеціально організований і цілеспрямований процес формування валеологічного світогляду (системи поглядів і переконань на факти і явища здорового способу життя); почуття відповідальності за своє здоров'я й спосіб життя; навичок ведення здорового способу життя й діяльності, що сприяє оздоровленню організму, розкриттю резервних можливостей людини.

Створення валеологічного компонента зажадало міждисциплінарної інтеграції зусиль учених і фахівців (педагогів, психологів, валеологів), які були спрямовані на розробку концептуальних основ формування здорового способу життя учнів (студентів). Рішенню цього завдання присвятили свою діяльність Ю. Л. Варшамова, И. Ю.Глинянова, Г. К. Зайцев, В. В.Колбанов, В. П.Петленко, А. А. Семенова, Н. К. Смирнов, В. П. Соломин, Л. Г. Татарникова. Створені концепції лягли в основу численних моделей валеологічної освіти й виховання (або моделей навчання здоровому способу життя).

Розробці концепцій формування культури здорового способу життя передував глибокий валеологічний аналіз традиційнонавичання, що припускав детальний розгляд методів, умов, компонентів й етапів освітнього процесу. Результатом проведеного дослідниками аналізу служать наступні висновки:

1. Існуюча авторитарна-репродуктивна система освіти, в основі якої лежить примус, суперечить потребам зростаючого

організму. Примус здатний привести до збиткової трансформації споживчо-мотиваційної сфери особистості. І тоді домінуючими стає не природньообумовлені (базові) потреби в саморозвитку, самопізнанні, самовдосконаленні здоров'я, а (квази) помилкові потреби.

Квазіпотреби можуть з'являтися у вигляді мотивації досягнення формальних цілей або мотивацій комфортного (пасивного) виконання навчальної діяльності. В результаті дитина виростає або в покірному виконавця волі вчителя й інших дорослих, або в імітатора активності й діловитості. Помилкові потреби людей виражаються в прагненні суперечити думці більшості або в прагненні до одержання сильних відчуттів. На цій основі в дитини може відбуватися деформація свідомості, і як результат цього виникнуть відхилення поведінки, починаючи від порушень шкільної дисципліни й закінчуючи серйозними провинами й навіть злочинами.

2. Шкільне фізичне виховання будується на примусовій підгонці учнів під середні, єдині для всіх нормативи, що суперечать потребам особистості. Як результат, відбувається деформація мотиваційних підстав фізкультурної діяльності. Учні починають неохоче відвідувати уроки фізичного виховання й ухиляються від виконання фізичними вправами, що призводить до сповільнення їхнього фізичного розвитку й погіршення здоров'я.

3. Інтенсифікація навчання (збільшення кількості навчальних предметів, довільне розширення навчальних програм, збільшення коефіцієнта заповнюваності уроку, ускладнення завдань за рахунок поглибленого вивчення предметів і збільшення сумарного денного навчального навантаження зарахунок домашніх завдань), як один з варіантів реформування системи освіти здійснюється ціною погіршення здоров'я й учнів, і педагогів.

4. Багаторічна заборона на інформацію в сфері статевого виховання був єдиним методом турботи про моральність підростаючого покоління, що не запобігало ранніх статевих контактів. Дефіцит знань про психологію інтимних відносин спричиняє трансформацію потреб статевої

сфери, затримку сексуального розвитку, що пізніше може перейти в статеві порушення, а останні, серйозно відбитися на майбутньому сімейному житті й здоров'ї.

5. Відзначено тенденцію зниження інтересу учнів до навчання, що обумовлено рядом причин: а) слабкої практичної й соціальної направленості освіти; б) нераціональним структуруванням навчального процесу, що діє пригнічено; в) низьким рівнем організації процесу навчання («прісно», повчальний тон, відверта неповага з боку вчителів). Як наслідок, порушується комфорт, послабляється воля, знижується тонус життєдіяльності учнів із супутніми наслідками відносно здоров'я (і фізичного, і психічного).

6. В авторитарній-репродуктивній моделі освіти незаздрісною виявилася роль вчителя, що з одного боку, став носієм авторитарно - репресивних відношень у школі, а з іншого боку - жертвою цих відносин. Консервативні установки й педагогічні стереотипи призвели до зниження творчої активності вчителя. Його престиж й авторитет значно зменшився. Став помітним відхід від питань виховання (у тому числі виховання здорового способу життя) в області навчання [22; 23].

Таким чином, аналіз традиційної шкільної освіти дозволив дослідникам розкрити психолого-педагогічні причини сповільнення розвитку учнів і виникнення відхилень у їхній поведінці й здоров'ї. Ці причини криються в системі освіти, основу якої становлять примуси й необґрунтовані заборони, інтенсифікація навчання.

Гармонію життя для себе людина визначає узгодженістю з природою, зі своїми ідеалами і ідеалами суспільства. Все своє життя вона прагне до такої гармонії, й ідеали в цьому прагненні є для неї орієнтирами. У своєму ставленні до дійсності людина залишається вірною, насамперед, своєму ідеалу і діяльність свою здійснює у відповідності з ним, самостверджуючи своє «Я». У діяльності людина відстоює свої ідеали. Людина сама вибирає свою форму поведінки, її свідомість залежна від змісту ідеалів її духовного

світу, але відносно незалежна від об'єктивних умов, суб'єкт сам визначає своє місце в реальних життєвих умовах, свою позицію, межі можливої практичної реалізації ідей і планів. Внаслідок різниці оцінювання різних особистостей виникають ті чи інші ціннісні орієнтації, у результаті чого одні об'єктивні цінності сприймаються, засвоюються, інші – ні.

Виявлення теоретичних основ дослідження культури і культури здорового способу життя як філософських категорій дозволяє наблизитись до розуміння феномена педагогічної культури. Поняття «педагогічна культура» давно включене в практику педагогічної діяльності. У зв'язку з аналізом особливостей педагогічної діяльності, вивченням педагогічних здібностей, педагогічної майстерності вчителя чи викладача, ця проблема знайшла відображення в роботах Т. В. Дьячкова [97], М. Б. Євтуха [170], І. А. Зазюна [84], [87], І. І. Кобиляцького [97], С. С. Крохмалю [112], Н. П. Лебедик [87], А. Г. Маджуги [130], А. В. Мудрик [143], Ю. М. Орлова [154], В. Л. Поліщука [166], І. В. Поташнюк [169], [234].

З початком активної розробки культурологічного напрямку у філософії, соціології, педагогіці і психології проведені дослідження, присвячені окремим аспектам педагогічної культури: вивчаються проблеми методологічної культури особистості вчителя (О. А. Дубасенюк [70], І. О. Ілляєва [89], О. Зоц [82], І. А. Зязюн [85], А. Й. Капська [92], О. Л. Сидоренко [188], В. О. Сластьоніна [191], В. В. Краєвський [107] та ін.), історико-педагогічної (А. С. Макаренко [133], В. О. Сухомлинський [196] та ін.), морально-естетичної (Б. А. Грицюк [65], Н. Б. Крилова [110], Т. С. Яковлева [228] та ін.), комунікативної (А. В. Мудрик [143], В. П. Зінченко [80] та ін.), технологічної (А. М. Алексюк [3], І. Підласий [163] та ін.), духовної (Г. С. Костюк [106], П. В. Щербань [224] та ін.), фізичної (М. Я. Віленський [47], Г. В. Балахнічова [22] та ін.). У цих дослідженнях педагогічна культура розглядається як частина загальної культури вчителя, яка проявляється в системі професійних якостей і специфіці педагогічної діяльності.

Носіями педагогічної культури є люди, що займаються виховною практикою як на професійному, так і на непрофесійному рівнях. Носіями ж валеологічної культури є люди, покликані здійснювати педагогічну працю, складовими якої є валеологічна діяльність, педагогічне загальне і особисте як суб'єкт діяльності і спілкування на валеологічному рівні.

У педагогіці довгий час переважала характеристика педагогічної культури, яка розкривала її як сукупність норм, правил поведінки; як прояв педагогічного такту, педагогічної техніки і майстерності; як педагогічну грамотність, освіченість. У звичайному розумінні визначення педагогічної культури, таким чином, передбачає в основному її виховну функцію, спрямовану на пізнання (відображення), оцінку і регуляцію поведінки і формування якостей особистості як вихователя, так і вихованця. В цьому обмеженні і спрощенні ми бачимо пояснення того факту, що поняття «педагогічна культура» і «валеологічна культура» не претендували на чітке наукове пояснення, обмежувались абстрагуванням.

Аналіз сучасної спеціальної літератури дозволяє виділити декілька напрямків у теоретичному обґрунтуванні феномена валеологічної культури.

Уперше у вітчизняній педагогіці валеологічна культура як наукова проблема була представлена М.І. Брехманом [37]. Розуміючи валеологічну культуру вчителя як певний ступінь оволодіння ним валеологічним досвідом людства, ступінь його досконалості в педагогічній діяльності, як досягнутий рівень розвитку його особистості, – виділимо основне для валеологічної культури. Сюди входить валеологічна спрямованість особистості, валеолого-педагогічна ерудиція й інтелігентність, моральна чистота, гармонія раціонального й емоційного, педагогічна майстерність, вміння поєднувати валеологічну і наукову діяльність, система валеолого-педагогічних якостей, педагогічне спілкування і поведінка, вимогливість, потреба у самовдосконаленні. В даному підході визначені перспективні напрямки вивчення валеологічної культури як складової системної освіти, включення в

останню основ валеологічної культури, що розкриває різні боки особистості вчителя.

У роботах Р. А. Довбуш [69], Л. В. Сохань [117], Б. М. Тіхонович [117] та ін. можна прослідкувати прагнення авторів розкрити культуру як інтегральну систему ряду компонентів, серед яких виділяють системоутворюючі, зокрема, духовно-інтелектуальний, процесуальний, творчий і ціннісно-емоційний. Перші три у структурі педагогічної культури відображають, на думку авторів, смисл і призначення педагогічної технології, останній же постає показником соціальної зрілості людини, свободи вибору й активності. У даному випадку технологічна і педагогічна культура вчителя ототожнюються, що, на наш погляд, не є правомірним.

Компонентний аналіз культури особистості вчителя дозволив виділити в її структурі три головні елементи: професійно-педагогічний, загальнополітичний і духовно-моральний. Кожен компонент в уявленні автора, в свою чергу, складається із кількох складових. Так, професійно-педагогічна культура надзвичайно обмежена і зводиться до оволодіння викладачем навчальною дисципліною і методикою її викладання, а також вміннями і навичками виховної роботи. Духовно-моральна культура розглядається як «культурний потенціал вчителя», який і створює можливості для виконання ним культуростворюючої функції для реалізації загальнолюдської культури в педагогічній діяльності. Основу культурного потенціалу складають знання, інформація, ерудиція вчителя в галузі літератури, мистецтва; здатність до передачі культурних досягнень; сукупність духовно-моральних якостей педагога. Ймовірно, що, поділяючи професійно-педагогічну і духовно-моральну культуру, віддає перевагу останній. І це прагнення авторів можна зрозуміти і пояснити тим, що освіта вже тривалий час існує в умовах дефіциту духовної культури, в ситуації, коли функція вчителя як хранителя і провідника культури була суттєво знижена. Однак у даному варіанті підходу до педагогічної культури проходить

об'єднання і втрата предмета своєї професійно-педагогічної культури, як частини загальної культури особистості [28,100,140,215,221].

На позиції фактичного ототожнення загальної і професійної культури вчителя стоїть також В.О. Сластьонін [192]. У зміст загальної культури вчителя він включає такі елементи, як глибоке знання науки, що викладається, моральну, естетичну культуру, художній смак, культуру поведінки, культуру спілкування та ін., без уточнення специфіки прояву кожного компонента в педагогічній діяльності. Ймовірно, що тільки перший компонент має прямий вихід у сферу педагогічної практики, відтворює його відмінні особливості. У своїх працях В.О. Сластьонін розглядає педагогічне спілкування як компонент культури вчителя.

Дослідження теоретичних основ педагогічної культури дозволяє наблизитись до розуміння феномена валеологічної культури. Ряд дослідників розкриває сутність педагогічної культури через виділення її прогностичної і рефлексивної функцій, підкреслюючи тим самим здатність носія культури до передбачення, прогнозування педагогічних впливів, як зазначали С. О. Мусатов [146], В. К. Майборода [131] та ін. Тому під культурою розуміється не тільки організуюча модель навчально-виховного процесу, але і ступінь усвідомлення своєї праці учасниками цього процесу, рівень рефлексії відносно навчання і виховання, їх зв'язки з життям. Логіка суджень представників даного напрямку в дослідженні педагогічної культури, звичайно, має право на існування. За аналогією перелік функцій валеологічної культури повинен бути розширений за рахунок виокремлення проектувальної, гностичної, комунікативної та інших складових, що відображають суть і зміст валеологічної діяльності. Виокремлення певних функцій валеологічної культури без встановлення зв'язків і залежностей між ними, без визначення одиниці аналізу педагогічної культури не дає цілісного уявлення про досліджуваний об'єкт.

В останні роки відчутна тенденція до посилення зусиль учених у дослідженні проблем валеологічної культури (праці М. М. Амосова [6], В. П.

Андрущенко [10], О. А. Біди [32], М. С. Гончаренка [58], Б. А. Грицюка [65], В. С. Грушка [67], С. В. Домбровського [65], І. В. Муравова [42]).

Ці дослідження об'єднують прагнення авторів розглядати валеологічну культуру як сукупність таких інтегрованих особистісних характеристик, як гуманістична спрямованість особистості, творче педагогічне мислення, нахил до інноваційної діяльності, висока соціальна відповідальність. Збіг точок зору різних авторів і авторських колективів у поясненні суті і змісту валеологічної культури не випадковий. Накопичений науковий фонд і практичний досвід діяльності педагогів, що розкривають звернення особистості вчителя і учня, посилення гуманістичних тенденцій в освітньому процесі, обумовлює розгляд валеологічної культури на особистому рівні.

Розуміння суті культури здорового способу життя особистості вчителя забезпечує виділення і аналіз протиріч її функціонування і формування. Протиріччя виникають там і тоді, де і коли з'являються нові факти, що не збігаються і не вписуються у відомі теорії і положення. Цінність таких фактів полягає в їх стимулюючому впливові на побудову нових теорій, у формулюванні нових суджень і залежностей. Суперечності валеологічної реальності викриваються при неповноті або відсутності знань, при переході явищ у новий якісний стан, при зустрічі прогресивного і регресивного, нового і традиційного, при впровадженні нових методик, технологій, концепцій.

Методологія системного аналізу становлення валеологічної культури вчителя дозволяє виділити три групи протиріч: соціокультурні, загальнопедагогічні і особистісно-творчі.

Соціокультурні протиріччя знаходять своє відображення у кризі культури, причинами якої є відставання валеологічної системи від продуктивно розвинутого суспільства, недооцінка соціокультурної ролі валеологічної освіти, відсутність валеологічного банку інформації та ін.

Криза валеологічної культури свідчить про наявність розриву між соціокультурними процесами, умовами навколишньої соціальної реальності і

функціонуванням та розвитком валеологічної культури. Ці суперечності виражають різноманіття уявлень про вигляд, авторитет, статус особистості вчителя як ученого-педагога, носія високої моралі, інтелігентності, ерудиції. Однак у сучасних умовах ефективність виховного впливу вчителя стримується рядом обставин соціальної природи. Без перебільшення можна сказати, що постать учителя сьогодні певною мірою трагічна. В умовах загальної кризи, економічного і морального свавілля, вчитель покликаний не тільки формувати особистість майбутнього спеціаліста-професіонала, розвивати основи його загальнолюдської і професійної культури, але й зберігати і захищати особистість від морального безправ'я та деградації.

У сукупності соціокультурних протиріч особливе місце займає протиріччя між визнанням необхідності розвитку науково-педагогічного потенціалу вищої школи і відсутністю достатніх умов для його оптимального використання. Соціально-економічні катаклізми не змогли не вплинути на стан вищої школи. Ускладнення, що виникли в матеріальному, технічному обладнанні дослідницької, науково-виховної бази, суттєве погіршення матеріального становища професорсько-викладацького складу призвели до зниження престижу і авторитету вчителя, до відтоку значної частини зі сфери освіти.

Слід відзначити і протиріччя між функціонуванням валеологічної культури суспільства, що відображає традиції, досвід міжособистісного, міжнаціонального, сімейного спілкування і недостатнім урахуванням вказаних елементів загальної культури в професійній діяльності особистості вчителя. Дуже часто рівень професійної культури вчителя такий, що не забезпечує трансляцію елементів загальної і валеологічної культури у сфері його діяльності і спілкування. Важливість усвідомлення цього протиріччя заключається в тому, що воно висвітлює проблему впливу культури вчителя на розвиток валеологічної культури суспільства. Вчитель безвідносно до того, чи є він спеціалістом у галузі педагогіки чи психології, математики чи філології, бере на себе відповідальність за утвердження норм і цінностей

валеологічної культури як у своїй професійній діяльності, так і в навколишньому соціальному середовищі.

Існує протиріччя між стрімким накопиченням соціокультурної, професійно-орієнтованої інформації і тимчасовою, фізичною обмеженістю вчителя в її засвоєнні, переробці і використанні у професійній діяльності. Дане протиріччя дозволяє поставити проблему залежності валеологічної культури вчителя від рівня наукової організації педагогічної праці, її комп'ютерного обладнання, оволодіння сучасними формами і методами роботи [40].

Одним із основних загальнопедагогічних протиріч є суперечності між різноманітністю цінностей валеологічної культури і ступенем їх засвоєння, включення в діяльність учителя.

Інтенсивність пізнання і засвоєння нових цінностей валеологічної культури визначається зміною пріоритетів у педагогічній теорії і практиці, ступенем розробленості технологій освітнього і виховного процесів, професійно орієнтованими установками вчителя, його мотивацією, ступенем задоволеності валеологічною діяльністю. У вирішенні даної проблеми важливе місце займає спрямованість учителя, педагогічних колективів на гармонійне оволодіння і розвиток цінностей-цілей, цінностей-знань, цінностей-технологій, на цілеспрямоване формування цінностей-відношень і цінностей-якостей. Визнання нових валеологічних цінностей стимулює творчий пошук учителя, сприяє утвердженню перспективних підходів, технологій, систем стосунків у педагогічному процесі. В тих випадках, коли не відбувається систематичне оновлення, наповнення арсеналу валеологічних цінностей, підвищується вірогідність формування стереотипних дій, педагогічного консерватизму і застою.

У ході нашого дослідження встановлено протиріччя між традиційним (емпіричним) представленням педагогічної культури як показника освіченості, інтелігентності і виявленим нами розумінням валеологічної культури як багатоаспектного соціально-педагогічного

явища, що включає систему взаємопов'язаних структурних і функціональних компонентів. Виявлення протиріччя і пошук шляхів його вирішення орієнтує дослідників, організаторів роботи з підвищення валеологічної культури на подолання об'єктивних і суб'єктивних труднощів, пов'язаних з багатofункціональністю, складністю внутрішньої структури, багатозначністю її складових.

Цілісне розуміння культури здорового способу життя дозволяє виділити її системоутворюючі, інтегративні властивості, які не зводяться до властивостей окремих компонентів. Такими провідними інтегративними властивостями вважаємо валеологічну спрямованість особистості вчителя і цілісність його професійної діяльності. Охарактеризуємо окремо взятий вид культури лише в тому контексті, який має пряме відношення до педагогічної діяльності вчителя. В моральній культурі те, що має відношення, насамперед, до валеологічної етики і її аналізу, знаходить відтворення в гуманізації валеологічних технологій; в галузі комунікативної культури втілюється те, що дозволяє намічати і реалізовувати валеологічну стратегію й тактику взаємостосунків з учнями і колегами, знаходити вираження в діалогізації цілісного педагогічного процесу і т.д.

Виявлено і загальнопедагогічне протиріччя між унікальним педагогічним досвідом, що вже маємо, традиціями окремих навчальних закладів, конкретних учителів, їх особистих педагогічних конструкцій і незначним вивченням, слабким узагальненням й ізольованістю такого досвіду. Відсутність у більшості освітніх структур і спеціальних служб лабораторій з проблем валеології та наукових колективів не дозволяють вести науково-обґрунтовану роботу з вивчення, узагальнення і систематизації передового валеологічного досвіду окремих учителів, кафедр, його впровадження в навчально-виховну практику. Наші дослідження, спостереження, ретроспективний аналіз власної педагогічної і адміністративної діяльності підтверджує той факт, що в кожному науково-

педагогічному колективі є такі спеціалісти, вчені-педагоги, чий досвід, творчий пошук заслуговують підтримки, узагальнення і впровадження.

Особистісно-творчі протиріччя, їх виявлення і розв'язання пояснюють природу і механізми творчої самореалізації особистості вчителя в процесі педагогічної діяльності. Це, насамперед, протиріччя між суспільною формою існування валеологічної культури й індивідуально-творчою формою її розвитку. Традиційні форми трансляції валеологічної культури, як правило, спрямовані на репродуктивні способи пізнання і відтворення валеологічних цінностей, у той час як їх творча природа вимагає рефлексивних індивідуально-особистісних форм засвоєння, які орієнтують учнів на пізнання і переосмислення власного досвіду, на розвиток особистої валеологічної системи, на рефлексію і перегляд ціннісних орієнтацій, на корекцію різнобічної валеологічної діяльності у відповідності з отриманим зворотнім зв'язком.

Уже зазначалося, що валеологічні цінності, як і інші духовні цінності, утверджуються в житті не спонтанно, вони залежать від соціальних, політичних, економічних зв'язків у суспільстві, які багато в чому впливають на розвиток валеології. При цьому залежність ця не є механічною, бажане і необхідне на рівні суспільства часто вступає в протиріччя, які вирішує конкретна людина в силу своїх переконань, світосприйняття, ідеалів, здібностей. Таким чином, сам учитель у силу сформованості валеологічного світосприйняття, валеологічної спрямованості, валеологічної свідомості і мислення вибирає способи входження у валеологічну культуру, її відтворення і розвиток.

У формуванні ціннісного відношення до культури здорового способу життя особливе місце займає розв'язання протиріччя між засвоєними формами і методами цілісного педагогічного процесу, що створюють основу для формування професійних стереотипів, і потребами в їх подоланні у валеологічній діяльності. Культура здорового способу життя як сфера творчої самореалізації особистості припускає подолання власної

«педагогічності», стереотипності в оцінці дій. Дане протиріччя проявляється у прихильності вчителя до окремих форм і методів цілісного педагогічного процесу, у визнанні їх спільної універсальності, що відбувається під впливом успішного попереднього досвіду. Така позиція вчителя характеризує регресивний варіант особистісної самореалізації.

Особливості професійної діяльності вчителя, її багатоаспектність породжують протиріччя між потребою реалізувати себе в науковій і педагогічній діяльності. Розуміючи особисту самореалізацію в результатах наукової і педагогічної діяльності вчителем своїх здібностей (власних сил), підкреслюємо відмінність цих результатів за своєї природою, характером, змістом, способами їх дослідження. Висловлене судження вказує на об'єктивне, потенційно існуюче протиріччя між виділеними видами валеологічної діяльності вчителя. Дане протиріччя визначає проблему взаємодії наукової і педагогічної творчості як форми існування культури здорового способу життя.

Пошук шляхів становлення культури здорового способу життя знаходить протиріччя між педагогічною інформованістю і міцними науковими психолого-педагогічними знаннями. Природа даного протиріччя була тонко підмічена К. Д. Ушинським [204], який зазначав, що педагогічна справа здається всім легкою і знайомою, кожен вважає себе спеціалістом в галузі виховання, але в міру того, як людина заглиблюється в глибини педагогічної технології, вона визнає складність і діалектичність виховного процесу, необхідність спеціальної професійно-педагогічної підготовки.

Як зазначалось раніше, культура здорового способу життя не використовувалась, а творчо перероблялась і засвоювалась суб'єктом діяльності. З іншого боку, культура функціонує, будучи обов'язково включеною в процес творчого активного суб'єкт-суб'єктивного відношення. Таким чином, формування культури здорового способу життя можливе лише на рівні особистості. В цьому плані особливу роль відіграє протиріччя між потребою у творчій самореалізації і можливостями її задоволення.

Виокремленні нами внутрішні (особистісно-творчі) і зовнішні (соціокультурні і загально-педагогічні) суперечності взаємопов'язані і виконують функцію рушійних сил розвитку та формування культури здорового способу життя особистості вчителя. Вони дозволяють досліджувати тенденції й умови ціннісного відношення вчителя до культури здорового способу життя.

Логіка інноваційних процесів, що відбуваються в суспільному житті, зоднієїсторони й існуючі недоліки в системі освіти, з іншої, визначили необхідність створення принципово нової концепції освіти й підготовки для її практичного здійснення відповідних педагогічних кадрів. Одним з напрямків рішення даної проблеми є концепція остеологічної освіти (теорія здоров'ятворчості) В. В. Колбанова Г. К. Зайцева. Під валеологічною освітою тут варто розуміти систему освітніх заходів, спрямованих на формування валеологічного мислення й здорового способу життя людини [43, 75]. Валеологічне мислення має креативну спрямованість відносно власного здоров'я й здоров'я оточуючих людей. Його основою є мотивація здорового способу життя й валеограмотність-стан особистості, обумовлений розумінням сутності здоров'я й здорового способу життя, чітко вираженою мотивацією здоров'ятворчості, моральною готовністю створювати, зберігати й зміцнювати своє здоров'я поряд з реалізацією своїх інтересів, здібностей і бережливим відношенням до здоров'я інших людей [43, 72].

Таким чином, найближчою метою валеологічного навчання є вироблення в учнів індивідуальної поведінкової стратегії, заснованої на стійкій мотивації здорового способу життя за умови забезпечення рівних стартових можливостей всім учням у виборі індивідуального способу життя. Професійна валеологічна освіта студентів педагогічних вузів призначена для підготовки фахівців до роботи в освітніх установах, спрямованих на пропаганду здорового способу життя серед молоді.

У створенні теорії здоров'ятворчості В.В. Колбанов зі співавторами опиралися на науковий фундамент, представлений наступними принципами методології наукового пізнання: принцип детермінізму; принцип розвитку; принцип історизму; принцип інтегративності; принцип єдності теорії й практики [43, 26].

В основі концепції валеологічної освіти В. В. Колбанова -Г. К. Зайцева крім методологічних принципів лежать три валеологічних принципи: 1) принцип формування здоров'я; 2) принцип зміцнення здоров'я; 3) принцип збереження здоров'я.

Для їхнього дотримання, як вказують автори, необхідний ряд умов:

а) наявність біологічних, соціальних і природних факторів; б) раціональний спосіб життя; в) профілактика хвороб і шкідливих звичок людини.

Аналіз ідей гуманістичної й екзистенціальної психології, відповідно до якої в кожній дитині природно закладена індивідуальна програма його розвитку, дозволив В. В. Колбанову визначити ще один принцип валеологічної освіти - принцип вільного вибору. Він, на думку вченого, є універсальним принципом утворення людини [48, 25]. Його пріоритет визначався педагогічними завданнями, один з яких полягав в створенні універсального (придатного для кожного індивіда) предметно-інформаційного середовища, здатного забезпечити індивідуальність саморозвитку людини, його самореалізацію (прагнення до можливо більшого повного виявлення й розвитку своїх особистісних можливостей). Самореалізація обумовлена комплексом психічних факторів, серед яких визначальне значення мають «мотиваційні». Звідси, на думку В. В. Колбанова, пріоритетне значення в концепції валеологічної освіти повинні зайняти: а) формування в студента такої ієрархії потреб, що найбільш сприятлива для самоактуалізації; б) педагогічний вплив на споживчо-мотиваційну сферу, своєрідним «стержнем» якої є потреба у волі вибору.

Таким чином, на підставі критичного аналізу традиційного навчання, аналізу принципів методології наукового пізнання; закономірностей біологічного й соціального дозрівання людини, формування його споживчо-мотиваційної сфери, а так само ідей гуманістичної й екзистенціальної психології В. В.Колбанов і Г. К. Зайцев розробили наступну концепцію загальної освіти: «Від валеологічного обґрунтованого саморозвитку й оволодіння основними навичками освітньої діяльності, через самопізнання, самовдосконалення, до самовизначення й валеологічнообґрунтованої системи освіти» [48, 25-26].

Виходячи з концепції загальної освіти, її автори переходять до формулювання концепції валеологічної освіти, суть якої полягає в наступному:

«Від валеологічно обґрунтованого, психічного, фізичного саморозвитку через наукове розуміння сутності здоров'я й самопізнання до здорового способу життя й соматичного здоров'я» [74, 60].

У відповідність із запропонованою концепцією вчені-дослідники розробили, а потім і підтвердили в численних експериментах модель школи вільного розвитку, самоактуалізації й здоров'я, у якій виділяють три щаблі навчання.

I щабель: школа валеологічного обґрунтованого саморозвитку й оволодіння основними навичками освітньої діяльності (1-4 класи).

Педагогічне завдання першого щабля полягає в тому, щоб у перші чотири роки навчання здійснювати валеологічний обґрунтований фізичний і психічний розвиток дітей, пропонуючи при цьому різноманітні засоби задоволення їхніх потреб у грі й волі вибору цих засобів.

Зміст валеологічної освіти на даному щаблі повинен скласти інтегративний курс, завдання якого автори бачать у формуванні потреб у фізичному й психічному саморозвитку, ознайомленні з правилами особистої гігієни й безпеки життя, формуванні статевої орієнтації, навчанні гарним манерам.

II щабель: школа самопізнання й самовдосконалення (5-8 класи).

Педагогічне завдання щабля полягає в створенні рефлексивного середовища, що забезпечить можливість вільного творчого пошуку рішення екзистенціальних проблем, таких як сенс життя, зміст праці, зміст любові й т.д. Інформаційну основу рефлексивного середовища повинен скласти інтегративний курс, валеологічне завдання якого складається у формуванні індивідуального способу психомоторного самовдосконалення, наукового розуміння сутності здорового способу життя; навчанні методам самопізнання, самоконтролювання й програмування своєї діяльності по зміцненню здоров'я.

III щабель: школа самовизначення й оволодіння валеологічно обґрунтованою системою освіти (9-11 класи).

Педагогічне завдання третього щабля полягає в тому, щоб допомогти учням професійно визначитися й надати їм можливість вибрати один із численних варіантів валеологічно обґрунтованої освітньої діяльності найбільш пов'язаної з майбутньою професією.

Валеологічний курс припускає наступні завдання: формування інтересу до дослідницької діяльності в області валеології; навчання методам валеологічних досліджень; формування навичок долікарської допомоги; навчання профілактиці захворювань, підготовці до сімейного життя, психомоторне самовдосконалення [48, 22-28].

Певний науковий інтерес представляє концепція школи здоров'я й індивідуального розвитку Л. Г. Татарникової, в якій валеологічна освіта також є аспектом загальної освіти. Теоретичною основою її служать: ідея особистісно-орієнтованого підходу в області філософії (Г. С. Батищев, В. Е. Камеров, В. В. Сериков, Н. Б. Сигів та ін.), психології (В. В. Давидов, Г. А. Ковальов, А. В. Петровський, А. А. Тюків й ін.), педагогіки (Е. В. Бондаревська, З. И. Васильєва, Г. Н. Мильковська, А. П. Тряпицина); концепція загальної валеології (І. І. Брехман, В. В. Колбанов, В. Л.

Петленко); загальні принципи педагогічної валеології; ідея гуманізму й концепція творчого розвитку особистості.

Л. Г.Татарникова доповнює вище названий перелік основних ідей створеної концепції ще трьома базовими принципами: валеологічним, антропологічним і системним.

Дотримуючись традицій, що склались у педагогічній валеології, Л. Г. Татарникова розробила модель школи здоров'я й індивідуального розвитку дітей, мета, якої складається в створенні рівних стартових умов кожній дитині для забезпечення розвитку індивідуальної сфери й формування індивідуально-психологічного здоров'я. Зусилля педагогів такої школи й соціальних інститутів, що беруть участь у вихованні дітей, повинні бути спрямовані на рішення наступних завдань: повноцінна самореалізація й саморозвиток кожної дитини, як особистості, її самоактуалізації в родині й найближчому оточенні; самовиховання в напрямку, що відповідає моральним і духовним запитам суспільства; створення середовища, що виховує, у родині; формування соціально схвалюваних, соціально значимих для здорового способу життя групових і колективних норм, орієнтації й цінностей, що сприяють збереженню референтної значимості саме цього середовища для особистості [74,176].

Розглянуті нами концепції валеологічної освіти, безсумнівно, послужили початком нового напрямку в педагогічній науці й практиці, у поле зору, яких потрапила проблема здоров'я й здорового способу життя. Основні положення концепцій В. К. Зайцева, В. В. Колбанова, Л. Г. Татарникової поширюються на учасників педагогічного процесу певного віку — учнів 1-11 класів і не стосуються вікової групи, у яку входять студенти вузу. У цьому контексті певний інтерес представляють дослідження Э. Н. Вайнера, результатом яких служить навчання про раціональну організацію життєдіяльності людини, під якою автор розуміє систему життя даної людини, що забезпечує йому високий рівень

здоров'я й благополуччя в сфері соціального, професійного, сімейного й культурного буття [20, 5].

Метою раціональної організації життєдіяльності, як відзначає Э. Н. Вайнер, є найбільш ефективне використання методів і засобів збереження здоров'я людини будь-якого віку в режимі конкретних умов життя для максимально повної реалізації його можливостей в особистій і суспільній сферах діяльності. Вона, на думку автора, будується з урахування різноманіття індивідуальних, вікових, статевих й інших особливостей конкретної людини, і із цього погляду є «штучним здобуванням» [20, 7], придатним лише для даного індивіда. Таким чином, учений проголошує принцип індивідуалізації в процесі формування здорового способу життя людини.

Необхідно відмітити, що в навчанні Э.Н. Вайнера, облік соціального фактора в побудові раціональної системи життєдіяльності припускає належність людини до певної соціальної групи й наявність у неї ряду соціальних претензій. Останні необхідно враховувати, щоб зберегти високий рівень життєздатності індивіда відповідно до його соціального статусу.

Резюмуючи вище сказане, констатуємо, що навчання Э. Н. Вайнера про раціональну організацію життєдіяльності дозволяє доповнити існуючі концепції валеологічної освіти ще рядом принципів, а саме, принципом індивідуалізації й принципом обліку вікових і соціальних особливостей, що допомагають формуванню здорового способу життя й ціннісного до нього відношення.

Крім названих доктрин здоров'я, валеологічна концепція людини опирається на вивчення п'яти основних типів конституції: неврастенік, гіперстенік, нормостенік, астенік. Кожний з перерахованих типів конституції має свій біологічний потенціал потреб, здібності і запас здоров'я.

Валеологічна концепція людини заслуговує на особливу увагу з тієї причини, що в ній акцент поставлений на потребі людини, яка відповідно до психологічної концепції суб'єктивного відношення служить основою формування відносин взагалі й відношення до здорового способу життя зокрема.

Аналіз психолого-педагогічних публікацій по проблемі здорового способу життя учнів і студентської молоді дозволяє констатувати, що подальший її розвиток автори (Э. Н. Вайнер, В. В. Колбанов, В. С. Семенов, Л. Г. Татарникова) зв'язують, у першу чергу, з культурологічним й аксіологічним аспектами. Говорячи про роль культури в житті людини, В. С. Семенов відзначає, що вона «відбиває міру усвідомлення й оволодіння людиною своїм відношенням до себе, до суспільства, до природи, ступінь і рівень саморегуляції її сутнісних потенцій... Культура є особливий спосіб освоєння людиною світу, включаючи як зовнішній світ - природу й суспільство, так і внутрішній світ самої людини в змісті її формування й розвитку» [19 27].

Поряд з концепціями валеологічної освіти й моделями формування здорового способу життя, як їхнього практичного втілення, що належать представникам наукових шкіл (В. К. Зайцеву, В. В. Колбанову, В. П. Петленко, Л. Г. Татарникової й ін.) розроблений цілий ряд моделей навчання здоровому способу життя: а) медична, б) освітня, в) радикально-політична, г) модель самопосилення. Авторами цих моделей є закордонні дослідники: М. Бекер, Т. Глин, Е. Роджерс, Е. Томпсон.

Медична модель навчання здоровому способу життя, часто іменована профілактичною, побудована на інформуванні (когнітивний підхід) учнів про фактори ризику для здоров'я за принципом «знання – ставлення-поведінка». Її прихильники припускають, що знання про користь того або іншого фактора приводять до позитивного відношення до нього й відповідної поведінки в навчанні. Такий погляд, на думку ряду дослідників (І. Бланда, Е. Чарлтона), є спрощеним, а самі програми

навчання здоровому способу життя нудними, зайво повчальними й нерідко тільки провокують небажану поведінку учнів. Таким чином, медична модель не дозволяє вирішити проблему, пов'язану з формуванням здоров'язберігаючого способу життя, тому що однієї тільки інформації не досить для того, щоб вплинути на поведінку людини відносно свого здоров'я. Із цим завданням частково допомагає впоратися освітня модель (Т. Глин, М. Бекер, Е. Томпсон), що припускає не тільки когнітивний підхід у навчанні здоровому способу життя, але й формування навичок, необхідних для ухвалення рішення.

Позитивний характер освітньої моделі, на нашу думку, полягає в індивідуалізації навчання, що проявляється в можливості самостійного ухвалення рішення, щодо вибору кожним учнем, властивого тільки йому здорового способу життя й в аксіологічному підході до процесу навчання.

Ще більш прогресивною, в порівнянні з освітньою моделлю, виступає радикально-політична модель (Е. Роджерс, Ф. Шумейнер), що включає практичне сприяння становленню здорового способу життя: лобювання необхідних законодавчих змін, субсидування харчування учнів й інших мір, що створюють середовище перебування, що сприяла б раціональному способу життя.

Однак, навчання здоровому способу життя може бути ефективним тільки тоді, коли будуть виконані умови всіх трьох вище зазначених моделей.

Резюмуючи вище сказане, ми констатуємо, що проблема здорового способу життя і її аксіологічний аспект мають в цей час міцну теоретичну й методологічну основу, представлену численними концепціями здоров'я й здорового способу життя. Істинність останніх підтверджують успіхи їхньої реалізації в практичній педагогічній діяльності.

Однак, вважати проблему здорового способу життя підростаючого покоління й молоді, остаточно вирішеною немає підстав, тому що в ній є аспекти, що вимагають подальшої теоретичної й практичної розробки. У цьому зв'язку

наше дослідження, спрямоване на виявлення умов формування ціннісного відношення до здорового способу життя в майбутнього педагога.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарных Т. Д. Психическое здоровье (вопросы валеологии) : учеб.пособие / Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников. – М. : Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж : Изд-во НПО „МОДЭК”, 1999. – 112 с.
2. Азархин А. В. Мироззрение и эстетическое развитие личности / А. В. Азархин. – К. : Наукова думка, 1990. – 312 с.
3. Аймермахер К. Знак. Текст. Культура / Карл Аймермахер. – М. : Дом интеллектуальной книги, 1998. – 228 с.
4. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1998. – 148 с.
5. Андросов М. Психологічне здоров'я особистості в навчальних закладах / М. Андросов // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4. – С. 27–32.
6. Бабанський Ю. К. Обрані педагогічні праці. - К.: Педагогіка, 1989.–560с.
7. Бальсевич В. К. Фізична підготовка в системі виховання культури здорового способу життя людини // Теор. і практ. фіз. культ. 1990. № 1. –С. 22–25.
8. Бакштанский В. Л. Менеджмент вашего здоровья / В. Л. Бакштанский, О. Н. Жданов. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 224 с.
9. Бахтин М. М. К философии поступка / М. М. Бахтин // Философия и социология науки и техники : ежегодник, 1984–1985. – М. : Наука, 1986. – С. 80–160.
10. Бачериков Н. Е. Философские вопросы психиатрии / Н. Е. Бачериков, В. П. Петленко, Е. А. Щербина. – К. : Здоров'я, 1985. – 192 с.
11. Бачишин В. А. Культурология. Энциклопедический словарь /

В. А. Бачишин. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 2005. – 285 с.

12. Беспалько В. П. Дополнение педагогической технологии. - М.: Педагогика, 1989. – 192 с.

13. Беспалько В. П. Про можливість системного підходу в педагогіці // Радянська педагогіка. 1990. № 7. – С. 59–60.

14. Бондаревська Е. В. Гуманістична парадигма особистісно орієнтованої освіти // Педагогіка. 1997. № 4. – С. 11–17.

15. Брехман И. И. Валеология — наука о здоровье. - 2-і изд. — М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

16. Брехман И. И. Проблема обучения человека здоровью // Валеология: Диагностика, способы и практика обеспечения здоровья. - Вып 2. — Владивосток: Дальнаука, 1995. – С. 40–49.

17. Бузян У.В, Спосіб життя й здоров'я школярів: досвід валеології / Здоров'я й освіта: Педагогічні проблеми валеології. Матеріали Другої Всеросійської науково-практичної конференції 25-26 березня 1997 / Під ред. В. В, Колбанова. – СПб., 1997. – С. 20–22.

18. Бузян В. В. Здоровье ребенка и пути его формирования и защиты: Материали. Второй международной научно-практической конференции 28-29 марта 2000. – Липецк, 2000. – С. 31–33.

19. Вайнер Э. Н. Введение в валеологию. Методическое пособие для студентов. – Липецк, 1999. – 95 с.

20. Вайнер Э. Н. Здоровый образ жизни как острая социально-демографическая проблема // Физ. культура й здоровый образ жизни: Тезы III Международной научно-практ. конфер. — Липецк, 1994. – С. 1–2.

21. Вайнер Э. Н. Рациональная организация жизнеспособности человека. Методическое пособие для студентов. – Липецк, 1999. – 33 с.

22. Вентцель К. Н. Свободное воспитание. Сб. науч. Трудов. М., 1993. – С. 74–90.

23. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. – М.: Высшая школа, 1991. – 204 с.
24. Воронцова В. Г. Педагогічна валеологія й гуманізація освіти: історико-педагогічний аспект // Історія педагогіки сьогодні. / Під ред. В. Г. Воронцової. – Зпп., 1998. – С. 120–134.
25. Гіппократ. Клятва. Закон про лікаря. Наставляння. / Пер. с грецк. В. І. Руднева. – Мн.: Сучасний літератор, 1998. – 720 с.
26. Горен М. Путь к здоровью и долголетию / М. Горен – М. : ПТО „Селф”, 1992. – 335 с.
27. Горячев В. Здоровье – категория педагогическая / В. Горячев // Народное образование. – 1999. – № 9. – С. 219–231.
28. Гундаров И. А. Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни / И. А. Гундаров, Н. В. Киселева, О. С. Копика. – М. : НПО „Союзмединформ”, 1989. – 84 с.
29. Гурвич И. Н. Теоретические модели, эмпирические исследования и их практическое применение в зарубежной психологии здоровья / И. Н. Гурвич // Психология здоровья / [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2000. – 504 с.
30. Дерябо С. Д., Левин В. А. Экологическая педагогика й психология. – Ростову-на-Дону: «Феникс», 1996. – 480 с.
31. Загвязинский В. И. Педагогическое предвидение / В. И. Загвязинский. – М. : Знание, 1987. – 80 с.
32. Зайцев Г. К. Валеология: культура здоровья : кн. для учителей и студ. / Г. К. Зайцев, А. Г. Зайцев. – Самара : БАХРАМ-М, 2003. – 268 с.
33. Зайцев Г. К. Какой должна быть „школа здоровья” / Г. К. Зайцев // Валеология. – 2001. – № 1. – С. 60–62.
34. Здіорук С. І. Психологічне обґрунтування використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції з метою профілактики нарко-, токсикоманії та алкоголізму / С. І. Здіорук // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 10. – С. 6–9.

35. Здравомыслов А. Т. Потребности, интересы, ценности / А. Т. Здравомыслов. – М., 1986. – 287 с.
36. Зязюн І. А. Педагогіка добра: ідеали і реалії : наук.-метод. посіб. / І. А. Зязюн. – К. : МАУП, 2000. – 312 с.
37. Кельин Л. Л. Как самостоятельно избавиться от курения / Л. Л. Кельин, Ю. Л. Мучник, М. С. Прусс. – СПб. : Изд. Дом „Нева”; М. : ОЛМА-ПРЕСС, Экслибрис, 2003. – 160 с.
38. Климова В. П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика) / В. П. Климова. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 376 с.
39. Коваль Л. Професійна підготовка майбутніх учителів початкової школи: технологічна складова : [монографія] / Л. Коваль. – Донецьк : Юго-Восток, 2009. – 375 с.
40. Колбанов В. В. Валеология. Основные понятия, термины и определения / В. В. Колбанов. – СПб. : ДЕАН, 2000. – 232 с.
41. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей / О. В. Корнієнко – К. :Видавничий центр „Київськийуніверситет”, 2000. – 126 с.
42. Коробкина З. В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи : учеб.пособие для студентов высш. учеб. заведений / З. В. Коробкина, В. А. Попов. – М. :Академія, 2000. – 192 с.
43. Кравченко Т. В. Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії і школи : монографія / Т. В. Кравченко. – К. :Фенікс, 2009. – 416 с.
44. Кривошеєва Г. Л. До проблеми формування культури здоров'я студентів університету / Кривошеєва Г. Л. // Зб. наук. Праць Бердянського державного педагогічного інституту ім. П. Д. Осипенко (Педагогічні науки) : у 2-х ч. Ч. 2. – Бердянськ, 2002. – С. 171–178.
45. Крылова Н. Б. Формирование культуры будущего специалиста / Н. Б. Крылова. – М. : Высшая школа, 1990. – 272 с.
46. Кулюткин Ю. Н. От идеи к решению// Мышление учителей. - М., 1990.– С. 40–54.

47. Лебедева Н. Т. Формування здорового стилю життя школярів. — Мінськ: Народна асвета, 1996. - 144 с.
48. Лисицин Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю. П. Лисицин // ЗРФ. – 1998. – № 3. – С. 49–52.
49. Лисицин Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицин. – М. : Просвещение, 1982. – 146 с.
50. Лисицин Ю. П. Слово о здоровье / Ю. П. Лисицин. – М. : Советская Россия, 1986. – 192 с.
51. Личность. Ценности. Изменяющийся мир / [под ред. Ю. И. Колюткина]. – СПб. : ИОВ РАО, 1998. – 75 с.
52. Лищук В. А. Технология повышения личного здоровья / [под ред. В. И. Покровского] / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. – М. : Медицина, 1999. – 320 с.
53. Лозинский В. С. Учитесь быть здоровыми / В. С. Лозинский. – К. : Центр здоровья, 1993. – 160 с.
54. Луначарский А. В. О воспитании и образовании/ Под ред. А.. М. Арсеньева, Н. К. Гончарова, И. А. Капрора, М. А. Прокофьева, В. А. Разумова. — М.:Педагогика, 1976. – 636 с.
55. Московченко О. Н. Системний підхід до оцінки здорового способу життя // Валеологія, 1999, № 2. –С. 14–18.
56. Мудростьвоспитания: Книга для родителей. / Сост. Б. М. Бим-Бад, Э. Д. Днепров, Г. Б. Корнетив. –М.:Педагогика, 1988. –288 с.
57. Мясищев В. Н. Психологияотношений. – М., 1995. – 356 с.
58. Овчинникова Л. Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога :дис. кандидата пед. наук : 13.00.01 / Овчинникова Людмила Николаевна. – Екатеринбург, 2003. – 194 с.
59. Омельченко С.О. Педагогіказдоров'я:навч. посібник / С. О. Омельченко. – Слов'янськ : Вид.центр СДПУ, 2009. – 205 с.
60. Організм та особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Белов, А. Котов. – Львів :Медична газета України, 1998.

– 326 с.

61. Оржеховська В. Педагогіка здорового способу життя / В. Оржеховська // Шлях освіти. – 2004. – № 7. – С. 11–12.

62. Освіта – шлях до здоров'я / [Г. В. Степанова, Н. Г. Гусєва, С. М. Довгих, Н. Б. Вагінова] // Безпека життя і діяльності та здоров'я учнівської молоді : зб. наук. праць Бердянського держ. пед. ін-ту імені П. Д. Осипенка. – Бердянськ, 2002. – Ч. 2. – С. 216–218.

63. Освітні технології : навч.-метод. посібник / [О. М. Пехота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.; за заг. ред. О. М. Пехоти]. – К. : А.С.К., 2001. – 256 с.

64. Платонов К. К. Короткий словник системи психологічних понять.

Навчальний посібник. — К.: Вища школа, 1981. – 175с.

65. Платонов К. К. Структура й розвиток особистості. - К.:Думка, 1986. – 265с.

66. Поташнюк І. В. Професійна валеологічна підготовка майбутніх біологів у вищих закладах освіти III–IV рівнів акредитації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. : 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти”. – Луцьк, 2000. – 185 с.

67. Практикум по возрастной психологии : учеб.пособие / [под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко]. – СПб. : Речь, 2002. – 730 с.

68. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / [под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова]. – СПб. : Речь, 2001. – 448 с.

69. Свириденко С. Формування ціннісних орієнтацій як чинник духовного здоров'я особистості / С. Свириденко // Проблеми освіти. – К. : Науково-методичний центр вищої освіти, 2002. – Вип. 29. – С. 72–78.

70. Свириденко С. О. Формування в учнів умінь і навичок здорового способу життя / С. О. Свириденко // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць / Інститут проблем

виховання АПН України. – К. – Житомир, 2005. – С. 322–326.

71. Сухомлинский В. А. Рождениегражданина. –Владивосток: Владивосточноекнижноеиздательство, 1974. – С. 336.

72. Сухомлинський В. А. Серце віддаю дітям. - Київ: «Радянська школа», 1973. – 244 з.

73. Сущенко Л. П. Соціальнітехнологіїкультивування здорового способу життялюдини / Л. П. Сущенко. – Запоріжжя : ЗДУ, 1999. – 308 с.

74. Татарникова Л. Г. Валеология в педагогическом пространстве : [монография-эссе] / Л. Г. Татарникова. – СПб. : Крисман, 1999. – 167 с.

75. Татарникова Л. Г. Педагогическая валеология: генезис, тенденции развития / Л. Г. Татарникова. – СПб., 1995. – 264 с.

76. Титаренко Т. М. Специфіканастановмолодіна здоровий спосібжиття / Т. М. Титаренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 6. – С. 65–69.

77. Шацкий С. Т. Избранныепедагогическиесочинения : В 2-х т. Т. 2 / Подред. Н. П. Кузина, М. Н. Скаткина, В. Н. Шацкой. М.,Педагогика, 1980. —416с.

78. Якиманская И. С. Личностно-ориентированноеобучение в современнойшколе. – :Сентябрь, 1996. – 96 с.

79. Everly G. S. Jr. A clinical guide to the treatment of human stress response. – N.-Y. : Plenum Press, 1989. – 217 p.

80. Hobfoll S. E. The ecology of stress. – N.-Y. : Hemisphere, 1988. – 260 p.

81. Lalonde M. Nouvelle Perspective de la Sante des Canadies. – Ottawa, Ministry of Health and Welfare, 1974.

82. Pinet G. Health challenges of the 21st century: a legislative approach to health determinants // Health legislation at the dawn of the XXIst century. – International Digest of Health Legislation – special issue. – 1998. – Vol. 49. – N 1.

РОЗДІЛ III

СЕКРЕТОРНА АКТИВНІСТЬ АДИПОЦИТІВ І ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПІВ ГЕНІВ PPAR- γ 2 (Pro12Ala), ACE (I/D) ЇХ КОМБІНАЦІЙ ТА МАСИ ТІЛА. ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ

Дисліпідемію, ожиріння, порушення метаболізму глюкози та розвиток інсулінорезистентності (ІР) відносять до важливих чинників кардіо-метаболічного ризику, котрі впливають на серцево-судинний прогноз [Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. 2011, Angela Passaro 2011] При цьому зв'язок ІР, системної запальної відповіді із метаболічними ризик-факторами ще не до кінця вивчено. Більшість осіб із ІР мають АО, що засвідчує тісний зв'язок дисфункції адипозної тканини у детермінації кластерів ризику, названих метаболічним синдромом (МС). Клінічними критеріями діагностики МС, запропонованими NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III), є різні комбінації: АГ, атерогенної дисліпідемії, пошкодження гомеостазу глюкози і вісцеральне ожиріння [S.M. Grundy, J.I. Cleeman]. При цьому активність метаболічних процесів, як вуглеводів так і ліпідів, системної запальної відповіді, тонус артеріальних судин, стан ендотелію регулюється рядом генів-кандидатів активності системи цитохрому Р-450, глутатіон-S-трансфераз, аполіпротеїнів, низки ядерних рецепторів активаторів проліфераторів пероксисом, РААС і NO-систем, їх транскрипційними модифікаторами та активністю епігеномних структур. Людський ген PPAR- γ має дві різних сплайсинговані ізоформи мРНК і білку: PPAR- γ 1 і PPAR- γ 2 [L. Fajas, D. Auboeuf 1997]. PPAR- γ 1 чисельно експресується в різних тканинах, включаючи жирову і макрофаги [ChristodoulidesC.], тоді як PPAR- γ 2 експресія обмежується тільки жировою тканиною. У дослідженнях *invivo* та *invitro* встановлено, що PPAR γ відіграють ключову роль у регулюванні диференціації адипоцитів і

накопиченні ліпідів [Rangwala S.M. 2000, Christodoulides C. 2008]. Також забезпечують ліпідний гомеостаз та чутливість до інсуліну [Olefsky J.M. 2000, Shigeki Sugii 2009]. Не дивно, що PPAR γ були визнані як мішені для тiazолідиндіонів [Gale E.A.M. 2014] та препаратів, котрі покращують чутливість до інсуліну [Olefsky J.M., Bogna Grygiel-Górniak 2014]. Роль PPAR γ у впливі на дію інсуліну була підтверджена у чисельних генетичних дослідженнях, серед яких найбільш поширеною є мутація Pro12Ala в PPAR- γ 2 [Angela Passaro 2011, Mori H., M. Trombetta, S. Bonetti, 2013, Shigeki Sugii, 2009, Ayhan Zengi, Nur Selvi 2013].

PPAR рецептори модулюють активність РААС через транскрипційний контроль синтезу реніну, ангіотензину (AGT), АПФ і ангітензину II рецептору 1-го типу (AT-R1) [Roszer T. 2010], зв'язуючи біологічні ефекти РААС із PPARs. Окремі дослідження засвідчують участь РААС у патофізіології ожиріння і АО-асоційованої гіпертензії [Engeli S. 2000]. АПФ, як ключовий компонент РААС, через ангіотензин II (AGT II) підвищує агрегацію тромбоцитів та згортання крові, підсилюючи сприйнятливості судин до запалення, потенціює гіперплазію артеріальної стінки і, через деградацію брадикініну, зменшує вміст монооксиду нітрогену (NO), сприяючи розвитку ендотеліальної дисфункції, вазоконстрикції, накопиченню ХС ЛПДНЩ, формуванню атеросклеротичних змін чи дестабілізуючи вже наявну атеросклеротичну бляшку [Byoung-Joo Choi 1, Ganz Peter; Shemirani Amir-Houshang; Motovska Zuzana, Widimsky Petr].

Однак, досі недостатньо дослідженими залишаються питання впливу / асоціації окремих та поєднаних генетичних мутацій генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala) на ліпідний профіль, вміст лептину і адипонектину у хворих на ЕАГ та АО, котрі потребують подальшого вивчення з метою фармакогенетичної корекції лікування.

Оскільки порушення ліпідного гомеостазу відіграє важливу роль у погіршенні індивідуального серцево-судинного прогнозу вважали за необхідне встановити вплив поліморфізму генів ACE (I/D) та PPAR-

$\gamma 2$ (Pro12Ala) на ліпідний обмін, вміст лептину і адипонектину у хворих на ЕАГ залежно від тяжкості, маси тіла та ступенів АО, а також оцінити ефективність лікування залежно від поліморфізму аналізованих генів.

1.1. Вміст ліпідів, лептину та адипонектину у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію та ожиріння залежно від алельного стану генів ACE (I/D) та PPAR- $\gamma 2$ (Pro12Ala)

Дисліпідемія і атеросклероз – ланки взаємопов'язаних імунозапальних та метаболічних процесів. Збільшення вмісту тригліцеридів (ТГ) у 2-3 рази підвищує ризик атеротромботичних та ішемічних ускладнень у хворих на ССЗ і асоціює зі зростанням холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), перенасичених ТГ [G.D. Lowe, Ed. L. Poller]. ХС ЛПДНЩ через мембранний глікопротеїн CD36+ зв'язується з тромбоцитами, збільшуючи синтез тромбоксану A2 (ТхA2) та їх агрегацію, активують VII фактор згортання крові і збільшують продукцію інгібітора активатора плазміногену (PAI-1). Аналогічним чином ХС ЛПДНЩ зв'язується з рецепторами CD36+ макрофагів, що призводить до утворення пінистих клітин, впливаючи на розвиток атеросклерозу [В.Н. Коваленко, Т.В. Талаєва, В.В. Братусь; N.A. Englyst,]. Наявність сімейної дисліпідемії вказує на можливу генетичну детермінованість цього процесу. Однак, в Україні таких досліджень у хворих на ЕАГ і АО проводиться недостатньо.

Недостаньо вивченими є питання зв'язку поліморфізму генів-кандидатів ССЗ із обміном ліпідів. Особливий інтерес, на нашу думку, представляють клінічно-генетичні маркери, котрі асоціюють зі змінами жирового обміну та секреторною активністю адипозної тканини у хворих на ЕАГ, залежно від тяжкості недуги та ступенів АО з метою виділення груп високого ризику.

Тому наступним етапом дослідження стало вивчити зміни ліпідного профілю, лептину і адипонектину у пацієнтів із ЕАГ і АО залежно від

поліморфізму I/D гена ACE, Pro12Ala гена PPAR- γ 2 у тому числі під впливом лікування.

Показники ліпідного профілю залежно від тяжкості ЕАГ наведено у таблиці 1.1. Необхідно зауважити, що жоден із пацієнтів високого та вкрай високого ризику регулярно статини до лікування не приймав. Серед осіб групи контролю переважали такі із підвищеною масою тіла: 60,0% (18) проти 40,0% (12), зі збереженими показниками ліпідограми у 86,7% (26) осіб, що дозволило їх приймати за референтні значення. ІМТ збільшувався зі зростанням тяжкості гіпертензії, вірогідно у хворих на ЕАГ III ст. на 26,4% ($p=0,018$) і 18,4% ($p=0,047$). Плазмовий рівень лептину вірогідно збільшувався у жінок хворих на ЕАГ III стадії високого та вкрай високого кардіоваскулярного ризику у 2,48-3,35 разу, ніж у таких із ЕАГ I і II стадій та групи контролю ($p\leq 0,024-0,014$), досягаючи в середньому $61,4\pm 9,34$ нг/мл, на фоні зменшення концентрації адипонектину на 10,2% ($p=0,025$) відповідно. У чоловіків із ЕАГ II і III стадій вміст лептину також був більшим у 2,58-3,49 разу ($p\leq 0,037-0,014$), ніж у хворих на ЕАГ I та осіб групи контролю із найбільшими середніми значеннями $27,4\pm 6,54$ нг/мл, без вагомих коливань за рівнем адипонектину. Загалом рівень ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та ІА були вагомо гіршими у жінок хворих на ЕАГ II і III стадій високого та вкрай високого кардіоваскулярного ризику на 1,29-2,24 рази ($p\leq 0,049-0,001$), ніж у чоловіків. Також, необхідно зауважити, що у жінок вміст лептину та показник лептинорезистентності (ЛР) майже удвічі перевищував такий у чоловіків ($p<0,05$), що, на нашу думку, зумовлено більшою масою підшкірно-жирової клітковини, де він переважно і синтезується, а також стимуляцією його синтезу естрогенами. У 87,1% (88) хворих на ЕАГ із надмірною масою тіла та АО наявна дисліпопротеїнемія із переважанням атерогенного Пб типу (ВООЗ).

Таблиця 1.1

**Секреторна активність жирової тканини та показники обміну ліпідів
залежно від тяжкості артеріальної гіпертензії та статі, М±m**

Показники		Контроль, n=30	ЕАГ I, n=25	ЕАГ II, n=50	ЕАГ III, n=35
ІМТ, кг/м ²		25,0±3,22	26,7±2,21	30,1±3,75	31,6±2,52 p=0,018 p ₁ =0,047
Лептин, нг/мл	Ч	10,7±3,67	7,86±2,11	20,3±6,71 p ₁ =0,039	27,4±6,54 p=0,037 p ₁ =0,026
	Ж	18,7±5,89	18,3±5,35	24,8±6,47	61,4±9,34 p=0,015 p ₁ =0,014 p ₂ =0,024
Адипонектин, нг/мл	Ч	77,7±4,71	77,7±2,06	75,6±1,99	75,1±2,19
	Ж	82,0±3,05	77,3±2,20	72,4±8,97	73,6±2,34 p=0,025
ЗХС, ммоль/л	Ч	4,58±0,35	5,40±0,54	5,33±0,56	5,73±0,36 p=0,047
	Ж	4,61±0,57	4,49±0,62	6,79±0,75 p=0,022 p ₁ =0,012	5,94±0,34 p=0,01 p ₁ <0,001
ТГ, ммоль/л	Ч	1,34±0,18	1,35±0,28	1,62±0,24	2,03±0,25 p=0,024 p ₁ =0,005 p ₂ =0,053
	Ж	1,40±0,19	1,41±0,22	1,75±0,20	2,15±0,18 p=0,001 p ₁ =0,002 p ₂ =0,016
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	Ч	1,39±0,11	1,21±0,27	1,27±0,14	1,09±0,14 p=0,051
	Ж	1,54±0,27	1,61±0,32	1,47±0,28	1,31±0,16
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	Ч	2,57±0,25	3,05±0,37	3,18±0,39	3,12±0,24 p=0,049
	Ж	2,67±0,61	2,16±0,21	4,40±0,52 p=0,032 p ₁ =0,01	3,65±0,29 p=0,048 p ₁ =0,021
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	Ч	0,95±0,12	0,86±0,11	0,95±0,10	0,98±0,22
	Ж	0,74±0,13	0,72±0,06	0,93±0,14 p ₁ =0,049	0,85±0,11
ІА, ум.од	Ч	3,35±0,32	3,06±0,33	3,58±0,57	3,92±0,4 p ₁ =0,045
	Ж	2,52±0,58	1,91±0,22	4,28±0,59 p=0,043 p ₁ =0,018	4,17±0,65 p=0,05 p ₁ =0,014
ЛР, ум.од	Ч	7,95±1,86	5,80±1,01	12,5±3,04 p ₁ =0,045	13,5±3,18 p=0,05 p ₁ =0,012
	Ж	13,4±3,01	13,0±2,53	14,2±3,10	28,6±4,70 p=0,016 p ₁ =0,017 p ₂ =0,02

Примітки: 1. ЕАГ – есенційна артеріальна гіпертензія; ІМТ – індекс маси тіла; ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ТГ – триацилгліцероли; ІА – індекс атерогенності; ЛР – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. p – вірогідність різниць показників відносно контролю; p₁ – вірогідність різниць показників відносно хворих на ЕАГ I; p₂ – вірогідність різниць показників відносно хворих на ЕАГ II.

Показники адипокінів та ліпідів плазми залежно від маси тіла та ступенів АО у хворих на ЕАГ наведено у таблиці 1.2. Наявність АО, особливо АО III ступеня, асоціює з більшим вмістом лептину, ТГ та ЛР, ніж у

осіб із нормальною на надмірною масою тіла, як у чоловіків у 1,88-12,4 разів ($p \leq 0,024-0,001$), так і у жінок – у 2,39-7,70 разів ($p \leq 0,015-0,001$) відповідно. Натомість зменшився вміст адипонектину, однак статистично значимо тільки у хворих на ЕАГ із АО II і III ступенів на 6,27% і 5,78%. Виріс рівень ЗХС та ІА у осіб із АО, ніж у таких із нормальною масою і надвагою у 1,14-1,69 рази ($p \leq 0,048-0,016$), а також збільшилась концентрація ХС ЛПНЦ та ХС ЛПДНЦ у 1,27-1,61 рази ($p \leq 0,047-0,025$). Вагомих змін вмісту ХС ЛПВЦ з урахуванням маси тіла та ступенів АО не встановили.

Таблиця 1.2

Адипокіни та ліпіди плазми залежно від маси тіла та ступенів абдомінального ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію

Показники		Норм. маса тіла, n=9	Надмірна маса, n=42	АО I, n=30	АО II, n=19	АО III, n=10
Лептин, нг/мл	Ч	3,50±0,39	11,8±1,83 p=0,017	22,2±3,80 p=0,002 p ₁ =0,01	24,0±5,60 p=0,019 p ₁ =0,024	43,5±7,70 p-p ₁ <0,001 p ₂ =0,022 p ₃ =0,034
	Ж	13,5±2,75	20,3±4,78	48,6±7,54 p=0,015 p ₁ =0,011	51,1±6,54 p=0,016 p ₁ =0,007	104,0±9,27 p-p ₂ <0,001 p ₃ =0,002
Адипонектин, нг/мл		78,2±1,20	76,9±1,87	77,8±1,82	73,3±2,06 p=0,031 p ₂ =0,004	73,3±2,56 p=0,041 p ₂ =0,018
ЗХС, ммоль/л		4,84±0,42	5,41±0,57	6,41±0,47 p=0,016 p ₁ =0,039	5,88±0,29 p=0,017	6,19±0,36 p=0,027 p ₁ =0,048
ТГ, ммоль/л		1,60±0,24	1,41±0,20	1,84±0,22 p ₁ =0,035	2,29±0,20 p-p ₁ <0,001 p ₂ =0,038	2,17±0,29 p=0,044 p ₁ =0,003
ХС ЛПВЦ, ммоль/л	Ч	1,43±0,29	1,26±0,18	1,25±0,24	1,19±0,38	1,25±0,08
	Ж	1,30±0,27	1,57±0,29	1,37±0,28	1,49±0,22	1,32±0,39
ХС ЛПНЦ, ммоль/л		2,47±0,39	3,37±0,37 p=0,047	3,99±0,48 p=0,012	3,78±0,40 p=0,025	3,68±0,46 p=0,038
ХС ЛПДНЦ, ммоль/л		0,80±0,04	1,01±0,09 p=0,026	0,97±0,07 p=0,045	0,94±0,07 p=0,047	1,13±0,15 p=0,028
ІА, ум.од		2,69±0,46	3,18±0,58	4,38±0,52 p=0,025 p ₁ =0,038	4,12±0,55 p=0,011	4,05±0,48 p=0,012
ЛР, ум.од		5,45±0,36	11,4±1,25 p=0,013	17,9±2,33 p=0,003 p ₁ =0,03	19,0±3,16 p=0,001 p ₁ =0,028	33,2±7,21 p-p ₁ <0,001 p ₂ =0,035 p ₃ =0,044

Примітки: 1. АО I-III – Абдомінальне ожиріння I-III ступенів тяжкості; ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ТГ – триацилгліцероли; ІА – індекс атерогенності; ЛР (Лептин/ТГ) – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. р – вірогідність різниць показників відносно осіб із нормальною масою тіла; р₁ – вірогідність різниць показників відносно осіб із надмірною масою тіла; р₂ – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО I ступеня; р₃ – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО II ступеня.

Показники ліпідного профілю та рівні адипокінів залежно від I/D поліморфізму гена ACE наведено у таблиці 1.3. Суттєво вищий вміст лептину спостерігали у жінок із D-алелем гена ACE, ніж у таких із II-генотипом на 27,9% (р=0,048) і 40,0% (р=0,036) відповідно, без чіткої залежності у чоловіків. Зміни рівнів адипонектину, ЗХС, ТГ, ХС ЛПДНЩ, ХС ЛПВЩ у жінок та показника ЛР не залежали від алельного стану гена ACE. Однак вміст протиатерогенного ХС ЛПВЩ у чоловіків носіїв DD-генотипу був нижчим на 23,6% (р=0,014) і 20,5% (р=0,007), а ХС ЛПНЩ вищим, ніж у власників I-алеля гена ACE на 27,8% (р=0,048) і 23,1% (р=0,044) відповідно (табл. 1.3.). Показник ІА у носіїв DD-генотипу перевищував такий у власників II-варіанту гена ACE на 59,0% (р=0,008).

Таблиця 4.3

Адипокіни та ліпіди плазми залежно від генотипів I/D поліморфізму гена ACE у хворих на артеріальну гіпертензію (M±m)

Показники		Контроль, n=30	Генотипи гена ACE		
			II, n=17	ID, n=50	DD, n=43
Лептин, нг/мл	Ч	10,7±3,67	25,5±2,6 p=0,012	18,5±1,49 p=0,01 p ₁ =0,041	20,4±3,91 p=0,014
	Ж	18,7±5,89	29,0±4,05 p=0,045	37,1±3,61 p=0,025 p ₁ =0,048	40,6±5,08 p<0,001 p ₁ =0,036
Адипонектин, нг/мл		79,8±2,44	80,2±2,89	77,9±2,11	75,7±1,76
ЗХС, ммоль/л		4,49±0,48	5,51±0,48 p=0,05	5,72±0,43 p=0,044	6,22±0,58 p=0,015
ТГ, ммоль/л		1,38±0,22	1,62±0,28	1,69±0,25	1,72±0,36
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	Ч	1,39±0,11	1,27±0,07	1,22±0,12	0,97±0,09 p<0,001 p ₁ =0,014 p ₂ =0,007
	Ж	1,54±0,27	1,48±0,08	1,21±0,17 p ₁ =0,049	1,51±0,18
ХС ЛПНЩ,		2,60±0,30	3,09±0,34	3,21±0,26	3,95±0,45

ммоль/л			p=0,046	p=0,001 p ₁ =0,048 p ₂ =0,044
ХС ЛПДНЦ, ммоль/л	0,83±0,14	0,91±0,09	0,89±0,11	0,90±0,08
ІА, ум.од	2,79±0,47	2,43±0,36	3,15±0,54	3,88±0,47 p=0,012 p ₁ =0,008
ЛР, ум.од	Ч	7,95±1,86	14,7±3,19 p=0,042	11,3±2,45
	Ж	13,4±3,01	20,0±5,08	23,0±4,52 p=0,038
				16,3±4,0 p=0,011
				24,1±3,77 p=0,032

Примітки: 1. ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ТГ – триацилгліцероли; ІА – індекс атерогенності; ЛР (Лептин/ТГ) – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. p – вірогідність різниць показників відносно контролю; p₁ – вірогідність різниць показників відносно осіб із ІІ-генотипом; p₂ – вірогідність різниць показників відносно осіб із ІD-генотипом.

Ліпидограма і секреторна активність адипозної тканини у обстежених залежно від маси тіла та ступенів АО (табл. 1.4-1.5) засвідчила вірогідно вищий рівень лептину у носіїв DD-генотипу гена ACE, ніж у власників I-алеля за наявності АО: у за АО I ступеня – у 1,32 (p=0,021) і 1,64 разу (p=0,013), за АО II – у 2,56 і 4,71 разу відповідно (p<0,001). Натомість за нормальної маси тіла вміст даного адипокіну навпаки вищий у носіїв II-генотипу, ніж у таких із D-алелем у 2,58 і 2,21 разу (p<0,001). Концентрація лептину додатково збільшувалась зі зростанням маси тіла, вірогідно за появи АО у носіїв D-алеля у 1,74-17,5 разу (p≤0,01-0,001) та у 6,05-16,6 разу (p<0,001) відповідно. У хворих на ЕАГ із DD-генотипом нормальна маса тіла асоціює з нижчим рівнем адипонектину на 7,27% (p=0,023), ЛР – у 2,2 рази (p<0,05) (табл. 1.4) та ХС ЛПВЩ – на 20,6% (p=0,04) (табл. 1.5), вищим вмістом ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та ІА – на 17,3-60,1% (p≤0,04-0,001), ніж у таких із I-алелем. Наявність АО I і II ступенів характеризується зростанням концентрації ТГ у власників DD-генотипу на 12,8-19,5% (p≤0,05) та ЛР – у 1,4-5,0 разу (p<0,05), у носіїв D-алеля вагомо зменшився вміст ХС ЛПВЩ на 28,3% (p=0,008), 21,1% (p=0,015) і 45,2% (p<0,001) відповідно, натомість виріс ІА за АО I – у 2,11 (p=0,028) і 1,55 разу (p=0,047). АО II і III ступенів асоціюють у носіїв DD-генотипу також із вищими рівнями ЗХС на

21,4%, 22,0% ($p<0,01$) і 7,59% ($p=0,053$), ХС ЛПНЩ – на 43,8%, 77,5% і 61,7% відповідно ($p<0,01$) та ІА – у 1,49-2,47 разу ($p<0,01$) (табл. 1.4-1.5).

Таблиця 1.4

Адипокіни та лептинорезистентність залежно від генотипів І/D поліморфізму гена ACE, маси тіла та ступенів абдомінального ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію

Показники	Генотипи	Норм. маса тіла, n=9	Надмірна маса, n=42	АО I, n=30	АО II, n=19	АО III, n=10
Лептин, нг/мл	II	15,5±2,5	–	45,0±3,85 $p<0,001$	37,7±2,96 $p<0,001$	41,9
	ID	6,0±1,78 $p_{II}<0,001$	11,8±2,64	36,3±4,67 $p, p_1<0,001$	20,5±2,60 $p, p_1<0,01$ $p_{II}=0,014$	105,0±15,0 $p-p_3<0,001$
	DD	7,0±0,58 $p_{II}<0,001$	9,83±1,05	59,5±2,02 $p, p_1<0,001$ $p_{II}=0,021$ $p_{ID}=0,013$	96,5±12,1 $p-p_2<0,001$ $p_{II}, p_{ID}<0,001$	116,0±6,30 $p-p_2<0,001$
Адипонектин, нг/мл	II	82,5±3,60	–	76,0±1,78 $p=0,049$	77,0±2,11	78,5
	ID	80,7±3,05	77,3±2,27	77,8±0,91	76,0±1,51 $p=0,05$	76,5±0,74 $p=0,049$
	DD	76,5±0,48 $p_{II}=0,023$	76,3±1,31	75,5±0,50	80,0±3,20 $p_2=0,045$	76,0±0,54
ТГ, ммоль/л	II	1,26±0,09	–	1,74±0,11 $p<0,001$	1,88±0,11 $p<0,001$	2,15
	ID	1,46±0,15	1,60±0,08	1,78±0,08 $p=0,022$	1,82±0,13 $p=0,012$	1,95±0,10 $p=0,004$
	DD	1,77±0,09 $p_{II}, p_{ID}<0,05$	1,52±0,16	2,08±0,12 $p, p_1<0,01$ $p_{II}, p_{ID}<0,05$	2,12±0,15 $p, p_1<0,01$ $p_{II}=0,05$ $p_{ID}<0,05$	2,10±0,13 $p, p_1<0,01$
ЛР, ум.од	II	8,93±2,67	–	27,9±3,35 $p<0,001$	23,1±3,95 $p<0,001$	19,5
	ID	6,10±1,64	8,30±2,49	20,4±5,02 $p<0,001$ $p_1=0,038$	11,3±2,86 $p=0,041$ $p_{II}=0,026$	54,0±8,54 $p-p_3<0,001$
	DD	4,05±0,87 $p_{II}<0,05$	6,64±0,71 $p=0,044$	28,5±2,60 $p-p_1<0,001$ $p_{ID}<0,05$	56,6±3,58 $p-p_2<0,001$ $p_{II}, p_{ID}<0,01$	55,2±6,04 $p-p_2<0,001$

Примітки: 1. АО I-III – Абдомінальне ожиріння I-III ступенів тяжкості; ТГ – триацилгліцероли; ЛР – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. p – вірогідність різниць показників відносно осіб із нормальною масою тіла; p_1 – вірогідність різниць показників відносно осіб із надмірною масою тіла; p_2 – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО I ступеня; p_3 – вірогідність різниць показників відносно

осіб із АО II ступеня; p_{II} – вірогідність різниць показників відносно осіб із II-генотипом гена ACE (по вертикалі); p_{ID} – вірогідність різниць показників відносно осіб із ID-генотипом гена ACE (по вертикалі).

Таблиця 1.5

Ліпідний спектр залежно від генотипів I/D поліморфізму гена ACE, маси тіла та ступенів абдомінального ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію

Показники	Генотипи	Норм. маса тіла, n=9	Надмірна маса, n=42	АО I, n=30	АО II, n=19	АО III, n=10
ЗХС, ммоль/л	II	4,85±0,09	–	5,76±0,44 $p<0,001$	6,11±0,16 $p<0,001$	6,06
	ID	4,81±0,23	5,64±0,59	5,87±0,63 $p=0,041$	6,08±0,18 $p<0,001$	6,72±0,20 $p<0,001$ $p_1=0,035$
	DD	5,69±0,16 $p_{II}=0,01$ $p_{ID}=0,014$	6,23±0,46	5,50±0,17	7,42±0,20 $p-p_2\leq 0,01$ $p_{II}, p_{ID}<0,01$	7,23±0,33 $p-p_2\leq 0,01$ $p_{ID}=0,053$
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	II	1,65±0,12	–	1,66±0,06	1,05±0,27 $p=0,027$ $p_2=0,018$	1,40
	ID	1,39±0,14	1,44±0,11	1,19±0,16 $p_{II}=0,008$ $p_1=0,05$	1,66±0,12 $p_{II}=0,002$ $p_2=0,038$	1,73±0,19 $p=0,029$ $p_2<0,01$
	DD	1,31±0,13 $p_{II}=0,04$	1,43±0,22	1,31±0,15 $p_{II}=0,015$	0,91±0,06 $p-$ $p_2<0,01$ $p_{ID}<0,001$	0,97±0,11 $p-p_2<0,01$
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	II	2,30±0,24	–	3,16±0,29 $p=0,011$	4,06±0,20 $p<0,001$ $p_2=0,028$	3,95
	ID	2,49±0,34	3,42±0,65	3,79±0,64 $p=0,03$	3,29±0,47 $p_{II}=0,044$	3,45±0,15 $p=0,021$
	DD	3,13±0,23 $p_{II}=0,008$ $p_{ID}=0,023$	3,87±0,45 $p=0,048$	3,05±0,37	5,84±0,50 $p-$ $p_2<0,01$ $p_{II}, p_{ID}<0,01$	5,58±0,48 $p-p_2<0,01$ $p_{ID}=0,002$
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	II	0,92±0,04	–	0,84±0,09	1,0±0,12	0,88
	ID	0,92±0,08	0,78±0,05 $p=0,038$	0,89±0,11	0,93±0,10	1,34±0,10 $p-p_3<0,001$
	DD	1,25±0,08 $p_{II}=0,001$ $p_{ID}=0,003$	0,89±0,08 $p<0,001$	0,94±0,04 $p<0,001$	0,66±0,05 $p-$ $p_2<0,01$ $p_{II}, p_{ID}<0,01$	0,70±0,07 $p-p_2<0,05$ $p_{ID}<0,001$
ІА, ум.од	II	2,13±0,54	–	2,13±0,39	4,81±0,18 $p, p_2<0,001$	3,33
	ID	2,60±0,31	3,21±0,48	4,50±0,79 $p_{II}=0,028$ $p_1=0,05$	2,89±0,43 $p_{II}<0,001$ $p_2=0,039$	2,69±0,24 $p_2=0,014$
	DD	3,41±0,12 $p_{II}=0,011$ $p_{ID}=0,003$	3,71±0,56	3,30±0,62 $p_{II}=0,047$	7,15±0,67 $p, p_2<0,001$ $p_{II}, p_{ID}<0,01$	6,45±0,52 $p, p_2<0,001$ $p_{ID}<0,001$

Примітки: 1. АО I-III – Абдомінальне ожиріння I-III ступенів тяжкості; ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ІА – індекс атерогенності. 2. p – вірогідність різниць показників відносно осіб із нормальною масою тіла; p_1 – вірогідність різниць показників відносно осіб із надмірною масою тіла; p_2 – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО I ступеня; p_3 – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО II ступеня; p_{II} – вірогідність різниць показників відносно осіб із II-генотипом гена ACE (по вертикалі); p_{ID} – вірогідність різниць показників відносно осіб із ID-генотипом гена ACE (по вертикалі).

Показники ліпідного профілю та рівні адипокінів залежно від Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ 2 наведено у таблиці 1.6. Носії Pro12-генотипу як чоловіки, так і жінки мали вищі рівні лептину, ніж власники Ala-алеля: у чоловіків – у 1,97 ($p=0,036$) і 3,78 разу ($p=0,008$), у жінок – у 1,49 ($p=0,015$) і 1,39 разу ($p=0,043$) відповідно, ЗХС – на 23,9% ($p=0,048$) та ЛР у чоловіків – у 2,23 і 3,11 разу ($p<0,01$). У осіб із Pro-алелем спостерігали більший вміст ХС ЛПНЩ, ніж у таких із 12Ala-генотипом на 27,2% і 39,8% ($p<0,05$) та нижчий рівень ХС ЛПВЩ, але тільки у жінок – на 26,3% і 19,3% ($p<0,05$) відповідно (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Адипокіни та ліпіди плазми залежно від генотипів Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ 2 у хворих на артеріальну гіпертензію ($M\pm m$)

Показники		Контроль, n=30	Генотипи гена PPAR- γ 2		
			12Ala, n=5	ProAla, n=35	Pro12, n=70
Лептин, нг/мл	Ч	10,7 \pm 3,67	11,5 \pm 0,48	6,0 \pm 0,91 $p_1=0,004$	22,7 \pm 3,14 $p=0,035$ $p_1=0,036$ $p_2=0,008$
	Ж	18,7 \pm 5,89	27,5 \pm 1,44	29,5 \pm 4,33 $p=0,045$	40,9 \pm 5,10 $p=0,011$ $p_1=0,015$ $p_2=0,043$
Адипонектин, нг/мл		79,8 \pm 2,44	77,9 \pm 1,86	77,7 \pm 1,55	76,9 \pm 2,01
ЗХС, ммоль/л		4,49 \pm 0,48	4,82 \pm 0,43	5,53 \pm 0,36 $p=0,041$	5,97 \pm 0,39 $p=0,025$ $p_1=0,048$
ТГ, ммоль/л		1,38 \pm 0,22	1,32 \pm 0,33	1,61 \pm 0,15	1,79 \pm 0,19
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	Ч	1,39 \pm 0,11	1,12 \pm 0,12 $p=0,033$	1,40 \pm 0,18	1,23 \pm 0,19
	Ж	1,54 \pm 0,27	1,86 \pm 0,12	1,39 \pm 0,17 $p_1=0,037$	1,50 \pm 0,15 $p_1=0,048$
ХС ЛПНЩ, ммоль/л		2,60 \pm 0,30	2,61 \pm 0,28	3,32 \pm 0,18 $p, p_1<0,05$	3,65 \pm 0,22 $p=0,012$ $p_1=0,045$
ХС ЛПДНЩ,		0,83 \pm 0,14	0,88 \pm 0,13	0,90 \pm 0,07	0,96 \pm 0,06

ммоль/л					
ІА, ум.од		2,79±0,47	2,92±0,59	3,26±0,42	3,69±0,40 p=0,044
ЛР, ум.од	Ч	7,95±1,86	6,78±1,67	4,85±0,74	15,1±3,70 p=0,026 p ₁ ,p ₂ <0,01
	Ж	13,4±3,01	28,1±4,49 p=0,042	19,7±4,86	25,1±5,82 p=0,011

Примітки: 1. ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ТГ – триацилгліцероли; ІА – індекс атерогенності; ЛР – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. p – вірогідність різниць показників відносно контролю; p₁ – вірогідність різниць показників відносно осіб із 12Ala-генотипом; p₂ – вірогідність різниць показників відносно осіб із ProAla-генотипом.

Адипокінова активність жирової тканини, лептинорезистентність та зміни ліпідограми залежно від маси тіла та АО з урахуванням алельного стану гена PPAR- γ 2 наведено у таблицях 1.7-1.8. Надмірна маса асоціює з нищим вмістом лептину плазми у носіїв Pro-алеля, ніж у таких із 12Ala-генотипом у 2,89 (p<0,001) і 1,51 разу (p=0,008), без чіткої залежності змін за ЛР. Однак ЗХС та ІА були вищими саме у власників Pro-алеля на 23,2% (p=0,039) і 20,8% (p=0,044) та 45,2% (p=0,025) і 43,9% (p=0,035) відповідно. У хворих на ЕАГ із нормальною масою, гомозиготних носіїв Pro12-алеля реєстрували нижчий рівень адипонектину, ніж у осіб із Pro12Ala-генотипом на 5,82% (p<0,05), вищий ЗХС та ХС ЛПДНЩ – на 12,3% (p<0,05) і 17,4% (p=0,026) відповідно. За АО I і II ступеня у пацієнтів із Pro12-генотипом рівень лептину перевищував такий у власників ProAla-генотипу на 52,7% (p=0,012) і 26,4% (p=0,046), з аналогічною тенденцією за ХС ЛПНЩ – на 30,5% (p=0,005) і 15,2% (p=0,049). ЗХС та ХС ЛПВЩ були вищими у хворих на ЕАГ із АО I ступеня носіїв Pro12-генотипу, ніж у осіб із ProAla-генотипом на 25,3% (p=0,015) і 21,5% (p=0,01) відповідно (табл. 1.8). ІА теж переважав у пацієнтів із Pro12-генотипом та АО II ступеня на 25,8% (p=0,003).

Таблиця 1.7

Адипокіни та лептинорезистентність залежно від генотипів Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ 2, маси тіла та ступенів абдомінального ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію

Показники	Генотипи	Норм. маса тіла, n=9	Надмірна маса, n=42	АО I, n=30	АО II, n=19	АО III, n=10
Лептин, нг/мл	12Ala	12	19,5±2,34	11	30	–
	ProAla	7,33±0,62	6,75±0,49 p _{12Ala} <0,001	33,2±4,40 p,p ₁ <0,001	42,5±4,75 p,p ₁ <0,001	–
	Pro12	7,5±0,47	12,9±2,39 p _{oAla} =0,008	50,7±4,76 p,p ₁ <0,001 p _{ProAla} =0,012	53,7±3,25 p-p ₂ <0,001 p _{ProAla} =0,046	79,5±4,17 p-p ₃ <0,001
Адипонектин, нг/мл	12Ala	80	77,5±1,25	78	77	–
	ProAla	80,7±2,55	75,7±1,85 p=0,049	77,3±1,18	76,4±1,22 p=0,05	–
	Pro12	76,0±0,50 p _{ProAla} <0,05	77,4±1,42	79,6±1,90 p=0,041	77,3±2,06	78,0±0,77 p=0,045
ТГ, ммоль/л	12Ala	1,3	1,40±0,25	1,39	2,2	–
	ProAla	1,67±0,14	1,58±0,22	1,55±0,35	1,86±0,13	–
	Pro12	1,79±0,23	1,50±0,22	1,72±0,18	1,92±0,15 p ₁ =0,047	2,01±0,10 p ₁ =0,038
ЛР, ум.од	12Ala	9,23	13,9±1,75	7,91	13,6	–
	ProAla	6,10±1,64	4,39±0,57 p _{12Ala} =0,014	20,6±3,17 p,p ₁ <0,001	22,8±2,07 p,p ₁ <0,001	–
	Pro12	4,19±0,61	9,93±0,59 p=0,012 p _{ProAla} =0,021	30,8±6,57 p-p ₁ <0,001	28,0±8,89 p,p ₂ <0,001	39,6±2,82 p-p ₂ <0,001

Примітки: 1. АО I-III – Абдомінальне ожиріння I-III ступенів тяжкості; ТГ – триацилгліцероли; ЛР – лептинорезистентність; Ч – чоловіки; Ж – жінки. 2. p – вірогідність різниць показників відносно осіб із нормальною масою тіла; p₁ – вірогідність різниць показників відносно осіб із надмірною масою тіла; p₂ – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО I ступеня; p₃ – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО II ступеня; p_{12Ala} – вірогідність різниць показників відносно осіб із 12Ala-генотипом гена PPAR-γ2 (по вертикалі); p_{ProAla} – вірогідність різниць показників відносно осіб із ProAla-генотипом гена PPAR-γ2 (по вертикалі).

Таблиця 1.8

Ліпідний спектр залежно від генотипів Pro12Ala поліморфізму гена PPAR-γ2, маси тіла та ступенів абдомінального ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію

Показники	Генотипи	Норм. маса тіла, n=9	Надмірна маса, n=42	АО I, n=30	АО II, n=19	АО III, n=10
ЗХС, ммоль/л	12Ala	4,6	4,95±0,23	4,5	4,9	–
	ProAla	4,81±0,23	6,10±0,64 p=0,043 p _{12Ala} =0,039	5,02±0,39	5,73±0,56 p=0,048	–
	Pro12	5,40±0,29 p _{ProAla} <0,05	5,98±0,62 p _{12Ala} =0,044	6,29±0,48 p=0,037 p _{ProAla} =0,015	5,86±0,33	6,40±0,20 p=0,016
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	12Ala	1,4	1,50±0,15	1,3	2,3	–
	ProAla	1,39±0,14	1,49±0,18	1,07±0,10 p,p ₁ <0,05	1,35±0,12	–
	Pro12	1,33±0,24	1,51±0,21	1,30±0,08	1,15±0,32	1,43±0,17

				$p_{ProAla}=0,01$		
ХС ЛПНЦ, ммоль/л	12Ala	2,40	2,65±0,22	1,9	1,7	–
	ProAla	2,49±0,34	3,73±0,21 $p=0,014$ $p_{12Ala}=0,036$	3,18±0,30	3,35±0,19 $p=0,039$	–
	Pro12	2,89±0,25	3,63±0,56	4,15±0,48 $p=0,013$ $p_{ProAla}=0,005$	3,86±0,30 $p=0,019$ $p_{ProAla}=0,049$	3,95±0,11 $p<0,01$
ХС ЛПДНЦ, ммоль/л	12Ala	0,80	0,85±0,05	1,3	0,9	–
	ProAla	0,92±0,08	0,88±0,08	0,81±0,06	1,0±0,05 $p_2=0,051$	–
	Pro12	1,08±0,06 $p_{ProAla}=0,026$	0,84±0,09 $p=0,008$	0,84±0,10 $p=0,012$	0,85±0,06 $p=0,013$ $p_{ProAla}=0,037$	1,02±0,08
ІА, ум.од	12Ala	2,29	2,30±0,14	2,46	1,13	–
	ProAla	2,60±0,31	3,34±0,42 $p_{12Ala}=0,025$	3,93±0,42 $p=0,029$	3,25±0,29 $p=0,05$	–
	Pro12	3,10±0,32	3,31±0,41 $p_{12Ala}=0,035$	4,14±0,55 $p=0,04$	4,09±0,31 $p=0,024$ $p_{ProAla}=0,003$	3,59±0,25

Примітки: 1. АО I-III – Абдомінальне ожиріння I-III ступенів тяжкості; ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЦ / ЛПНЦ / ЛПДНЦ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ІА – індекс атерогенності. 2. p – вірогідність різниць показників відносно осіб із нормальною масою тіла; p_1 – вірогідність різниць показників відносно осіб із надмірною масою тіла; p_2 – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО I ступеня; p_3 – вірогідність різниць показників відносно осіб із АО II ступеня; p_{12Ala} – вірогідність різниць показників відносно осіб із 12Ala-генотипом гена PPAR- γ 2 (по вертикалі); p_{ProAla} – вірогідність різниць показників відносно осіб із ProAla-генотипом гена PPAR- γ 2 (по вертикалі).

Вміст ліпідів плазми та секреторна активність жирової тканини у хворих на ЕАГ залежно від гаплотипів генів ACE (I/D) та PPAR- γ 2 (Pro12Ala) до лікування наведено у таблиці 1.9. За гомозиготної присутності у гаплотипі Pro-алеля у чоловіків (II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12), незалежно від алельного стану гена ACE, рівень лептину є вищим за всі решту поєднань у 1,58-2,4 разу ($p<0,05$). У жінок спостерігали аналогічну тенденцію, однак тільки за наявності ProPro-, чи DD-генотипу у комбінації (ID/Pro12, DD/Pro12 і DD/ProAla поєднання) – у 1,32-1,80 разу ($p<0,05$), при цьому рівень даного адипокіну перевищував такий у чоловіків у 1,39-3,68 разу ($p<0,05$). Розрахунковий показник ЛР тандемно віддзеркалював коливання лептину та ТГ, будучи вірогідно вищим у чоловіків за гомозиготної присутності Pro-алеля у гаплотипі (II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12) у 1,82-2,44 разу ($p<0,05$), а у жінок – за комбінації ProPro-генотипу і D-алеля (ID/Pro12, DD/Pro12

варіанти) у 1,29-1,66 разу ($p < 0,05$) відповідно. У власників несприятливого DD/Pro12 поєднання вміст ЗХС та ІА перевищували такі у осіб із ID/12Ala і II/ProAla гаплотипами на 19,5% і 30,9% ($p < 0,05$) відповідно. За рештою показників суттєвих відмінностей між гаплотипами не встановили (табл. 1.9).

Таблиця 1.9

Адинокіни та ліпіди плазми у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію залежно від гаплотипів генів ACE (I/D) та PPAR- γ 2 (Pro12Ala)

Показники ліпідів		Комбінація генотипів генів ACE та PPAR- γ 2		
		II/12Ala, n=1	II/ProAla, n=6	II/Pro12, n=10
Лептин, нг/мл	Ч	–	14,1 \pm 3,41	22,8 \pm 4,15 ^{II/ProAla}
	Ж	12,0	25,4 \pm 5,05	31,6 \pm 5,21
Адипонектин, нг/мл		77,0	77,4 \pm 2,22	77,0 \pm 3,47
ЗХС, ммоль/л		4,20	5,58 \pm 0,55	6,09 \pm 0,54
ХС ЛПВЩ, ммоль/л		1,85	1,39 \pm 0,19	1,37 \pm 0,15
ХС ЛПНЩ, ммоль/л		2,20	3,20 \pm 0,26	3,71 \pm 0,36
ТГ, ммоль/л		1,3	1,62 \pm 0,25	1,70 \pm 0,23
ІА, ум.од.		3,2	2,94 \pm 0,47	3,44 \pm 0,38
ЛР, ум.од.	Ч	–	8,70 \pm 1,95	13,4 \pm 3,31 ^{ID/ProAla}
	Ж	9,23	15,7 \pm 2,96	18,6 \pm 4,61
		ID/12Ala, n=3	ID/ProAla, n=21	ID/Pro12, n=26
Лептин, нг/мл	Ч	14,4 \pm 2,70 ^{II/Pro12}	9,05 \pm 1,30 ^{II/Pro12}	17,4 \pm 3,52 ^{ID/ProAla}
	Ж	26,5 \pm 4,22	33,3 \pm 3,97	39,6 \pm 4,35 ^{II/ProAla, ID/12Ala}
Адипонектин, нг/мл		76,7 \pm 1,45	75,9 \pm 1,83	77,4 \pm 2,06
ЗХС, ммоль/л		5,28 \pm 0,30	5,63 \pm 0,39	5,85 \pm 0,41
ХС ЛПВЩ, ммоль/л		1,35 \pm 0,19	1,30 \pm 0,16	1,29 \pm 0,15
ХС ЛПНЩ, ммоль/л		3,16 \pm 0,25	3,27 \pm 0,22	3,43 \pm 0,20
ТГ, ммоль/л		1,80 \pm 0,34	1,65 \pm 0,20	1,74 \pm 0,22
ІА, ум.од.		2,91 \pm 0,54	3,33 \pm 0,45	3,53 \pm 0,47
ЛР, ум.од.	Ч	8,0 \pm 2,06	5,48 \pm 1,17	10,0 \pm 2,47 ^{ID/ProAla}
	Ж	14,7 \pm 4,50	20,2 \pm 4,25	22,8 \pm 3,79 ^{II/ProAla}
		DD/12Ala, n=1	DD/ProAla, n=8	DD/Pro12, n=34
Лептин, нг/мл	Ч	–	13,2 \pm 3,31 ^{II/Pro12}	22,6 \pm 2,95 ^{II/ProAlaID/12Ala, ID/ProAla, ID/12Ala, DD/ProAla}
	Ж	11,0	35,1 \pm 3,36 ^{II/ProAla, ID/12Ala}	45,7 \pm 5,02 ^{II/ProAlaID/12Ala, ID/ProAla,}
Адипонектин, нг/мл		79,0	77,1 \pm 1,88	75,7 \pm 1,63
ЗХС, ммоль/л		5,10	5,89 \pm 0,47	6,31 \pm 0,39 ^{ID/12Ala}
ХС ЛПВЩ, ммоль/л		1,90	1,31 \pm 0,15	1,30 \pm 0,16

ХС ЛПНЩ, ммоль/л	2,70	3,64±0,31	3,69±0,55
ТГ, ммоль/л	1,39	1,67±0,14	1,75±0,19
ІА, ум.од.	1,68	3,50±0,35	3,85±0,43 ^{II/ProAla}
ЛР, ум.од.	Ч	–	12,9±3,80 ^{ID/ProAla}
	Ж	7,91	26,1±4,79 ^{II/ProAla} ID/12Ala

Примітки: 1. Тлумачення абревіатур показників ліпідів відповідає попереднім таблицям 4.1-4.8. 2. вірогідність різниць показників відносно певного гаплотипу піднесено до ступеня ($p \leq 0,05$).

У зв'язку з тим, що активну динаміку вище наведених показників з урахуванням гаплотипів встановили тільки за вмістом лептину та індексом ЛР, тому вважали за необхідне проаналізувати їх рівень залежно від маси тіла, ступенів АО та гаплотипів (табл. 1.10-1.11). Концентрація прозапального лептину вірогідно переважала у хворих на ЕАГ і АО I і II ступенів гомозиготних носіїв Pro-алеля у гаплотипі (II/Pro12, ID/Pro12) та DD/Pro12 комбінації для АО II, ніж у таких із I-алелем гена ACE, чи Ala-алелем гена PPAR- γ 2 у поєднанні на 1,24-2,38 разу ($p < 0,05$). Найвищі рівні лептину спостерігали у осіб із АО III ступеня, власників ID/Pro12 та DD/Pro12 гаплотипів, котрі перевищували даний показник у пацієнтів із АО I-II і надмірною масою тіла у 2,12-7,44 та 1,30-8,08 разів відповідно ($p < 0,05$). Аналогічну тенденцію спостерігали за показником ЛР (табл. 1.11): у власників II/Pro12 та DD/Pro12 гаплотипів із АО I і II він вищий, ніж у осіб із I- та Ala-алелями у поєднанні у 1,27-2,02 разу ($p < 0,05$), теж із найвищими значеннями у хворих із АО III за наявного ProPro-генотипу у комбінації, ніж за надмірної маси і АО I-II – у 2,12-7,43 разу ($p < 0,05$) та 1,26-6,24 разу ($p < 0,05$) відповідно.

Таблиця 1.10

Вміст лептину (нг/мл) у плазмі хворих на артеріальну гіпертензію залежно від маси тіла, ступенів абдомінального ожиріння та гаплотипів генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala)

Гаплотипи генів	Нормальн.	Надмірна	АО I	АО II	АО III
-----------------	-----------	----------	------	-------	--------

ACE та PPAR- γ	маса тіла	маса			
II/12Ala, n=1	12,0	–	–	–	–
II/ProAla, n=6	10,0	–	35,2 \pm 4,30	36,5	–
II/Pro12, n=10	11,5 \pm 1,48	–	47,8 \pm 4,12 II/ProAlaID/Pro Ala	45,7 \pm 3,10 ID/ProAla	41,9
ID/12Ala, n=3	–	15,7 \pm 2,49 ID/ProAla	–	30,0	–
ID/ProAla, n=21	7,0	10,3 \pm 1,65	34,7 \pm 3,71	31,5 \pm 3,65	–
ID/Pro12, n=26	6,75 \pm 0,63	12,4 \pm 2,51	43,5 \pm 4,23 ID/ProAla	39,1 \pm 2,92 ID/ProAla	92,3 \pm 9,58
DD/12Ala, n=1	–	–	11,0	–	–
DD/ProAla, n=8	7,5	15,1 \pm 1,77 ID/ProAla	–	55,0	–
DD/Pro12, n=34	8,0	12,1 \pm 1,72	58,0	75,1 \pm 7,67 II/Pro12 ID/ProAlaID/Pr o12	97,8 \pm 5,23

Примітки: 1. АОІ-ІІІ – абдомінальне ожиріння І-ІІІ ступенів. 2. вірогідність різниць показників відносно певного гаплотипу піднесено до ступеня ($p \leq 0,05$).

Таблиця 1.11

Індекс лептинорезистентності (ум.од.) у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від маси тіла, ступенів абдомінального ожиріння та гаплотипів генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala)

Гаплотипи генів ACE та PPAR- γ	Нормальн. маса тіла	Надмірна маса	АО I	АО II	АО III
II/12Ala, n=1	9,23	–	–	–	–
II/ProAla, n=6	6,17	–	21,7 \pm 2,25	20,3	–
II/Pro12, n=10	7,19 \pm 1,64	–	28,1 \pm 2,80 II/ProAlaID/Pro Ala	24,3 \pm 1,96 ID/ProAla	19,5
ID/12Ala, n=3	–	10,5 \pm 2,12	–	13,6	–
ID/ProAla, n=21	4,49	6,24 \pm 1,05 ID/12Ala	21,0 \pm 3,66	19,1 \pm 3,04	–
ID/Pro12, n=26	3,88 \pm 0,70	7,13 \pm 1,53	25,0 \pm 4,09	22,5 \pm 2,45	53,0 \pm 5,68
DD/12Ala, n=1	–	–	7,91	–	–
DD/ProAla, n=8	4,49	9,04 \pm 0,64 ID/ProAla	–	32,9	–
DD/Pro12, n=34	5,16	7,81 \pm 0,65	33,1	38,5 \pm 6,23	48,7 \pm 4,43

				II/Pro12 ID/ProAlaID/Pr o12	
--	--	--	--	-----------------------------------	--

Примітки: 1. АОІ-ІІІ – абдомінальне ожиріння І-ІІІ ступенів. 2. вірогідність різниць показників відносно певного гаплотипу піднесено до ступеня ($p \leq 0,05$).

Галотипи, як потенційні фактори ризику розвитку різних типів дисліпідемій, гіперлептинемії, лептинорезистентності у хворих на ЕАГ наведено у таблиці 1.12. Підвищення продукції лептину визначали при концентрації адипокіну більше, ніж 13,7 пг/мл для чоловіків і 22,5 пг/мл для жінок (верхній кuartіль контрольної групи), розрахунковий індекс лептинорезистентності – 9,81 ум.од. для чоловіків і 16,2 ум.од. для жінок (верхній кuartіль контрольної групи). Типи дисліпідемій встановлювали відповідно до класифікації ВООЗ (1970). Аналіз ризику засвідчив високу ймовірність появи дисліпідемій, гіперлептинемії та лептинорезистентності у власників Pro12-генотипу у гаплотипі: для II/Pro12 варіанту – OR=3,46, $p=0,042$, для ID/Pro12 – OR=3,63, $p=0,021$ і для DD/Pro12 поєднання – OR=2,31, $p=0,041$, відповідно (табл. 1.12).

Таблиця 1.12

Гаплотипи генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala) як фактори ризику появи дисліпідемій, гіперлептинемії і лептинорезистентності у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію

№	Потенційний фактор ризику	ARI/ARR	RRI/RRR	RelR	RR	OR	95 CI RR / 95 CI OR	p
1	II/12Ala, II/ProAla, ID/12Ala	-0,06	-0,12	1,12	1,27	1,29	0,38-4,27 / 0,35-4,85	>0,05
2	II/Pro12	-0,26	-0,49	1,49	3,16	3,46	0,92-18,7/ 1,04-22,8	0,042
3	ID/ProAla	0,01	0,02	0,98	0,96	0,95	0,44-2,10/ 0,37-2,42	>0,05

4	ID/Pro12	-0,27	-0,51	1,51	2,94	3,63	1,18-7,33 / 1,28-10,3	0,021
5	DD/12Ala, DD/ProAla	0,31	0,59	0,41	0,27	0,25	0,06-1,25 / 0,05-1,24	0,07
6	DD/Pro12	-0,18	-0,40	1,40	1,78	2,31	1,01-3,66/ 1,02-5,23	0,041

Примітки: 1. ARI (absoluteriskincrease) / ARR (absoluteriskreduction) – підвищення / зменшення абсолютного ризику; RRI (relativeriskincrease) / RRR (relativeriskreduction) – підвищення / зменшення відносного ризику; RelR (relativerisk) – відносний ризик; RR (RiskRatio) – відношення ризиків. 2. OR (OddsRatio) – відношення шансів; 95CI RR,OR (confidenceinterval 95%) – 95% довірчі інтервали відношення ризиків (RR), шансів (OR).

У хворих на ЕАГ за нормальної та підвищеної маси тіла гомозиготна присутність І-алеля гена ACE, чи 12Ala-алеля гена PPAR- γ 2 у гаплотипі (табл. 1.13) зменшують шанси на появу гіперлептинемії, лептинорезистентності і дисліпідемії: для власників II/12Ala, II/ProAla і ID/12Ala поєднань до OR=0,22 (p=0,042), для II/Pro12 комбінації – до OR=0,10 (p=0,042).

Таблиця 1.13

Гаплотипи генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala) як фактори ризику появи дисліпідемій, гіперлептинемії і лептинорезистентності у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію із нормальною та підвищеною масою тіла

№	Потенційний фактор ризику	ARI/ARR	RRI/RRR	RelR	RR	OR	95 CI RR / 95 CI OR	p
1	II/12Ala, II/ProAla, ID/12Ala	0,34	0,63	0,37	0,24	0,22	0,05-1,09 / 0,04-1,06	0,042
2	II/Pro12	0,44	0,81	0,19	0,11	0,10	0,01-0,85/ 0,01-0,78	0,021
3	ID/ProAla	0,06	0,11	0,89	0,82	0,79	0,37-1,79/ 0,31-2,0	>0,05
4	ID/Pro12	-0,01	-0,02	1,02	1,03	1,03	0,19-5,68 / 0,16-6,74	>0,05

5	DD/12Ala, DD/ProAla	-0,05	-0,13	1,13	1,20	1,24	0,36-4,02 / 0,30-5,18	>0,05
6	DD/Pro12	0,10	0,25	0,75	0,76	0,64	0,42-1,38/ 0,25-1,63	>0,05

Примітки: 1. ARI (absoluteriskincrease) / ARR (absoluteriskreduction) – підвищення / зменшення абсолютного ризику; RRI (relativeriskincrease) / RRR (relativeriskreduction) – підвищення / зменшення відносного ризику; RelR (relativerisk) – відносний ризик; RR (RiskRatio) – відношення ризиків. 2. OR (OddsRatio) – відношення шансів; 95CI RR,OR (confidenceinterval 95%) – 95% довірчі інтервали відношення ризиків (RR), шансів (OR).

Натомість наявність АО у хворих на ЕАГ та присутність у гаплотипі гомозиготного Pro-алеля підвищує відносний ризик гіперлептинемії, лептинорезистентності і дисліпідемії (табл. 1.14), незалежно від алельного стану гена ACE: для II/Pro12 гаплотипу – у 2,36 разу (OR=7,80, p=0,008), для ID/Pro12 – у 2,38 разу (OR=8,19, p<0,001), для DD/Pro12 – у 1,91 разу (OR=3,57, p=0,004).

Таблиця 1.14

Гаплотипи генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala) як фактори ризику появи дисліпідемій, гіперлептинемії і лептинорезистентності у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію із абдомінальним ожирінням

№	Потенційний фактор ризику	ARI/ARR	RRI/RRR	RelR	RR	OR	95 CI RR / 95 CI OR	p
1	II/12Ala, II/ProAla, ID/12Ala	-0,26	-0,77	1,77	2,48	2,92	0,77-7,97 / 0,74-11,6	>0,05
2	II/Pro12	-0,46	-1,36	2,36	5,86	7,80	1,34-25,5/ 1,51-40,2	0,008
3	ID/ProAla	-0,14	-0,40	1,40	1,52	1,77	0,73-3,13/ 0,64-4,88	>0,05
4	ID/Pro12	-0,47	-1,38	2,38	4,51	8,19	1,87-10,8 / 2,69-25,0	<0,001
5	DD/12Ala, DD/ProAla	-0,11	-0,31	1,31	1,47	1,56	0,43-4,95 / 0,38-6,46	>0,05
6	DD/Pro12	-0,31	-0,91	1,91	2,23	3,57	1,26-3,95/ 0,25-1,63	0,004

							1,47-8,67	
--	--	--	--	--	--	--	-----------	--

Примітки: 1. ARI (absoluteriskincrease) / ARR (absoluteriskreduction) – підвищення / зменшення абсолютного ризику; RRI (relativeriskincrease) / RRR (relativeriskreduction) – підвищення / зменшення відносного ризику; RelR (relativerisk) – відносний ризик; RR (RiskRatio) – відношення ризиків. 2. OR (OddsRatio) – відношення шансів; 95CI RR,OR (confidenceinterval 95%) – 95% довірчі інтервали відношення ризиків (RR), шансів (OR).

При аналізі кореляційних зв'язків показників ліпідів, ІМТ, обводу талії та секреторної активності адипозної тканини за геном ACE (табл. 1.15, рисунки 1.1-1.4) встановили пряму залежність ІМТ із лептином та показником ЛР у носіїв D-алеля ($r=0,38-0,57$, $p \leq 0,044-0,003$). Обвід талії прямо корелював із рівнем лептину у носіїв ID-генотипу ($r=0,40$, $p=0,036$) і зворотно із вмістом адипонектину ($r=-0,52$, $p=0,005$). Також адипонектин зворотно асоціював із ІМТ і позитивно із вмістом ХС ЛПВЩ ($r=0,40$, $p=0,033$), але тільки у носіїв ID-генотипу гена ACE. У цих же пацієнтів показник ЛР негативно залежав від рівня ТГ ($r=-0,49$, $p=0,008$). У носіїв II-генотипу лептин зворотно корелював із адипонектином ($r=-0,75$, $p=0,04$), а у пацієнтів із DD-генотипом лептин прямо залежав від ІА ($r=0,57$, $p=0,011$).

Таблиця 1.15

Кореляційні зв'язки (r) лептину, адипонектину та індексу лептинорезистентності із показниками ліпідного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від генотипів аналізованих генів

Гени	Показники	Лептин	Адипонектин	ЛР	
ACE	II	ІМТ	$r=0,35$ $p>0,05$	$r=0,03$ $p>0,05$	$r=0,40$ $p>0,05$
		Обвід талії	$r=0,33$ $p>0,05$	$r=-0,33$ $p>0,05$	$r=0,29$ $p>0,05$
		ЗХС	$r=0,39$ $p>0,05$	$r=0,69$ $p>0,05$	$r=0,57$ $p>0,05$
		ТГ	$r=0,28$ $p>0,05$	$r=-0,14$ $p>0,05$	$r=0,35$ $p>0,05$
		ХС ЛПВЩ	$r=-0,11$ $p>0,05$	$r=-0,13$ $p>0,05$	$r=-0,14$ $p>0,05$
		ХС ЛПНЩ	$r=0,23$ $p>0,05$	$r=0,43$ $p>0,05$	$r=0,57$ $p>0,05$
		ХС ЛПДНЩ	$r=-0,10$ $p>0,05$	$r=0,59$ $p>0,05$	$r=0,15$ $p>0,05$
	ID	ІМТ	$r=0,55$ $p=0,003$	$r=-0,43$ $p=0,022$	$r=0,38$ $p=0,044$
		Обвід талії	$r=0,40$ $p=0,036$	$r=-0,52$ $p=0,005$	$r=0,27$ $p>0,05$
		ЗХС	$r=0,16$ $p>0,05$	$r=-0,32$ $p=0,09$	$r=0,12$ $p>0,05$

PPAR- γ 2		ТГ	$r=0,34$ $p>0,05$	$r=0,06$ $p>0,05$	$r=-0,49$ $p=0,008$	
		ХС ЛПВЩ	$r=-0,07$ $p>0,05$	$r=0,40$ $p=0,033$	$r=-0,03$ $p>0,05$	
		ХС ЛПНЩ	$r=0,06$ $p>0,05$	$r=-0,19$ $p>0,05$	$r=0,12$ $p>0,05$	
		ХС ЛПДНЩ	$r=0,15$ $p>0,05$	$r=-0,24$ $p>0,05$	$r=-0,05$ $p>0,05$	
	DD	ІМТ	$r=0,57$ $p=0,012$	$r=-0,38$ $p>0,05$	$r=0,51$ $p=0,027$	
		Обвід талії	$r=0,40$ $p=0,086$	$r=-0,15$ $p>0,05$	$r=0,26$ $p>0,05$	
		ЗХС	$r=-0,01$ $p>0,05$	$r=-0,26$ $p>0,05$	$r=0,22$ $p>0,05$	
		ТГ	$r=0,30$ $p>0,05$	$r=-0,17$ $p>0,05$	$r=0,12$ $p>0,05$	
		ХС ЛПВЩ	$r=-0,39$ $p>0,05$	$r=-0,08$ $p>0,05$	$r=-0,31$ $p>0,05$	
		ХС ЛПНЩ	$r=0,24$ $p>0,05$	$r=-0,36$ $p>0,05$	$r=0,04$ $p>0,05$	
		ХС ЛПДНЩ	$r=0,44$ $p=0,061$	$r=-0,17$ $p>0,05$	$r=0,39$ $p>0,05$	
		PPAR- γ 2	AlaAla, ProAla	ІМТ	$r=0,48$ $p=0,018$	$r=-0,47$ $p=0,019$
	Обвід талії			$r=0,35$ $p=0,09$	$r=-0,22$ $p>0,05$	$r=0,25$ $p>0,05$
	ЗХС			$r=0,13$ $p>0,05$	$r=-0,28$ $p>0,05$	$r=0,27$ $p>0,05$
ТГ	$r=0,14$ $p>0,05$			$r=-0,15$ $p>0,05$	$r=-0,53$ $p=0,002$	
ХС ЛПВЩ	$r=-0,32$ $p>0,05$			$r=0,28$ $p>0,05$	$r=-0,11$ $p>0,05$	
ХС ЛПНЩ	$r=0,02$ $p>0,05$			$r=-0,21$ $p>0,05$	$r=0,20$ $p>0,05$	
ХС ЛПДНЩ	$r=0,26$ $p>0,05$			$r=-0,03$ $p>0,05$	$r=0,31$ $p>0,05$	
ProPro	ІМТ		$r=0,47$ $p=0,011$	$r=0,05$ $p>0,05$	$r=0,39$ $p=0,038$	
	Обвід талії		$r=0,32$ $p>0,05$	$r=-0,25$ $p>0,05$	$r=0,21$ $p>0,05$	
	ЗХС		$r=0,14$ $p>0,05$	$r=0,09$ $p>0,05$	$r=0,07$ $p>0,05$	
	ТГ		$r=0,30$ $p>0,05$	$r=-0,08$ $p>0,05$	$r=0,04$ $p>0,05$	
	ХС ЛПВЩ		$r=-0,10$ $p>0,05$	$r=-0,23$ $p>0,05$	$r=-0,13$ $p>0,05$	
	ХС ЛПНЩ		$r=0,14$ $p>0,05$	$r=-0,08$ $p>0,05$	$r=0,12$ $p>0,05$	
	ХС ЛПДНЩ		$r=-0,10$ $p>0,05$	$r=-0,18$ $p>0,05$	$r=-0,07$ $p>0,05$	

Примітка. Тлумачення абревіатур аналогічне попереднім таблицям 4.1-4.8.

Показники ліпідного метаболізму залежно від генотипів гена PPAR- γ 2 засвідчили вірогідний зв'язок ІМТ із лептином, незалежно від алельного стану аналізованого гена ($r=0,48$, $p=0,018$ і $r=0,47$, $p=0,011$) (табл. 1.15, рисунки 1.5-1.7). У власників Ala-алеля ІМТ негативно корелював із адипонектином ($r=-0,47$, $p=0,019$), а ЛР із ТГ ($r=-0,53$, $p=0,002$). У носіїв Pro12-генотипу ЛР прямо залежала від ІМТ ($r=0,39$, $p=0,038$).

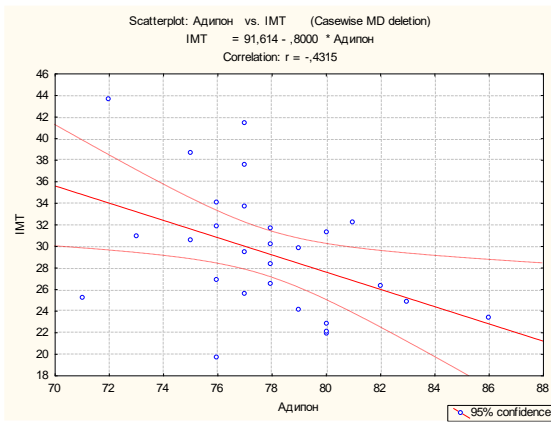


Рис. 1.1. Кореляційні зв'язки ІМТ та адипонектину уносіїв ID-генотипу гена ACE

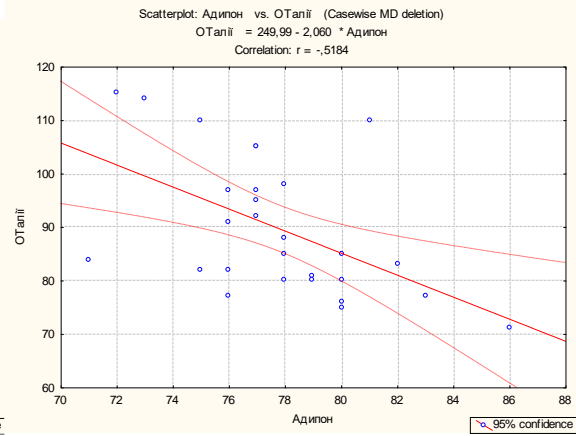


Рис. 1.2. Кореляційні зв'язки обводу талії та адипонектину уносіїв ID-генотипу гена ACE

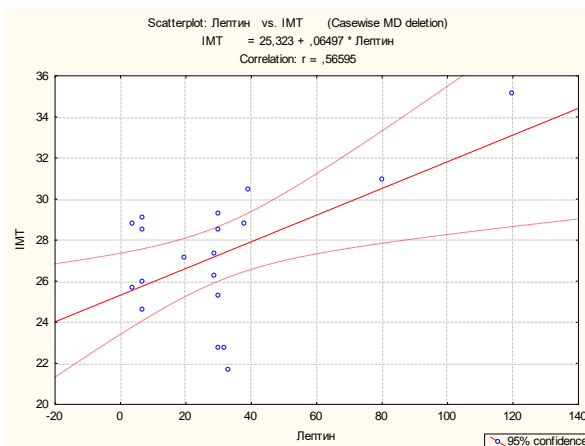


Рис. 1.3. Кореляційні зв'язки ІМТ та лептину уносіїв DD-генотипу гена ACE

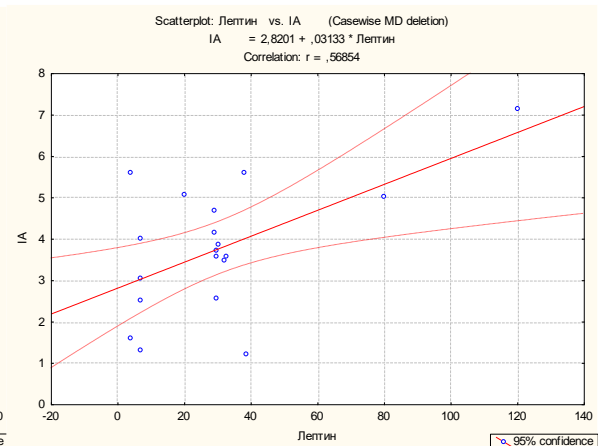


Рис. 1.4. Кореляційні зв'язки індексу атерогенності і лептину уносіїв DD-генотипу гена ACE

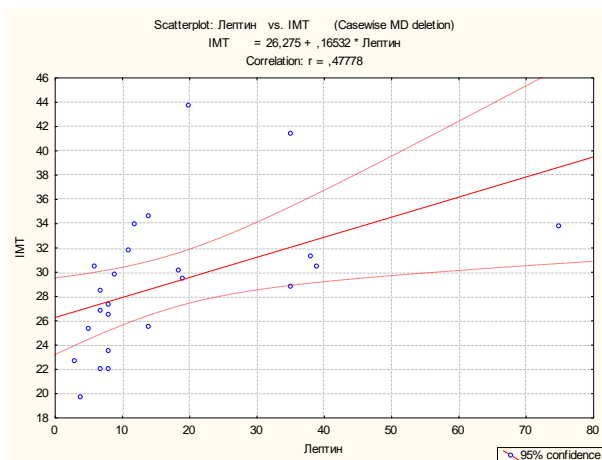


Рис. 1.5. Кореляційні зв'язки ІМТ та лептину у носіїв 12Ala-ProAla-генотипів гена PPAR- γ 2

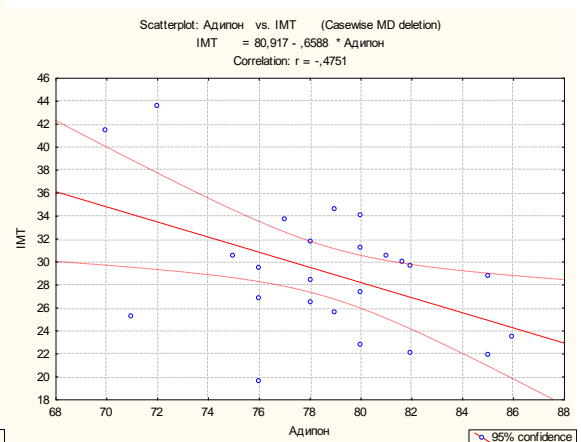


Рис. 1.6. Кореляційні зв'язки ІМТ та адипонектину уносіїв ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2

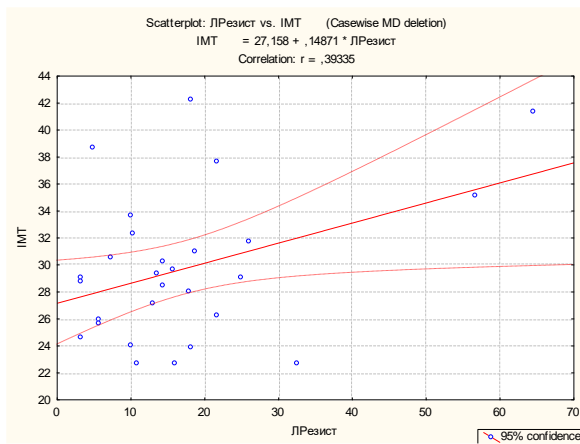


Рис.1.7. Кореляційні зв'язки ІМТ та лептинорезистентності уносіїв ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2

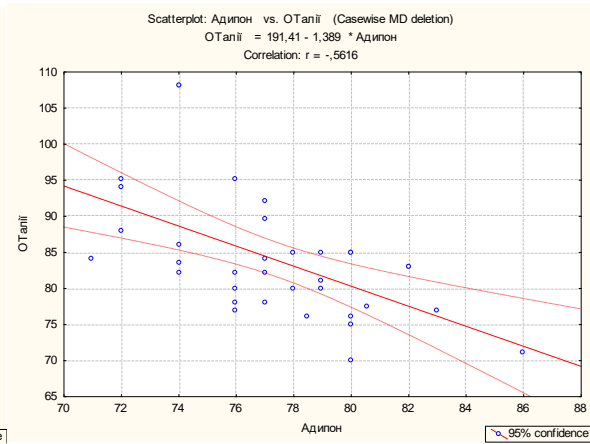


Рис. 1.8. Кореляційні зв'язки адипонектину та обводу талії у осіб із нормальною і підвищеною масою тіла

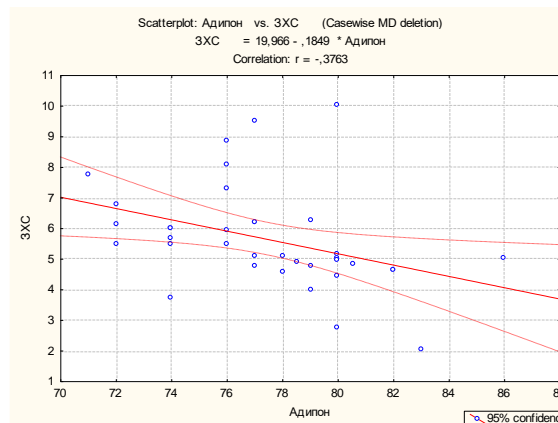


Рис. 1.9. Кореляційні зв'язки адипонектину та загального холестеролу у осіб із нормальною і підвищеною масою тіла ($p=0,024$).

Кореляційні зв'язки показників ліпідограми і адипокінів залежно від маси тіла та АО наведено у таблиці 1.16 та рисунках 1.8-1.9. ІМТ вірогідно впливав на вміст лептину, але тільки за АО ($r=0,58$, $p=0,003$), як і обвід талії межово корелював із ЛР ($r=0,47$, $p=0,056$). Адипонектин незалежно від маси тіла та АО негативно корелював із обводом талії ($r=-0,56$, $p<0,001$ і $r=-0,63$, $p=0,001$ відповідно). Також адипонектин негативно впливав на ЗХС, але вірогідно тільки у осіб із нормальною, чи підвищеною масою тіла ($r=-0,38$, $p=0,024$). ЛР зворотно залежала від концентрації ТГ теж у пацієнтів із нормальною, чи підвищеною масою тіла ($r=-0,42$, $p=0,01$).

Таблиця 1.16

**Кореляційні зв'язки (r) лептину, адипонектину і лептинорезистентності
у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від маси тіла і
абдомінального ожиріння**

Показники	Нормальна, підвищена маса			Абдомінальне ожиріння		
	Лептин	Адипонектин	ЛР	Лептин	Адипонектин	ЛР
ІМТ	r=0,29 p>0,05	r=-0,04 p>0,05	r=0,20 p>0,05	r=0,58 p=0,003	r=-0,34 p>0,05	r=0,39 p>0,05
Обвід талії	r=0,13 p>0,05	r=-0,56 p<0,001	r=0,13 p>0,05	r=0,37 p>0,05	r=-0,63 p=0,001	r=0,47 p=0,056
ЗХС	r=0,14 p>0,05	r=-0,38 p=0,024	r=0,23 p>0,05	r=0,20 p>0,05	r=0,32 p>0,05	r=-0,04 p>0,05
ТГ	r=-0,03 p>0,05	r=-0,09 p>0,05	r=-0,42 p=0,01	r=0,22 p>0,05	r=-0,29 p>0,05	r=-0,37 p=0,074
ХС ЛПВЩ	r=-0,25 p>0,05	r=-0,15 p>0,05	r=-0,27 p>0,05	r=-0,24 p>0,05	r=-0,11 p>0,05	r=-0,19 p>0,05
ХС ЛПНЩ	r=-0,05 p>0,05	r=-0,30 p=0,07	r=0,16 p>0,05	r=0,12 p>0,05	r=0,31 p>0,05	r=0,01 p>0,05
ХС ЛПДНЩ	r=-0,09 p>0,05	r=-0,25 p>0,05	r=0,11 p>0,05	r=0,23 p>0,05	r=0,11 p>0,05	r=0,04 p>0,05
Адипонектин	r=0,13 p>0,05	-	r=0,17 p>0,05	r=-0,19 p>0,05	-	r=0,14 p>0,05

Примітка. Тлумачення абревіатур аналогічне попереднім таблицям 1.1-1.8.

На нашу думку, широка розповсюдженість лептинових рецепторів в організмі, його високий вміст у плазмі за зниження рівня адипонектину, зв'язок із ліпідним метаболізмом, зумовлює поліорганні прояви метаболічних розладів, забезпечуючи прогресування ЕАГ та АО. Отримані нами зміни можна тлумачити тим, що рецептори до лептину містяться в багатьох тканинах, а рівень лептину в плазмі крові тісно пов'язаний із розвитком та секреторною активністю жирової тканини.

Висновки:

1. У 87,1% (88) хворих на ЕАГ із надмірною масою тіла та АО наявна дисліпопротеїнемія із переважанням атерогенного Пб типу. Формування

лептинорезистентності та дисліпідемії у хворих на ЕАГ та АО асоціює із тяжкістю гіпертензії, ступенями АО і кардіоваскулярного ризику: у пацієнтів із ЕАГ III стадії високого та вкрай високого кардіоваскулярного ризику, а також зі збільшенням ступенів АО (особливо АО II і III) зростає плазмовий рівень лептину, ТГ та показник лептинорезистентності як у чоловіків, так і в жінок у 2,48-3,49 разу ($p \leq 0,037-0,014$), на фоні зменшення концентрації адипонектину, але вірогідно тільки в жінок на 10,2% ($p=0,025$) та за наявності АО II і III ступенів – на 6,27% ($p=0,031$) і 5,78% ($p=0,041$) відповідно. ЕАГ II і III стадій та АО I-III ступенів характеризується зростанням вмісту ЗХС, ХС ЛПНЩ та ІА, вірогідно більше у жінок, у 1,27-2,24 рази ($p \leq 0,049-0,001$).

2. Носійство D-алеля гена ACE у жінок та Pro12-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ незалежно від статі характеризується вищим рівнем лептину в плазмі у 1,28-3,78 разу ($p \leq 0,048-0,008$); у чоловіків із DD-генотипом та у жінок із Pro-алелем – нижчим вмістом протиатерогенного ХС ЛПВЩ – на 19,3-26,3% ($p \leq 0,014-0,007$) відповідно. DD-генотип та Pro-алель загалом асоціюють з вищою концентрацією ХС ЛПНЩ на 23,1-39,8% ($p < 0,05$) та ІА – на 59,0% ($p=0,008$); Pro12-генотип – із більшим вмістом ЗХС на 23,9% ($p=0,048$) та вищим ЛР у чоловіків – у 2,23 і 3,11 рази ($p < 0,01$).

3. Секреторна активність адипозної тканини характеризується збільшенням синтезу лептину та зростанням лептинорезистентності за наявності АО у носіїв DD-генотипу гена ACE та Pro12-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ у 1,26-4,71 разу ($p \leq 0,021-0,001$). У хворих на ЕАГ із DD-генотипом гена ACE та гомозиготних носіїв Pro12-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ нормальна маса тіла асоціює з нижчим рівнем адипонектину на 5,82-7,27% ($p < 0,05$), ЛР – у 2,2 рази ($p < 0,05$) та ХС ЛПВЩ – на 20,6% ($p=0,04$), вищим умістом ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та ІА – на 12,3-60,1% ($p \leq 0,04-0,001$). За наявності АО I і II ступенів у власників DD-генотипу зростає концентрація ТГ на 12,8-19,5% ($p \leq 0,05$) та ЛР – у 1,4-5,0 рази ($p < 0,05$), у носіїв D-алеля вагомо зменшується вміст ХС ЛПВЩ на 21,1-45,2% ($p \leq 0,015-0,001$), натомість виростає ІА за АО I – у 1,55-2,11 рази ($p \leq 0,047-0,028$). У носіїв Pro12-генотипу із АО I

ступеня зростають рівні ЗХС та ХС ЛПВЩ на 25,3% ($p=0,015$) і 21,5% ($p=0,01$) відповідно. АО II і III ступенів асоціюють у носіїв DD-генотипу також із вищими рівнями ЗХС на 7,59-22,0% ($p\leq 0,05-0,01$), ХС ЛПНЩ – на 43,8-77,5% ($p<0,01$) та ІА – у 1,49-2,47 разу ($p<0,01$). АО II у пацієнтів із Pro12-генотипом із більшим ІА на 25,8% ($p=0,003$).

4. Гомозиготна присутність Pro-алеля у гаплотипі (у чоловіків – II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12 варіанти, у жінок – ID/Pro12, DD/Pro12 і DD/ProAla поєднання), незалежно від алельного стану гена ACE, характеризується вищим рівнем лептину та ЛР у 1,32-2,4 разу ($p<0,05$) і 1,29-2,44 разу ($p<0,05$) відповідно, із перевищенням адипокіну у жінок у 1,39-3,68 разу ($p<0,05$), особливо за наявності АО I і II ступенів – у 1,24-2,38 разу ($p<0,05$). Несприятливе DD/Pro12 поєднання асоціює з вищим ЗХС та ІА на 19,5% і 30,9% ($p<0,05$) відповідно.

5. Присутність ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2 у гаплотипі, незалежно від алельного стану гена ACE (II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12 поєднання), є несприятливим фактором і збільшує ризик появи гіперлептинемії, лептинорезистентності та дисліпідемій у обстежених у 1,49, 1,51 і 1,40 разу, відповідно ($OR=3,46$, $95\%CI=1,04-22,8$; $OR=3,63$, $95\%CI=1,28-10,3$ і $OR=2,31$, $95\%CI=1,02-5,23$ відповідно, $p<0,05$). *Наявність АО підвищує даний ризик для II/Pro12 гаплотипу – у 2,36 разу ($OR=7,80$, $p=0,008$), для ID/Pro12 – у 2,38 разу ($OR=8,19$, $p<0,001$), для DD/Pro12 – у 1,91 разу ($OR=3,57$, $p=0,004$). За нормальної та підвищеної маси тіла у хворих на ЕАГ гомозиготна присутність I-алеля гена ACE, чи 12Ala-алеля гена PPAR- γ 2 у гаплотипі (II/12Ala, II/ProAla, ID/12Ala, II/Pro12 комбінації) зменшують шанси на появу гіперлептинемії, лептинорезистентності і дисліпідемії та роблять їх найнижчими у обстеженій популяції ($OR=0,10-0,22$, $p\leq 0,021-0,042$).*

6. Лептин та ЛР вірогідно прямо корелюють із ІМТ у носіїв D-алеля гена ACE та Pro12-генотипу гена PPAR- γ 2 ($r=0,38-0,57$, $p\leq 0,044-0,003$). Натомість, ІМТ та обвід талії зворотно впливають на рівень захисного адипонектину у власників ID-генотипу та Ala-алеля ($r=-0,52/-0,43$, $p\leq 0,022-0,005$), тоді як

протиатерогенний ХС ЛПВЩ прямо визначає його вміст у носіїв ID-генотипу гена ACE ($r=0,40$, $p=0,033$). Розрахунковий показник ЛР зворотно залежить від вмісту ТГ у хворих на ЕАГ із ID-генотипом та Ala-алелем ($r=-0,49$, $p=0,008$ і $r=-0,53$, $p=0,002$ відповідно), у т.ч. за нормальної маси тіла ($r=-0,42$, $p=0,01$). Із урахуванням маси тіла та АО: рівень адипонектину зворотно залежить від обводу талії незалежно від маси тіла та із ЗХС, однак тільки за нормальної і підвищеної маси у пацієнтів із ЕАГ ($r=-0,38$, $p=0,024$); лептин корелює з ІМТ за наявності АО ($r=0,58$, $p=0,003$).

2.2. Динаміка адипокінів та ліпідів під впливом лікування хворих на есенційну артеріальну гіпертензію та ожиріння у урахуванням поліморфізму аналізованих генів

Вплив лікування на секреторну активність адипозної тканини, ІМТ та ліпідний обмін у хворих на ЕАГ наведено у таблиці 1.17. Встановили вірогідне зменшення лептину у жінок вже через місяць лікування та у осіб обох статей через пів-року: для жінок – на 14,4% ($p=0,048$) і 30,0%, для чоловіків – на 51,4% ($p<0,001$), порівняно зі станом до лікування, і на 39,1% ($p<0,05$), порівнянно з терміном лікування 1 місяць; за зростання вмісту адипонектину, але тільки через 6 місяців спостереження – на 8,59% ($p=0,022$) і 6,51% ($p<0,05$) відповідно. Розрахунковий показник ЛР під впливом лікування теж зменшився, дещо сильніше у чоловіків – на 56,8% і 44,5% ($p<0,05$), у жінок – на 38,0% і 19,9% ($p<0,05$) відповідно. Спостерігали зниження вмісту ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та ІА як через один, так і, дещо вагомніше, через 6 місяців терапії: за ЗХС – на 16,7% ($p<0,05$) і 20,9% ($p<0,01$), за ХС ЛПНЩ – на 18,3% ($p<0,05$) і 22,4% ($p=0,012$), за ХС ЛПДНЩ – на 34,7% ($p<0,01$) і 44,2% ($p<0,001$), за ІА – на 25,3% ($p<0,05$) і 41,2% ($p<0,01$) відповідно. Суттєвих змін за ТГ, ХС ЛПВЩ не встановили.

Таблиця 1.17

Показники обміну ліпідів та адипокіни у хворих на артеріальну гіпертензію після одного та 6 місяців лікування і спостереження

Показники		До лікування, n=110	1 місяць лікування, n=104	6 місяців спостереження, n=92
ІМТ, кг/м ²		28,5±4,67	27,9±3,46	26,9±3,80
Лептин, нг/мл	Ч	21,2±3,82	16,9±1,47	10,3±1,21 p<0,001 p ₁ <0,05
	Ж	33,3±2,60	28,5±2,13 p<0,05	23,3±4,33 p=0,01
Адипонектин		76,8±1,66	78,3±1,85	83,4±1,71 p=0,022 p ₁ <0,05
ЗХС, ммоль/л		6,22±0,67	5,18±0,20 p<0,05	4,92±0,33 p<0,01
ТГ, ммоль/л		1,62±0,27	1,57±0,11	1,60±0,17
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	Ч	1,23±0,09	1,32±0,14	1,34±0,08
	Ж	1,50±0,08	1,64±0,12	1,65±0,11
ХС ЛПНЩ, ммоль/л		3,89±0,45	3,18±0,21 p<0,05	3,02±0,27 p=0,012
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л		0,95±0,08	0,62±0,10 p<0,01	0,53±0,11 p<0,001
ІА, ум.од.		3,88±0,47	2,90±0,39 p<0,05	2,28±0,55 p<0,01
ЛР, ум.од.	Ч	14,9±5,19	11,6±2,80	6,44±2,18 p, p ₁ <0,05
	Ж	23,4±5,12	18,1±4,30	14,5±3,03 p<0,05

Примітки: 1. ІМТ – індекс маси тіла; ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПВЩ / ЛПНЩ / ЛПДНЩ – холестерол ліпопротеїнів високої / низької / дуже низької щільності; ТГ – тригліцериди; ІА – індекс атерогенності; ЛР – лептинорезистентність. 2. p – вірогідність різниць показників відносно стану до лікування; p₁ – вірогідність різниць із показниками хворих через 1 місяць лікування.

Залежно від генотипів аналізованих генів ACE і PPAR-γ2 (табл. 1.18) рівень лептину як у жінок, так і в чоловіків вірогідно зменшився під впливом лікування: у носіїв II-, ID- і DD-генотипів гена ACE жінок – на 34,5% (p=0,01), 39,9% (p<0,001) і 57,4% (p<0,001) із достовірною різницею між ID- і DD-генотипами на 22,4% (p<0,05), а у чоловіків – на 42,4% (p=0,016), 44,9% (p=0,019) і 37,7% (p=0,028) відповідно, зі збереженням різниці між II та ID-генотипами на 30,6% (p<0,05). У жінок-носіїв Ala-алеля та ProPro-генотипу гена PPAR-γ2 (табл. 1.18) вміст лептину знизився на 37,5% (p=0,035) і 33,7% (p=0,024) відповідно, при цьому рівень лептину у власників ProPro-генотипу

продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем на 53,1% ($p<0,05$). У чоловіків вірогідне зниження лептину після терапії спостерігали тільки у носіїв ProPro-генотипу на 48,5% ($p=0,014$), котрий перевищував такий у носіїв Ala-алеля на 39,9% ($p<0,05$).

Таблиця 1.18

Динаміка плазмового вмісту лептину у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом лікування залежно від статі та генотипів генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala), $M\pm m$

Генотипи аналізованих генів		Лептин, нг/мл (жінки)		Лептин, нг/мл (чоловіки)	
		до лікування, n=62	після лікування, n=52	до лікування, n=48	після лікування, n=40
ACE	II	29,0 \pm 4,05	19,0 \pm 4,33 $p=0,01$	25,5 \pm 2,60	14,7 \pm 1,66 $p=0,016$
	ID	37,1 \pm 3,61 ^{II}	22,3 \pm 2,90 $p<0,001$	18,5 \pm 2,45 ^{II}	10,2 \pm 1,81 $p=0,019$ ^{II}
	DD	40,6 \pm 5,08 ^{II}	17,3 \pm 1,44 $p<0,001$ ^{ID}	20,4 \pm 3,91	12,7 \pm 1,21 $p=0,028$
PPAR- γ 2	Ala, ProAla	28,3 \pm 2,42	17,7 \pm 3,55 $p=0,035$	9,91 \pm 1,19	8,36 \pm 1,57
	ProPro	40,9 \pm 5,10 Ala, ProAla	27,1 \pm 4,92 ^{Ala, ProAla} $p=0,024$	22,7 \pm 3,14 Ala, ProAla	11,7 \pm 1,13 ^{Ala, ProAla} $p=0,014$

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремого кожного генотипом і статтю. 2. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників ($p<0,05$) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Вміст адипонектину (табл. 1.19) після лікування виріс за всіх генотипів гена ACE та PPAR- γ 2 на 5,78-7,58% ($p<0,05$), продовжуючи залишатись вірогідно нижчим у власників DD-генотипу, ніж у II-носіїв на 5,65% ($p<0,05$). ЗХС статистично значимо зменшився через 6 місяців терапії в осіб із DD- і Pro12-генотипами на 15,4% і 12,9% ($p<0,05$) відповідно.

Таблиця 1.19

Динаміка плазмового вмісту адипонектину та загального холестеролу у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом лікування залежно від генотипів генів ACE (I/D) і PPAR-γ2 (Pro12Ala), M±m

Генотипи аналізованих генів		Адипонектин, нг/мл		Загальн. холестерол, ммоль/л	
		до лікування, n=110	після лікування, n=92	до лікування, n=110	після лікування, n=92
ACE	II	80,2±2,89	84,9±1,69 p<0,05	5,51±0,48	4,81±0,36
	ID	77,9±2,11	82,4±1,58 p<0,05	5,72±0,43	5,05±0,32
	DD	75,7±1,76	80,1±2,61 p<0,05 II	6,22±0,58	5,26±0,37 p<0,05
PPAR-γ 2	Ala, ProAla	77,8±1,64	83,7±2,48 p<0,05	5,35±0,36	4,90±0,20
	ProPro	76,9±2,01	81,8±2,31 p<0,05	5,97±0,39	5,20±0,25 p<0,05

Примітка: P – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремо за кожним генотипом і статтю.

Вірогідних змін вмісту ТГ після лікування не встановили (табл. 1.20). ХС ЛПНЩ зменшився на фоні терапії незалежно від генотипів аналізованих генів на 11,2-19,0% за геном ACE (дещо вагомніше у власників DD-генотипу, продовжуючи перевищувати показник у носіїв II-генотипу на 20,8%, (p<0,05)); за геном PPAR-γ2 – на 15,9% і 14,0% (p<0,05) відповідно, із переважанням рівня ХС ЛПНЩ у носіїв Pro12-генотипу на 20,8% (p<0,05) (табл. 1.20).

Таблиця 1.20

Динаміка плазмового вмісту триацилгліцеролів та холестеролу ліпопротеїдів низької щільності у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом лікування залежно від генотипів генів ACE (I/D) і PPAR-γ2 (Pro12Ala), M±m

Генотипи аналізовані	Триацилгліцероли, ммоль/л		ХС ЛПНЩ, ммоль/л	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування

их генів		ня, n=110	ня, n=92	ня, n=110	ня, n=92
ACE	II	1,62±0,28	1,57±0,21	3,09±0,34	2,65±0,15 p<0,05
	ID	1,69±0,25	1,59±0,16	3,21±0,26	2,85±0,22
	DD	1,72±0,36	1,63±0,13	3,95±0,45 ^{II, ID}	3,20±0,29 ^{II} p<0,05
PPAR-γ 2	Ala, ProAla	1,57±0,17	1,56±0,19	3,09±0,19	2,60±0,13 p<0,05
	ProPro	1,79±0,19	1,65±0,21	3,65±0,22	3,14±0,25 ^{Ala, ProAla} p<0,05

Примітки: 1. ХС ЛПНЩ - холестерол ліпопротеїдів низької щільності. 2. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремо за кожним генотипом і статтю. 3. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників (p<0,05) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Динаміка ЛР засвідчила вірогідне зменшення під впливом лікування (табл. 1.21) як у чоловіків за геном ACE, так і в жінок: у чоловіків – на 36,3%, 44,7% і 52,2% (p<0,05) відповідно, вагомніше у носіїв D-алеля, ніж II-генотипу, однак вірогідно тільки у власників ID-варіанту на 31,5% (p<0,05), у жінок – на 39,5% (p<0,05), 39,1% (p=0,016) і 56,0% (p<0,001) відповідно, із вірогідно сильнішим зниженням ЛР у власниць DD-генотипу, ніж ID – на 24,3% (p<0,05). За геном PPAR-γ2 вірогідне сильніше зменшення ЛР на фоні терапії спостерігали у жінок-носіїв Ala-алеля – на 45,7% (p=0,019), ніж Pro12-генотипу – на 34,7% (p<0,05) зі збереженням достовірної різниці між ними – на 45,1% (p<0,05). У чоловіків динаміку ЛР встановили тільки у власників Pro12-генотипу – зниження на 53,0% (p<0,001). Однак, незважаючи на вагомніше зниження, показник ЛР у чоловіків-носіїв Pro12-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем на 32,3% (p<0,05) (табл. 1.21).

Таблиця 1.21

Динаміка лептинорезистентності під впливом лікування у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від статі та генотипів генів ACE (I/D) і PPAR-γ2 (Pro12Ala), M±m

Генотипи аналізован их генів		Лептинорезистентність, ум.од. (жінки)		Лептинорезистентність, ум.од. (чоловіки)	
		до лікуван- ня, n=62	після лікуван- ня, n=52	до лікуван- ня, n=48	після лікуван- ня, n=40
ACE	II	20,0±5,08	12,1±2,27 p<0,05	14,7±3,19	9,36±0,93 p<0,05
	ID	23,0±4,52	14,0±1,53 p=0,016	11,6±2,45	6,41±0,98 p<0,05 II
	DD	24,1±3,77	10,6±0,79 p<0,001 ID	16,3±4,0	7,79±0,80 p<0,05
PPAR-γ 2	Ala, ProAla	20,8±4,75	11,3±1,87 p=0,019	6,09±0,40	5,36±0,85
	ProPro	25,1±5,82	16,4±2,56 Ala, ProAla p<0,05	15,1±3,70 Ala, ProAla	7,09±0,67 Ala, ProAla p<0,001

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремого кожним генотипом і статтю. 2. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників (p<0,05) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Зменшення плазмового вмісту ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПДНЩ та ТГ під впливом лікування не мало чіткої залежності від гаплотипів аналізованих генів. Рівень лептину вірогідно зменшився на фоні терапії у жінок із гомо-, чи гетерозиготною присутністю D-алеля гена ACE і Pro-алеля гена PPAR-γ2 у гаплотипі (ID/ProAla, ID/Pro12, DD/ProAla, DD/Pro12) на 33,9-51,4% (p<0,05), дещо вагомніше у осіб із DD/ProAla і DD/Pro12 поєднаннями (табл. 1.22). У чоловіків статистично значиме зниження лептину у плазмі через 6 місяців лікування спостерігали за наявності ProPro-генотипу у гаплотипі (II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12) на 42,1%, 36,8% і 46,1% (p<0,05-0,001) відповідно, та у власників ID/12Ala комбінації – на 36,8% (p<0,05), при цьому рівень лептину у власників II/Pro12 і DD/Pro12 гаплотипів продовжував перевищувати такий у ID/12Ala і ID/ProAla носіїв на 45,1% і 45,7% (p<0,05) та 34,1% і 34,7% (p<0,05) відповідно (табл. 1.22).

Динаміка плазмового вмісту лептину у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом лікування залежно від статі та гаплотипів аналізованих генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala), $M \pm m$

Гаплотипи	Лептин, нг/мл (жінки)		Лептин, нг/мл (чоловіки)	
	до лікування, n=62	після лікування, n=52	до лікування, n=48	після лікування, n=40
II/ProAla	25,4 \pm 5,05	18,3 \pm 3,94	14,1 \pm 3,41	11,5 \pm 1,61
II/Pro12	31,6 \pm 5,21	23,0 \pm 3,68	22,8 \pm 4,15 ^{II/ProAla}	13,2 \pm 1,47 p<0,01
ID/12Ala	26,5 \pm 4,22	19,6 \pm 2,85	14,4 \pm 2,70 ^{II/Pro12}	9,10 \pm 1,45 ^{II/Pro12} p<0,05
ID/ProAla	33,3 \pm 3,97	22,0 \pm 3,22 p<0,05	9,05 \pm 1,30 ^{II/Pro12}	9,06 \pm 1,67 ^{II/Pro12}
ID/Pro12	39,6 \pm 4,35 ^{ID/12Ala, II/ProAla}	24,7 \pm 3,81 p<0,05	17,4 \pm 3,52 ^{ID/ProAla}	11,0 \pm 1,47p<0,05
DD/ProAla	35,1 \pm 3,36 ^{II/ProAla, ID/12Ala}	17,5 \pm 2,55 p<0,001	13,2 \pm 3,31	10,5 \pm 1,39
DD/Pro12	45,7 \pm 5,02 ^{II/ProAla, ID/12AlaID/ProAla}	22,2 \pm 3,18 p<0,001	22,6 \pm 2,95 ^{II/ProAla, ID/12Ala, ID/12Ala, ID/ProAla, DD/ProAla}	12,2 \pm 1,17 ^{ID/12Ala, ID/ProAla} p<0,001

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремо за кожним генотипом і статтю. 2. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників (p<0,05) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Вміст адипонектину вагомо підвищився через 6 місяців лікування (табл. 1.23) за всіх гаплотипів аналізованих генів, окрім DD/ProAla, – на 6,07-8,96% (p<0,05), без суттєвої різниці між гаплотипами. Рівень ХС ЛПНЩ навпаки зменшився під впливом терапії у всіх, окрім DD/ProPro поєднання, – на 12,8-21,8% (p<0,05). При цьому концентрація ХС ЛПНЩ у носіїв DD/ProPro гаплотипу перевищувала таку в осіб із II/ProAla і ID/12Ala поєднаннями на 19,8% і 15,8% відповідно (p<0,05).

**Динаміка плазмового вмісту адипонектину та холестерину ліпопротеїдів
низької щільності у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом
лікування залежно від гаплотипів аналізованих генів ACE (I/D) і PPAR-
γ2 (Pro12Ala), M±m**

Гаплотипи	Адипонектин, нг/мл		ХС ЛПНЩ, ммоль/л	
	до лікування, n=110	після лікування, n=92	до лікування, n=110	після лікування, n=92
II/ProAla	77,4±2,22	83,3±2,08 p<0,05	3,20±0,26	2,63±0,14 p<0,05
II/Pro12	77,0±3,47	83,4±1,89 p<0,05	3,71±0,36	2,90±0,20 p<0,01
ID/12Ala	76,7±1,45	82,1±2,01 p<0,05	3,16±0,25	2,72±0,15 p<0,05
ID/ProAla	75,9±1,83	82,7±2,13 p<0,05	3,27±0,22	2,83±0,17p<0,05
ID/Pro12	77,4±2,06	82,1±1,94 p<0,05	3,43±0,20	2,99±0,22 p<0,05
DD/ProAla	77,1±1,88	81,9±2,54	3,64±0,31	2,90±0,21 p<0,05
DD/Pro12	75,7±1,63	80,9±2,46 p<0,05	3,69±0,55	3,15±0,27 ^{II/ProAla, ID/12Ala}

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремо за кожним генотипом і статтю. 2. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників (p<0,05) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Показник ЛР (табл. 1.24), як і лептин, вірогідно зменшився на фоні терапії у жінок із гомо-, чи гетерозиготною присутністю D-алеля гена ACE і Pro-алеля гена PPAR-γ2 у гаплотипі (ID/ProAla, ID/Pro12, DD/ProAla, DD/Pro12) на 30,7-49,3% (p<0,05), будучи вірогідно нижчим у осіб із DD/ProAla поєднанням, ніж у гомозиготних носіїв Pro-алеля у гаплотипі (II/Pro12, ID/Pro12 варіанти) – на 23,1% і 27,6% (p<0,05). У чоловіків через 6 місяців лікування показник ЛР вірогідно зменшився у власників II/Pro12 і DD/Pro12 гаплотипів на 38,8% і 42,3% (p<0,01) відповідно, продовжуючи вірогідно перевищувати показник у ID/12Ala і ID/ProAla носіїв на 41,9% і 43,9% (p<0,05) та 28,7% і 30,5% (p<0,05) відповідно (табл. 1.24).

**Динаміка лептинорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію
під впливом лікування залежно від статі та гаплотипів аналізованих
генів ACE (I/D) і PPAR- γ 2 (Pro12Ala), $M \pm m$**

Гаплотипи	Лептинорезистентність, ум.од. (жінки)		Лептинорезистентність, ум.од. (чоловіки)	
	до лікування, n=62	після лікування, n=52	до лікування, n=48	після лікування, n=40
II/ProAla	15,7 \pm 2,96	11,7 \pm 2,07	8,70 \pm 1,95	7,35 \pm 0,91
II/Pro12	18,6 \pm 4,61	14,3 \pm 1,74	13,4 \pm 3,31	8,20 \pm 0,84 p<0,01
ID/12Ala	14,7 \pm 4,50	12,3 \pm 1,51	8,0 \pm 2,06 II/Pro12	5,78 \pm 0,81 ^{II/Pro12}
ID/ProAla	20,2 \pm 4,25	14,0 \pm 1,70 p<0,05	5,48 \pm 1,17 ^{II/Pro12}	5,70 \pm 0,92 II/Pro12
ID/Pro12	22,8 \pm 3,79 ^{II/ProAla}	15,2 \pm 1,91 p<0,05	10,0 \pm 2,47 ID/ProAla	6,79 \pm 0,83
DD/ProAla	21,7 \pm 3,11	11,0 \pm 1,35 ID/Pro12II/Pro12 p<0,001	7,90 \pm 2,37	6,78 \pm 0,77
DD/Pro12	26,1 \pm 4,79 ^{II/ProAla, ID/12Ala}	13,5 \pm 1,67 p<0,001	12,9 \pm 3,80 ID/ProAla	7,44 \pm 0,68 ID/12Ala, ID/ProAla p<0,01

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показника відносно стану до лікування окремо за кожним генотипом і статтю. 2. піднесення генотипу до квадрату – вірогідність різниць показників (p<0,05) відносно вказаного генотипу в межах кожного гена (по вертикалі) окремо до та після 6-ти місяців лікування.

Враховуючи, що серед обстежених нами пацієнтів переважали особи помірного та високого серцево-судинного ризику (ССР) (n=84), тому відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України (2012), Європейських товариств кардіології і гіпертензії (ESC, ESH) (2012) та Європейського товариства з атеросклерозу (EAS) (2011) за "цільові" рівні ЗХС для помірного ССР приймали <5,0 ммоль/л, для високого ССР <4,5 ммоль/л, для ХС ЛПНЦ <3,0 і <2,5 ммоль/л, відповідно; для осіб вкрай високого ССР (n=26) – <4,0 ммоль/л для ЗХС, <1,8 ммоль/л і/або \geq 50% зниження для ХС ЛПНЦ, відповідно; для ТГ загалом <1,7 ммоль/л. Ефективність лікування за частотою досягнення "цільових" ЗХС, ХС ЛПНЦ і ТГ залежно

від поліморфізму аналізованих генів наведено у таблиці 1.25. Комплексне лікування хворих на ЕАГ та АО сприяло збільшенню частки пацієнтів із "цільовим" рівнем ЗХС на 31,3% ($\chi^2=20,1$, $p<0,0001$), вірогідно серед носіїв ID-генотипу на 32,1% ($\chi^2=8,50$, $p=0,0035$) та DD-генотипу гена ACE – на 31,95% ($\chi^2=8,44$, $p=0,004$), а також Ala-алеля – на 32,5% ($\chi^2=6,35$, $p=0,012$) та ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2 – на 31,0% ($\chi^2=13,3$, $p=0,0003$).

ХС ЛПНЩ через 6 місяців лікування досяг "цільового" значення у 44,6% (41) осіб проти 15,5% (17) до лікування ($\chi^2=19,3$, $p<0,0001$) (табл. 1.25), вірогідно серед носіїв ID-генотипу гена ACE, де частка осіб із "цільовим" ХС ЛПНЩ зросла на 33,7% ($\chi^2=9,77$, $p=0,002$), DD-генотипу – на 25,1% ($\chi^2=7,44$, $p=0,006$), Ala-алеля гена PPAR- γ 2 – на 35,0% ($\chi^2=7,51$, $p=0,006$) і ProPro-генотипу – на 26,4% ($\chi^2=12,1$, $p=0,0005$), із вірогідно частішим (кращим) досягненням "цільового" показника у власників Ala-алеля, ніж ProPro-генотипу – на 27,5% ($\chi^2=5,32$, $p=0,021$) та у ID-генотипу, ніж у таких із DD-варіантом – на 24,0% ($\chi^2=4,56$, $p=0,033$) (табл. 1.25).

Таблиця 1.25

Вплив лікування на динаміку показників ліпідного спектра плазми у хворих на артеріальну гіпертензію через 6 місяців спостереження залежно від поліморфізму генів ACE (I/D) та і PPAR- γ 2 (Pro12Ala)

Генотипи		До/після лікування загалом	Кількість хворих із цільовим ЗХС	Кількість хворих із цільовим ХС ЛПНГ	Кількість хворих із ТГ <1,7 ммоль/л
ACE	II	до, n=17 (%)	5 (29,4)	5 (29,4)	8 (47,1)
		після, n=14 (%)	8 (57,1)	8 (57,1)	10 (71,4)
	I/D	до, n=50 (%)	12 (24,0)	10 (20,0)	16 (32,0)
		після, n=41 (%)	23 (56,1)	22 (53,7)	28 (68,3)
	DD	до, n=43 (%)	6 (13,95)	2 (4,65)	12 (27,9)
		після, n=37 (%)	17 (45,9)	11 (29,7)	17 (45,9)
PPAR- γ 2	Ala, ProAla	до, n=40 (%)	12 (30,0)	11 (27,5)	25 (62,5)
		після, n=32 (%)	20 (62,5)	20 (62,5)	27 (84,4)
	ProPro	до, n=70 (%)	11 (15,7)	6 (8,57)	11 (15,7)
		після, n=60 (%)	28 (46,7)	21 (35,0)	28 (46,7)

Загалом	до, n=110 (%)	23 (20,9)	17 (15,5)	36 (32,7)
	після, n=92 (%)	48 (52,2)	41 (44,6)	55 (59,8)

Примітка. 1. ЗХС – загальний холестерол; ХС ЛПНЩ – холестерол ліпопротеїнів низької щільності; ТГ - триацилгліцероли.

Частка осіб із "цільовим" рівнем ТГ після лікування зросла на 27,1% ($\chi^2=13,7$, $p=0,0002$) (табл. 1.25), вірогідно у власників ID-генотипу гена ACE ($\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), Ala-алеля і ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ ($\chi^2=4,24$, $p=0,039$ і $\chi^2=13,3$, $p=0,0003$, відповідно) із достовірно більшою відносною частотою цільових значень у власників Ala-алеля, ніж Pro12-генотипу на 37,7% ($\chi^2=10,8$, $p=0,001$) та серед носіїв ID-генотипу, ніж DD- - на 22,4% ($\chi^2=3,98$, $p=0,046$).

Висновки:

1. Рівень лептину вірогідно зменшився через 6 місяців лікування у жінок із гомо-, чи гетерозиготною присутністю D-алеля гена ACE і Pro-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ у гаплотипі (ID/ProAla, ID/Pro12, DD/ProAla, DD/Pro12) на 33,9-51,4% ($p<0,05$); у чоловіків статистично значиме зниження лептину у плазмі на фоні терапії спостерігали за наявності ProPro-генотипу у гаплотипі (II/Pro12, ID/Pro12, DD/Pro12) на 42,1%, 36,8% і 46,1% ($p<0,05-0,001$) відповідно. Вміст адипонектину вагомо підвищився після 6 місяців лікування на 6,07-8,96% ($p<0,05$), без суттєвої різниці між гаплотипами, на тлі зниження ХС ЛПНЩ на 12,8-21,8% ($p<0,05$), із вірогідним перевищенням концентрації у носіїв DD/ProPro-гаплотипу над II/ProAla і ID/12Ala поєднаннями на 19,8% і 15,8% відповідно ($p<0,05$). Зменшення плазмового вмісту ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПДНЩ та ТГ під впливом лікування не мало чіткої залежності від гаплотипів аналізованих генів.

2. Комплексне лікування хворих на ЕАГ та АО сприяло збільшенню частки пацієнтів із "цільовим" рівнем ЗХС (для осіб із помірним серцево-судинним ризиком $<5,0$ ммоль/л, високим - $<4,5$ ммоль/л, вкрай високим - $<4,0$ ммоль/л) на 31,3% ($\chi^2=20,1$, $p<0,0001$), вірогідно серед носіїв ID-генотипу на 32,1% ($\chi^2=8,50$, $p=0,0035$) та DD-генотипу гена ACE – на 31,95 ($\chi^2=8,44$,

$p=0,004$), а також Ala-алеля – на 32,5% ($\chi^2=6,35$, $p=0,012$) та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ – на 31,0% ($\chi^2=13,3$, $p=0,0003$).

3. ХС ЛПНЩ через 6 місяців лікування досяг "цільового" значення у 44,6% (41) осіб проти 15,5% (17) до лікування ($\chi^2=19,3$, $p<0,0001$), вірогідно серед носіїв ID-генотипу гена ACE, де частка осіб із "цільовим" ХС ЛПНЩ зросла на 33,7% ($\chi^2=9,77$, $p=0,002$), DD-генотипу – на 25,1% ($\chi^2=7,44$, $p=0,006$), Ala-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ – на 35,0% ($\chi^2=7,51$, $p=0,006$) і ProPro-генотипу – на 26,4% ($\chi^2=12,1$, $p=0,0005$), із вірогідно частішим (кращим) досягненням "цільового" показника у власників Ala-алеля, ніж ProPro-генотипу – на 27,5% ($\chi^2=5,32$, $p=0,021$) та у ID-генотипу, ніж у таких із DD-варіантом – на 24,0% ($\chi^2=4,56$, $p=0,033$).

4. Частка осіб із "цільовим" рівнем ТГ після лікування зросла на 27,1% ($\chi^2=13,7$, $p=0,0002$), вірогідно у власників ID-генотипу гена ACE ($\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), Ala-алеля і ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ ($\chi^2=4,24$, $p=0,039$ і $\chi^2=13,3$, $p=0,0003$, відповідно) із достовірно більшою відносною частотою цільових значень у власників Ala-алеля, ніж Pro12-генотипу на 37,7% ($\chi^2=10,8$, $p=0,001$) та серед осіб із ID-генотипом, ніж у DD-носіїв – на 22,4% ($\chi^2=3,98$, $p=0,046$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амбросова Т.Н. Нарушения углеводного обмена и активности фактора некроза опухоли- α у пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением/Т.Н. Амбросова, О.Н. Ковалева, Т.В. Ащеулова // Укр. кардіол. журн. – 2009. – № 3. – С.34-38.

2. Амосова Е.Н. Лечение артериальной гипертензии – 2010: комментарии к основным положениям последних (2009) рекомендаций Европейского общества кардиологов и Европейского общества гипертензии / Е.Н. Амосова // Серце і судини. – 2010. – № 3. – С. 5-28.

3. Аналіз асоціації G-7A поліморфізму гена матричного GLA-протеїну (MGP) з ішемічним атеротромботичним інсультом в осіб з різними факторами його ризику / О.В. Атаман, О.В. Полоніков, В.Ю. Гарбузова [та ін.] // Цитология и генетика. – 2013. – Том 47, N 5. – С. 33-40.

4. Бабак О.Я. Взаємозв'язок між вмістом адипонектину, вісцерального жиру та поліморфним геном ADIPOR1 у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки / О.Я. Бабак, О.В. Колеснікова, І.В. Шуть // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 5 (67). – С. 7-12.

5. Бабич П.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П.Н. Бабич, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2. – С. 138-144.

6. Баранов В.С. Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины / В.С. Баранов – СПб.: Н-Л, 2009. – 528 с.

7. Біловол О.М. Ожиріння в практиці кардіолога та ендокринолога / О.М. Біловол, О.М. Ковальова, С.С. Попова, О.Б. Тверетінов – Тернопіль: ТДМУ "Укрмедкнига", 2009. – 620 с.

8. Взаємозв'язок між показниками ендотеліальної функції та результатами фізичного навантаження в ранній післяінфарктний період / В.О. Шумаков, Л.П. Терешкевич, І.Е. Малиновська [та ін.] // Укр. кардіол. журн. – 2011. – № 2. – С. 61-66.

9. Влияние генетического полиморфизма на формирование неалкогольной жировой болезни печени / О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова, И.В. Шуть [и др.] // Гастроентерологія. – 2013. – № 1 (47). – С. 54-59.

10. Дзяк Г.В. Генотипические "ансамбли" полиморфных маркеров генов ренин-ангиотензиновой системы у больных с гипертонической болезнью / Г.В. Дзяк, Т.В. Колесник // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 2. – С. 37-43.

11. Дзяк Г.В. Роль полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в реализации влияния суточного профиля артериального давления на формирование гипертрофии левого желудочка у больных с артериальной

гіпертензією / Г.В. Дзяк, Н.Г. Горовенко, Т.В. Колесник // Укр. кардіол. журн. – 2007. - №6. – С. 31-37.

12. Дзяк Г.В. Досвід використання спекл-трекінг ехокардіографії для оцінки структурно-функціонального стану серця / Г.В. Дзяк, М.Ю. Колесник // Укр. кардіол. журн. – 2012. – № 4. – С. 15-20.

13. Динаміка показників ліпідного обміну й адипоцитокінів у хворих на морбідне ожиріння після медикаментозних та хірургічних методів лікування / О.І. Мітченко, А.С. Лаврик, А.О. Шкрьоба [та ін.] // Серце і судини. – 2014. - №1. – С. 63-68.

14. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України 2011 р. / Робоча група з проблем метаболічного синдрому, діабету та серцево-судинних захворювань: О.І. Мітченко, М.І. Лутай, Є.П. Свіщенко [та ін.] // Новости медицины и фармации. – 2011. – №19 (391). – С.11-15.

15. Застосування полімеразної ланцюгової реакції для виявлення збудників захворювань людини: Методичні вказівки. Видання офіційне / МОЗ України, Головне санепідуправління. – К.: МОЗ, 2003. – 33 с.

16. Інтерлейкінемія у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що асоціюється з порушеннями вуглеводного метаболізму / Т.В. Ащеулова, О.М. Ковальова, Сайєд Муджахід Аббас [та ін.] // Укр. Мед. Альманах. – 2013. – Т. 16, № 4. – С.6-10.

17. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике. В 2-х томах. Том II / В.С. Камышников. – Минск: Высшая школа, 2000. – С. 114-143.

18. Клініко-гемодинамічні показники та довготерміновий клінічний прогноз у пацієнтів із хронічною систолічною серцевою недостатністю залежно від поліморфізму T(-786)C промотора гена ендотеліальної NO-синтази / Л.Г. Воронков, Н.Г. Горовенко, І.Д. Мазур [та ін.] // Укркардіо. – 2013. – Режим доступу: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/790>

19. Коваленко В.М. Виконання державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 6. – С. 7-12.

20. Коваленко В.Н. Холестерин и атеросклероз: традиционные взгляды и современные представления / В.Н. Коваленко, Т.В. Талаева, В.В. Братусь // Укр. кардіол. журн. – 2010. – №3. – С. 7-35.

21. Коваленко В.М. Метаболічний синдром: механізми розвитку, значення як фактора серцево-судинного ризику, принципи діагностики та лікування / В.М. Коваленко, Т.В. Талаєва, А.С. Козлюк // Укр. кардіол. журн. – 2013. – №5. – С. 80-87.

22. Лептинорезистентність у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та метаболічним синдромом / О.І. Мітченко, В.Ю. Романов, О.Ю. Кулик, Г.О. Шкрьоба // Укр. кардіол. журн. – 2014. – №2. – С. 31-35.

23. Лутай М.И. Роль дисфункции эндотелия, воспаления и дислипидемии в атерогенезе / М.И. Лутай, И.П. Голикова, В.А. Слободской // Укр. кардіол. журн. – 2007. – № 5. – С. 37-47.

24. Молекулярна епідеміологія / [В.М. Запорожан, Ю.І. Бажора, В.Й. Крисюн та ін.]. – Одеса: ОДМУ, 2009. – 356 с.

25. Наказ МОЗ України та АМН України №641/84 від 31.12.2003 "Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні" / МОЗ. – К. : МОЗ, 2004. – 2 с. – (Нормативний документ МОЗ України).

26. Наказ МОЗ України №26 від 24.01.2008 "Про затвердження державних санітарних норм і правил "Організація роботи лабораторій при дослідженні матеріалу, що містить біологічні патогенні агенти I-IV груп патогенності молекулярно-генетичними методами" / МОЗ. – К. : МОЗ, 2008. – Режим доступу: http://uazakon.com/documents/date_b6/pg_gscswx/index.htm

27. Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги "Артеріальна гіпертензія". Наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії"/Робоча група

з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів. – Київ: МОЗ, 2012. – 108, [1] с.

28. Однонуклеотидний поліморфізм BSM1 гена рецептора вітаміну D у хворих з гострими розладами мозкового кровообігу / О.А. Обухова, В.Ю. Гарбузова, Ю.О. Атаман [та ін.] // Світ медицини та біології. – 2012. – Том 8, № 4. – С. 40-44.

29. Плавинский С.Л. Биостатистика. Планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS / С.Л. Плавинский. – СПб: Издательский дом СПб МАПО, 2005. – 511 с.

30. Полиморфизм гена эндотелиальной NO-синтетазы у больных с острыми коронарными синдромами: распространенность, значение для прогноза и выбора тактики лечения / А.Н. Пархоменко, Я.М. Лутай, О.И. Иркин [и др.] // Укр. кардіол. журн.– 2009.– Додаток 1.– С. 15-23.

31. Поширеність провідних хвороб системи кровообігу серед дорослого населення в Україні (2010 рік) / Державна служба статистики України. – Київ:, 2012. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

32. Радченко Г.Д. Гіпертрофія лівого шлуночка: визначення, методи оцінки, можливості регресування / Г.Д. Радченко, Ю.М. Сіренко // Артер.гіпертензія. – 2010. – №4 (12). – С.36-47.

33. Распутіна Л.В. Маркери системного запалення та ендотеліальної дисфункції у хворих з поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень та гіпертонічної хвороби / Л.В. Распутіна // Астма та алергія. – 2012. – № 2.– С. 17–21.

34. Рекомендації Української асоціації кардіологів з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих. – К. : Четверта хвиля, 2006. – 48 с.

35. Роль поліморфізма гена ангиотензинпревращающего фермента в реализации влияния суточного профиля артериального давления на формирование гипертрофии левого желудочка у больных с артериальной

гипертензией / Г.В. Дзяк, Н.Г. Горовенко, Т.В. Колесник [и др.] // Укр. кардіол. журн. – 2007. - №6. – С. 31-37.

36. Роль ендотеліальної дисфункції та системного імунного запалення у виникненні ішемії міокарда при фізичному навантаженні у хворих з гемодинамічно незначущим атеросклерозом вінцевих артерій серця / К.М. Амосова, О.Т. Стременюк, Є.В. Андрєєв [та ін.] // Укр. кардіол. журн. – 2011. – № 4.– С. 14-19.

37. Сіренко Ю.М. Результати опитування лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, В.І. Казимирчук // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 4. – С. 46-52.

38. Сіренко Ю.М. Домашнє саомоніторування артеріального тиску: співвідношення з офісним вимірюванням та добовим моніторуванням артеріального тиску / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, С.А. Поліщук // Артериальная гипертензия. – 2008. – № 1. – С. 12-18.

39. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба: Довідкове видання / Юрій Миколайович Сіренко. – К.: Здоров'я, 2009. – 240 с.: іл.

40. Сидорчук Л.П. Фармакогенетика артеріальної гіпертензії / Л.П. Сидорчук. – Чернівці: БДМУ, 2010. – 532 с.

41. Тащук В.К. Особливості електро- та ехокардіографічних проявів гіпертрофії лівого шлуночка / В.К. Тащук, І.Т. Найда // Бук. мед. вісник. – 2008. – Т.12, № 3. – С. 3-9.

42. Тащук В.К. Вплив дисфункції ендотелію на основні патогенетичні механізми прогресування ішемічної хвороби серця при поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень / В.К. Тащук, Т.М. Амеліна, О.С. Полянська, Н.А. Турубарова-Леунова // Укр. кардіол. журн. – 2013. – №3. – С. 39-42.

43. Целуйко В.Й. Поліморфізм гена ангиотензиопреверщаючого фермента при сердечно-сосудистой патології / В.Й. Целуйко, Н.А. Кравченко, А.Б. Львова, А.В. Ляшенко // Цитол. и генетика. – 2002. – №5. – С. 30-33.

44. Целуйко В.И. Генетические аспекты инфаркта миокарда./ В.И. Целуйко, Е.И. Попова // Серце і судини. – 2008. – № 1. – С. 47-53.
45. Целуйко В.Й. Влияние инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента на развитие и течение атеросклеротического процесса / В.Й.Целуйко, И.В. Кузнецов, О.П. Медведь // Междунар. мед. журн.– 2008.– Т. 14, № 2.– С. 36-40.
46. Целуйко В.Й. Влияние типа I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента на клиническое течение гипертонической болезни / В.Й. Целуйко, О.В. Пелецкая // Укр. кардіол. журн. – 2008. – №1.– С. 33-36.
47. Частота Pro12Ala полиморфизма гена PPAR γ 2 в украинской популяции и его возможная связь с развитием метаболического синдрома / И.П. Кайдашев, А.М. Расин, О.А. Шлыкова [и др.] // Цитология и генетика. – 2007. – № 5. – С.43-47.
48. Частота аллельного полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы у больных с острым коронарным синдромом в украинской популяции / А.Н. Пархоменко, А.А. Мойбенко, В.Е. Досенко, Я.М. Лутай // Цитология и генетика, 2005. – N 2. – С.49-54.
49. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. / J.R.Banegas, E.López-García, J. Dallongeville [et al.] // Eur. Heart J. – 2011. – Vol. 32(17) – P.2143-2152.
50. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. / S.S. Lim, T. Vos, A.D. Flaxman, [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2224-2260.
51. A novel role for CD36 in VLDL-enhanced platelet activation / N.A. Englyst, J.M. Taube, T.J. Aitman [et al.] // Diabetes. – 2003. – Vol. 52. – P. 1248-1255.
52. ACE I/D genotype, adiposity, and blood pressure in children. / C. Joey Eisenmann, A. Mark Sarzynski, Kim Glenn // Cardiovascular Diabetology. – 2009.

– Vol. 8. – P. 14. – Режим доступа до журн.:
<http://www.cardiab.com/content/8/1/14>

53. ACE I/D and eNOS E298D gene polymorphisms in Saudi subjects with hypertension / Ahmad Ali, Abdullah Alghasham, Hisham Ismail [et al.] // *J. of Renin-Angiotensin-Aldosterone System.* – 2012. – Vol. 10. –
Режимдоступудожурн.:

<http://jra.sagepub.com/content/early/2012/10/05/1470320312459976>

54. ACE I/D and MTHFR C677T polymorphisms are significantly associated with type 2 diabetes in Arab ethnicity: a meta-analysis / K. Al-Rubeaan, K. Siddiqui, A.T. Saeb [et al.] // *Gene.* – 2013. – Vol. 520 (2). – P. 166-77.

55. Adipokines as a link between obesity and chronic kidney disease / J.F.Briffa, A.J.McAinch, P.Poronnik, D.H.Hryciw // *Am. J. Physiol. Renal Physiol.* – 2013. – Vol. 305. – P. 1629-1636.

56. Adipocyte-derived plasma protein, adiponectin, suppresses lipid accumulation and class A scavenger receptor expression in human monocyte-derived macrophages / N. Ouchi, S. Kihara, J. Arita [et al.] // *Circulation.* – 2001. – Vol. 103. – P. 1057-1063.

57. Adiponectin inhibits endothelial synthesis of interleukin-8 / C. Kobashi, M. Urakaze, M. Kishida [et al.] // *Circ. Res.* – 2005. – Vol. 97. – P. 1245-1252.

58. Adiponectin as adipocyte-derived plasma protein, inhibits endothelial NF-kappa B signaling through a cAMP-dependent pathway / N. Ouchi, S. Kihara, J. Arita [et al.] // *Circulation.* – 2000. – Vol. 102. – P. 1296-1301.

59. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. / S.Lewington, R.Clarke, N.Qizilbash[et al.] // *Lancet.* – 2002. – Vol. 360(9349). – P. 1903–1913.

60. Alanine for proline substitution in the peroxisome proliferator-activated receptor gamma-2 (PPARG2) gene and the risk of incident myocardial infarction / P.M. Ridker, N.R. Cook, S. Cheng [et al.] // *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology.* – 2003. – Vol. 23 (5). – P. 859-862.

61. Ala12Ala Genotype of the Peroxisome Proliferator-Activated Receptor α 2 Protects against Atherosclerosis / T.Temelkova-Kurktschiev, Markolf Hanefeld, GiuliaChinetti [et al.] // J. Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2004. – Vol. 89, N 9. – P. 123-126.

62. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2013) Heart disease and stroke statistics - 2013 update: a report from the American Heart Association. / V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. – 2013. – Vol. 123(4). – P. e18–e209.

63. American Heart Association, National Heart, Lung, and Blood Institute. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute / S.M. Grundy, H.B.Jr. Brewer, J.I. Cleeman [et al.] // Circulation. – 2004. – Vol. 109, № 3. – P. 433-438.

64. Angiotensin-converting enzyme gene insertion/deletion polymorphism in Egyptian patients with myocardial infarction / AhmadSettin, RizkElBaz, AmrAbbas [etal.] // J. Renin-Angiotensin-Aldosterone System. – 2009. – Vol. 10 (2). – P. 96-100.

65. Angiotensin converting enzyme gene polymorphism predicts blood pressure response to angiotensin II receptor type 1 antagonist treatment in hypertensive patients / L. Kurland, H. Melhus, J. Karlsson [et al.] // J. Hypertension – 2001. – Vol. 19. – P. 1783-1787.

66. Angiotensin-I converting enzyme gene and I/D polymorphism distribution in the Greek population and a comparison with other European populations /Sekerli Eleni, Katsanidis Dimitrios, Papadopoulou Vaya [et al.] // J. of Genetics. – 2008.– Vol. 87, No. 1. – P.91-93.

67. Angiotensin-Converting Enzyme Gene Polymorphisms and Obesity: An Examination of Three Black Populations / Holly Kramer, Xiaodong Wu, Donghui Kan [et al.] // Obesity Research J. – 2012. – Vol. 13, Issue 5. – P. 823-828.

68. Angiotensin-converting enzyme gene polymorphism and risk of insulin resistanse in PCOS / O. Celik, E. Yesilada, S. Hascalik [et al.] // Reprod. Biomed. Online. – 2010. – Vol. 20 (4). – P. 492-498.

69. Angiotensin-Converting Enzyme Insertion/Deletion Polymorphism Contributes to Ischemic Stroke Risk: A Meta-Analysis of 50 Case-Control Studies/ Z. Zhang, G. Xu, D. Liu [et al.] // PLoS ONE J. – 2012. – Vol. 7 (10): e46495. – Режим доступа до журн.: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0046495>

70. Angiotensin converting enzyme DD genotype is associated with hypertensive crisis / G. Sunder-Plassmann, H. Kittler, C. Eberle [et al.] // Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 30, №10. – P. 2236-2241.

71. An exploratory analysis of criteria for the metabolic syndrome and its prediction of long-term cardiovascular outcomes. The Hoorn Study / C.J. Girman., J.M. Dekker, T. Rhodes [et al.] // Amer. J. Epidemiology. – 2005. – Vol. 162, № 5.– P. 438-447.

72. Association of 77 polymorphisms in 52 candidate genes with blood pressure progression and incident hypertension: the Women's Genome Health Study / D. Conen, S. Cheng, L.L. Steiner [et al.] // J.Hypertens. – 2009. – V. 27(3). – P. 476-483.

73. Association of the variants in the PPAR γ gene and serum lipid levels: a meta-analysis of 74 studies / Qing Li, Rong Chen, Lizhan Bie [et al.] // J. of Cellular and Molecular Medicine. – 2015. – Vol. 19, Issue 1. – P. 198-209.

74. Association of Genetic polymorphism of PPAR γ -2, ACE, MTHFR, FABP-2 and FTO genes in risk prediction of type 2 diabetes mellitus/ Shania Abbas, Syed Tasleem Raza, Faisal Ahmed [et al.] // J.. Biomedical Science.– 2013. – Vol. 20. – P.80 doi:10.1186/1423-0127-20-80

75. Association between polymorphisms of ACE, B2AR, ANP and eNOS and cardiovascular diseases: a community-based study in the Matsu area / C.J.Hu, C.H. Wang, J.H. Lee [et al.] // Clin. Chem. Lab. Med. – 2007. – Vol. 45, № 1. – P. 20-25.

76. Association of selected candidate Genes Polymorphisms with Essential Hypertension and Resistance to Therapy / Z. Hlubocka, M. Jachymova, K.Horky [et al.] // J. Hypertension. – 2006. – Vol. 24 (suppl 4). – S. 333.

77. Association between body mass index and blood pressure across three populations in Africa and Asia / F. Tesfaye, N.G. Nawi, H. Van Minh [et al.] // *J. Human Hypertension*. – 2007. – Vol. 21. – P. 28–37.

78. Association between PRO12ALA polymorphism of the PPAR- γ 2 gene and type 2 diabetes mellitus in Iranian patients / A. Motavallian, S. Andalib, G. Vaseghi [et al.] // *Indian J. Hum. Genet.* – 2013. – Vol. 19(2). – P. 239-44.

79. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people / Eleni Rapsomaniki, Adam Timmis, Julie George [et al.] // *The Lancet*. – 2014. – Vol. 383, Issue 9932. – P. 1899-1911.

80. Bogna Grygiel-Górniak. Peroxisome proliferator-activated receptors and their ligands: nutritional and clinical implications – a review / Grygiel-Górniak Bogna // *Nutrition J.* – 2014. – Vol. 13. – P. 17. – Режим доступа: <http://www.nutritionj.com/content/13/1/17>

81. Brown Morris J. Clinical Value of Plasma Renin Estimation in the Management of Hypertension / Morris J. Brown // *Am. J. Hypertens.* – 2014. – Vol. 27 (8). – P. 1013-1016.

82. Bühler Fritz R. Pathophysiology and Clinical Application of the Renin System: Early Steps Toward Personalized Medicine / Fritz R. Bühler // *Am. J. Hypertens.* – 2014. – Vol. 27 (8). – P. 996-999.

83. Cadman P.E. *Pharmacogenomics of hypertension* / P.E. Cadman, D.T.O'Connor // *Current Opin. Nephrol. Hypertension*. – 2003. – Vol.12. – P.61-70.

84. Cardiovascular disease risk prediction with and without knowledge of genetic variation at chromosome 9p21.3 / N.P. Paynter, D.I. Chasman, J.E. Buring [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 150. – P. 65-72.

85. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. / K. Kotseva, D. Wood, G. De Backer [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373(9667). – P. 929-940.

86. Cesare Cuspidi. Prevalence of Echocardiographic Left-Atrial Enlargement in Hypertension: A Systematic Review of Recent Clinical Studies / Cesare

Cuspidi, Marta Rescaldani, Carla Sala // *Am. J. Hypertens.* – 2013. – Vol. 26 (4). – P. 456-464.

87. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. / Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration // *Lancet.* – 2010. – Vol. 376. – P. 1670-1681.

88. Combined effects of ACE (I/D) and eNOS (894T>G) genes polymorphism in patients with arterial hypertension in the realization of molecular mechanisms of left ventricular hypertrophy / L.P. Sydoruk, I.Y. Gaborec, A.R. Sydoruk[et al.]// *The New Armenian Med. J.* – 2013. – Vol.7, N2. – P. 44-54. – Режим доступа <http://www.ysmu.am/am/media/new-armenian-medical-journal/826-namj-vol-7-no-2>

89. Combined renin-angiotensin system gene polymorphisms and outcomes in coronary artery diseasea preliminary report / Z.Dzielińska, L.A. Małek, M. Roszczyńko [et al.] // *Kardiol. Pol.* – 2011. – Vol. 69 (7). – P. 688-695.

90. Concomitant presence of endothelial nitric oxide 894T and angiotensin II-converting enzyme D alleles are associated with diabetic nephropathy in a Kurdish population from Western Iran / Z. Rahimi, A. Vaisi-Raygani, Z. Rahimi [et al.] // *Nephrology (Carlton).* – 2012. – Vol. 17(2). – P. 175-181.

91. Coronary endothelial dysfunction in patients with early coronary artery disease is associated with the increase in intravascular lipid core plaque / Byoung-JooChoi¹, AbhiramPrasad, RajivGulati¹ [etal.] // *Eur. Heart J.* – 2013. – Vol. 34 (27). – P. 2047-2054.

92. Correlation between body mass index and cardiovascular parameters in obese and non-obese in different age groups / Kanavi Roopa Shekharappa, S. Smilee Johncy, P.T. Mallikarjuna [etal.]// *Int. J. Biol. Med. Res.* – 2011. – Vol. 2(2). – P. 551-555.

93. Christodoulides C. PPARs and adipocyte function / C. Christodoulides, A. Vidal-Puig // *Molecular and Cellular Endocrinology.* – 2010. – Vol. 318 (1-2). – P. 61-68.

94. Christensen K. What genome-wide association studies can do for medicine / K. Christensen, J.C. Murray // *N. Engl. J. Med.* – 2007. – Vol. 356. – P. 1094-1097.

95. dbSNP Entrez Gene. Sequence analysis / [National Center for Biotechnology Information]. – U.S.: National Library of Medicine, 2015. – Режим доступу до журн.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene>.

96. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association / National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement / S.M. Grundy, J.I. Cleeman, S.R. Daniels [et al.] // *Circulation.* – 2005. – Vol. 112. – P. 2735-2752.

97. Distribution of C-reactive protein in its association with metabolic syndrome in middle-aged and older Chinese people / X. Ye, Z. Yu, H. Li [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2007. – Vol. 49. – P. 1798-1805.

98. Drozdovska S.B. The association of gene polymorphisms with athlete status in ukrainians / S.B. Drozdovska, V.E. Dosenko, I.I. Ahmetov, V.N. Ilyin // *Biol Sport.* – 2013. – Vol. 30(3). – P. 163-167.

99. Effect of GLP-1 Mimetics on Blood Pressure and Relationship to Weight Loss and Glycemia Lowering: Results of a Systematic Meta-Analysis and Meta-Regression / Mohammad Katout, Hong Zhu, Jessica Rutsky [et al.] // *Am. J. Hypertens.* – 2014. – Vol. 27 (1). – P. 130-139.

100. Effects of Pro12Ala polymorphism in peroxisome proliferator-activated receptor- γ 2 gene on metabolic syndrome risk: a meta-analysis. / R. Zhang, J. Wang, R. Yang [et al.] // *Gene.* – 2014. – Vol. 535(1). – P. 79-87.

101. Effects of angiotensin converting enzyme inhibition on adiponectin levels and lipid profile in the ovariectomized-aged rats. / Turhan Dost, Samet Kafkas, Filiz Gokalp [et al.] // *J. of Pharmacology & Pharmacotherapeutics.* - 2014. – Vol. 5(1). – P. 21-26.

102. Engeli S. Physiology and pathophysiology of the adipose tissue renin-angiotensin system. / S. Engeli, R. Negrel, A.M. Sharma // *Hypertension.* – 2000. – Vol. 35. – P. 1270-1277.

103. Enhanced pan-peroxisome proliferator-activated receptor gene and protein expression in adipose tissue of diet-induced obese mice treated with telmisartan / Aline Penna-de-Carvalho, Francielle Graus-Nunes, Júlia Rabelo-Andrade [et al.] // *Experimental Physiology*. – 2014. – Vol. 99, Issue 12. – P. 1663-1678.

104. Epidemiology and Prevention Quantifying Options for Reducing Coronary Heart Disease Mortality By 2020 / Mark D. Huffman, Donald M. Lloyd-Jones, Hongyan Ning [et al.] // *Circulation*. – 2013. – Vol.127. – P. 2477-2484.

105. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). / ESC/EAS // *Eur. Heart J.* – 2011. – Vol. 32 (14). – P. 1769-1818.

106. ESC Guidelines Desk Reference. Compendium of abridged ESC Guidelines 2010 / [ESC and ESH Committee for Practice Guidelines]. – London, UK: Springer Healthcare, 2010. – 392 p.

107. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) / Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report // *Circulation*. – 2002. – Vol. 106, № 25. – P. 3143-3421.

108. FABP4 attenuates PPAR γ and adipogenesis and is inversely correlated with PPAR γ in adipose tissues / T. Garin-Shkolnik, A. Rudich, G.S. Hotamisligil, M. Rubinstein // *Diabetes*. – 2014. – Vol. 63. – P. 900-911.

109. Ferrannini E. Intraabdominal adiposity, abdominal obesity, and cardiometabolic risk / E. Ferrannini, A.M. Sironi, P. Iozzo, A. Gastaldelli // *Eur. Heart J.* – 2008.– Vol. 10 (Suppl. B).– P. 4–10.

110. Framingham Heart Study Bibliography 1950-2014. A project of the National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University / [Framingham Heart Study (FHS) Executive Committee]. – Framingham, 2014. – Режим доступа до проекту: <http://www.framinghamheartstudy.org>

111. Ford E.S. C-reactive protein concentration and cardiovascular disease risk factors in children: findings from The National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2000 // *Circulation*. – 2003. – Vol. 108. – P. 1053–1058.

112. Gale E.A.M. Thiazolidinediones/ PPAR [internet]. / E.A.M. Gale // *Diapedia*. – 2014. – Rev. no. 14. – Available from: <http://www.diapedia.org/management/81040851142/thiazolidinediones-ppar>

113. Ganz Peter. Endothelial dysfunction in coronary heart disease is more than a systemic process / Peter Ganz, Priscilla Y. Hsue // *Eur. Heart J.* – 2013. – Vol. 34 (27). – P. 2025-2027.

114. Glucose metabolism in patients with essential hypertension / J. Garsia-Puig, L.M. Ruilope, M. Luque [et al.] // *Am. J. of Medicine*. – 2006. – Vol. 119. – P. 318-326.

115. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization – International Society of Hypertension (WHO-ISH). 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension / WHO-ISH // *J. Hypertension*. – 1999. – Vol. 17. – P. 151-183.

116. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension 2009. Reappraisal of European Guidelines on hypertension management: European Society of Hypertension (ESH) Task Force Document / Guiseppa Mancia, Stephane Laurent, Enrico Agabiti-Rosei [et al.] // *J. Hypertension*. – 2009. – Vol. 27. – P. 2121-2158.

117. Haemostatic risk factors for arterial and venous thrombosis. Recent advances in blood coagulation / G.D. Lowe, Ed. L. Poller, C.A. Ludlam. – Edinburg: Churchill Livingstone, 1997. – P. 69-96.

118. Heart and stroke statistics – 2014 update: A report from the American Heart Association. / A.S. Go, D. Mozaffarian, V.L. Roger [et al.] // *Circulation*. – 2014. – Режим доступа до журн.: <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e28.full.pdf>

119. Heart Disease and Stroke Statistics – 2015 update: A report from the American Heart Association. / Dariush Mozaffarian, Emelia J. Benjamin, A.S. Go

[et al.] // *Circulation*. – 2015. – Режим доступа до журн.: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/12/18/CIR.000000000000152.full.pdf+html>

120. High loading dose of clopidogrel is unable to satisfactorily inhibit platelet reactivity in patients with glycoprotein IIIA gene polymorphism: a genetic substudy of PRAGUE-8 trial / Motovska Zuzana, Widimsky Petr, Kvasnicka Jan [et al.] // *Blood coagulation & fibrinolysis A*. – 2009. – Vol. 20, N4. – P. 257-262.

121. High-Dose Treatment With Telmisartan Induces Monocytic Peroxisome Proliferator-Activated Receptor - Target Genes in Patients With the Metabolic Syndrome / Ilse-Nirmala Bahr, Patrizia Tretter, Janine Kruger [et al.] // *Hypertension*. – 2011. Vol. 58. – P. 725-732.

122. Hill N.R. Expansion of the homeostasis model assessment of β -cell function and insulin resistance to enable clinical trial outcome modeling through the interactive adjustment of physiology and treatment effects: iHOMA2. / N.R. Hill, J.C. Levy, D.R. Matthews // *Diabetes Care*. – 2013. Vol. 36 (8). – P. 2324-30.

123. Homeostasis Model Assessment closely mirrors the glucose clamp technique in the assessment of insulin sensitivity / E. Bonora, G. Targher, M. Alberiche [et al.] // *Diabetes Care*. – 2000. – Vol. 23. – P. 57-63.

124. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. / K. Wolf-Maier, R.S. Cooper, J.R. Banegas [et al.] // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289. – P. 2363-2369.

125. Hypertension Management in the High Cardiovascular Risk Population / Maraj Ilir, Makarius John, Ashkar Anthony [et al.] // *Intern. J. of Hypertension* – 2013. – Vol. 13. – P. 1-7. – Режим доступа до журн.: <http://www.dx.doi.org/10.1155/2013/382802>

126. Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Practical Guide. – Bethesda, MD.: NIH, NHLBI, NAASO, 2002. – 77 p.

127. Improvements in glucose homeostasis in response to regular exercise are influenced by the PPAR γ Pro12Ala variant: results from the HERITAGE Family Study. / S.M. Ruchat, T. Rankinen, S.J. Weisnagel [et al.] // *Diabetologia*. – 2010. – Vol. 53(4). – P. 679-89.

128. Insulin resistance and risk of incident heart failure: Cardiovascular Health Study / D. Banerjee, M. L. Biggs, L. Mercer [et al.] // *Circulation: Heart Failure*. – 2013. – Vol. 6. – P. 364-370.

129. Insulin Resistance and Incident Heart Failure. The ARIC Study (Atherosclerosis Risk in Communities). / O. Vardeny, D.K. Gupta, B. Claggett [et al.] // *JCHF*. – 2013. – Vol. 1(6). – P. 531-536.

130. Interactions between angiotensin-I converting enzyme insertion/deletion polymorphism and response of plasma lipids and coronary atherosclerosis to treatment with fluvastatin. The Lipoprotein and Coronary Atherosclerosis Study / J. Ali Marian, Faye Safavi, Laura Ferlic [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 89-95.

131. Investigating the genetic determinants of cardiovascular disease using candidate genes and meta-analysis of association studies / P. Juan Casas, Jackie Cooper, J. George Miller [et al.] // *Annals of human Genetics*. – 2006. – Vol. 70, № 2. – P. 145-169.

132. Ioannidis J.P.A. Personalized Genetic Prediction: Too Limited, Too Expensive, or Too Soon? / John P.A. Ioannidis // *Ann. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 150. – P. 139-141.

133. Ioannidis J.P.A. Limits to forecasting in personalized medicine: an overview / J.P.A. Ioannidis // *Int. J. Forecast.* – 2009. – Vol. 159. – P. 168-170.

134. Kitsios G. ACE (I/D) polymorphism and response to treatment in coronary artery disease: a comprehensive database and meta-analysis involving study quality evaluation / G. Kitsios, E. Zintzaras // *BMC Medical Genetics*. – 2009. – Vol. 10. – P. 50

135. Kurbanova D. Genetic background of left ventricular hypertrophy in Uzbek hypertensive men / Dilorom Kurbanova, Marietta Eliseyeva // Arch. Turk. Soc. Cardiol. – 2010. – Vol. 38(7). – P. 466-472.

136. Lack of association between Glu298Asp polymorphism and coronary artery disease in North Indians. / H. Rai, J. Fitt, A.K. Sharma et al. // Mol. Biol. Rep. – 2012. – Vol. 39, Issue 5. – P. 5995-6000.

137. Lack of association between matrix metalloproteinase-9 and endothelial nitric oxide synthase gene polymorphisms and coronary artery disease in Turkish population / E. Alp, S. Menevse, M. Tulmac [et al.] // DNA Cell. Biol. – 2009. – Vol. 28(7). – P.343-350.

138. Laura I. Furlong. OSIRISv1.2: A named entity recognition system for sequence variants of genes in biomedical literature / I. Laura Furlong, Holger Dach, Martin Hofmann-Apitius, Ferran Sanz // BMC Bioinformatics. – 2008. – Vol. 9. – P. 84-100.

139. Left ventricular hypertrophy in relation to systolic blood pressure and the angiotensin converting enzyme I/D polymorphism in Chinese / A.P.Headley, Y. Li, L.H. Li [et al.] // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25 (suppl 2). – P.39.253.

140. Lifton R.P. Molecular mechanisms of human hypertension / R.P. Lifton, A.G. Gharavi, D.C. Geller // Cell. – 2001. – Vol. 104. – P. 545-556.

141. Liver-Specific Peroxisome Proliferator-Activated Receptor α Target Gene Regulation by the Angiotensin Type 1 Receptor Blocker Telmisartan/ Markus Clemenz; Nikolaj Frost; Michael Schupp [et al.] // Diabetes. – 2008. – Vol. 57(5). – P. 1405-1413.

142. Lorenzo Arnaboldi. Could changes in adiponectin drive the effect of statins on the risk of new-onset diabetes? The case of pitavastatin / Lorenzo Arnaboldi, Alberto Corsini // Atherosclerosis. – 2015. – Vol. 16. – P. 1-27.

143. Manolio T.A. A HapMap harvest of insights into the genetics of common disease / T.A. Manolio, L.D. Brooks, F.S. Collins // J. Clin. Invest. – 2008. – Vol. 118. – P. 1590-1605.

144. McDonald R. Identifying gene and protein mentions in text using conditional random fields / R. McDonald, F. Pereira // *BMC Bioinformatics*. – 2005. – Vol. 6 (Suppl 1). – S.6.

145. Meta-analysis of the relationship between ACE I/D gene polymorphism and end-stage renal disease in patients with diabetic nephropathy / Z.Y.Yu, L.S.Chen, L.C. Zhang, T.B. Zhou // *Nephrology (Carlton)*. – 2012. – Vol. 17 (5). – P. 480-487.

146. Mori H. Pro12→Ala substitution in PPAR gamma: is associated with resistance to development of diabetes in the general population: possible involvement in impairment of insulin secretion in individuals with type 2 diabetes / H. Mori, H. Ikegami, Y. Kawaguchi, S. Seine // *Diabetes*. – 2001. – Vol. 50. – P. 891-894.

147. Morshed M. Association between angiotensin I-converting enzyme gene polymorphism and hypertension in selected individuals of the Bangladeshi population / M. Morshed, H. Khan, S. Akhteruzzaman // *J. Biochem. Mol. Biology*. – 2002. – Vol. 35, №3. – P. 251-254.

148. Mortality in patients with hypertension on angiotensin-I converting enzyme (ACE)-inhibitor treatment is influenced by the ACE insertion/deletion polymorphism / G.S. Bleumink, A.F. Schut, M.C. Sturkenboom [et al.] // *Pharmacogenetic Genomics*. – 2005. – Vol. 15, № 2. – P. 75-81.

149. Mueller C.F.H. Angiotensin II. One driving force behind atherogenesis / C.F.H. Mueller, G. Nickenig // *Hypertension*. – 2008. – Vol. 51. – P. 175-181.

150. NCI-NHGRI Working Group on Replication in Association Studies. Replicating genotype-phenotype associations: what constitutes replication of a genotype-phenotype association, and how best can it be achieved? / NCI-NHGRI Working Group // *Nature (Lond)*. – 2007. – Vol. 447. – P. 655-660.

151. Niu T. Angiotensin converting enzyme gene insertion/deletion polymorphism and cardiovascular disease: therapeutic implications / T.Niu, X.Chen, X.Xu // *Drugs*. – 2002. – Vol. 62 (7). – P. 977-993.

152. Niu W. Review: association between angiotensin converting enzyme G2350A polymorphism and hypertension risk: a meta-analysis / W. Niu, Y. Qi, P. Gao, D. Zhu // *J. Renin Angiotensin Aldosterone Syst.*– 2011.– Vol. 12 (1).– P. 8–14.

153. NYHA. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels / NYHA. – [9th Ed.]. – Boston. Mass:Little, Brown & Co, 1994. – P.253-256.

154. Olefsky J.M. Treatment of insulin resistance with peroxisome proliferator-activated receptor gamma agonists. / J.M. Olefsky // *J. Clin. Invest.* – 2000. – Vol. 106. – P. 467-472.

155. Peroxisome proliferator-activated receptor-gamma Pro12Ala polymorphism and the association with blood pressure in type 2 diabetes: Skaraborg hypertension and diabetes project / C.J. Ostgren, U. Lindblad, O. Melander [et al.] // *J. of Hypertension.* – 2003. – Vol. 21 (9).– P. 1657-1661.

156. Plasma leptin and the risk of cardiovascular disease in the west of Scotland coronary prevention study (WOSCOPS) / A.M. Wallace, A.D. McMahon, C.J. Packard [et al.] // *Circulation.* – 2001. – Vol. 104. – P. 3052-3056.

157. Predicting response to chronic antihypertensive treatment with fosinopril: the role of angiotensin-converting enzyme gene polymorphism / G.A. Stavroulakis, T.K. Markis, P.G. Krespi [et al.] // *Cardiovasc. Drugs Ther.* – 2000. – Vol. 14. – P. 427-432.

158. Prognostic value of 6-minute walk corridor test in patients with mild to moderate heart failure comparison with other methods of functional evaluation / C. Rostagno, G. Olivo, M. Comeglio [et al.] // *Eur. J. Heart Failure.* – 2003. – Vol. 5. – P. 247-252.

159. ProMiner: Recognition of Human Gene and Protein names using regularly updated dictionaries / [Ed. by L. Hirschman, A. Krallinger Mand Valencia]. – Italy: Centro Nacional de Investigaciones Oncologicas, 2007. – P. 149-151.

160. Polymorphisms of the Renin-Angiotensin System Genes Predict Progression of Subclinical Coronary Atherosclerosis / Adam Kretowski, Kim McFann, John E. Hokanson [et al.] // *Diabetes*. – 2007. – Vol. 56, №3. – P. 863-871.

161. Polymorphisms of the angiotensin-converting enzyme and angiotensinogen gene in patients with atrial fibrillation / Nurdan Papila Topal, Beste Ozben, Veysel Sabri Hancer [et al.] // *J. Renin-Angiotensin-Aldosterone System*. – 2011. – Vol. 12. – P. 549-556.

162. Polymorphism of clotting factors in Hungarian patients with Raynaud's phenomenon / Shemirani Amir-Houshang, Szomjak Edit, Balogh Emese [et al.] // *Blood Coagulation & Fibrinolysis A*. – 2011. – Vol. 22, N1. – P. 56-59.

163. PPAR γ 2 Pro12Ala and ADAMTS9 rs4607103 as "insulin resistance loci" and "insulin secretion loci" in Italian individuals. The GENFIEV study and the Verona Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Study (VNDS) 4. / M. Trombetta, S. Bonetti, M.L. Boselli [et al.] // *Acta Diabetol*. – 2013. – Vol. 50(3). – P. 401-408.

164. PPAR activation in adipocytes is sufficient for systemic insulin sensitization / Shigeki Sugii, Peter Olson, Dorothy D. Sears [et al.] // *PNAS*. – 2009. – Vol. 106, №52. – P. 22504-22509.

165. PPAR γ 2 Pro12Ala, OGG1 Ser326Cys and ACE I/D Gene Polymorphisms in Healthy Offsprings of Type 2 Diabetic Patients / Ayhan Zengi, Nur Selvi, Vildan Bozok Cetintas [et al.] // *Turkiye Klinikleri J. Endocrin*. – 2013. – Vol. 8 (1). – P. 1-9.

166. PPAR γ Pro12Ala and ACE ID polymorphisms are associated with BMI and fat distribution, but not metabolic syndrome / Angela Passaro, Edoardo Dalla Nora, Caterina Marcello [et al.] // *Cardiovascular Diabetology*. – 2011. – Vol. 10. – P. 112-120. – Режим доступа до журн.: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-2840-10-112.pdf>

167. Qiang Ma. Pharmacogenetics, Pharmacogenomics, and Individualized Medicine / Qiang Ma, Anthony Y. H. Lu // *Pharmacological Reviews*. – 2011. – Vol. 63 no. 2. – P. 437-459.

168. Proliferator-activated receptor gamma Pro12Ala interacts with the insulin receptor substrate 1 Gly972Arg and increase the risk of insulin resistance and diabetes in the mixed ancestry population from South Africa / Zelda Vergotine, Yandiswa Y. Yako, Andre P. Kengne [et al.] // BMC Genet. – 2014. – Vol. 15. – P. 10. – Режим доступа до журн.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900266/>

169. Rangwala S.M. Transcriptional control of adipogenesis. / S.M. Rangwala, M.A. Lazar // Annu Rev. Nutr. – 2000. – Vol. 20. – P. 535-559.

170. Redused glucocorticoid production rate, decreased 5 a-reductase activity, and adipose tissue insulin sensitization after weight loss / J.W. Tomlinson, J. Finney, B.A. Hughes [et al.] // Diabetes. – 2008. – Vol. 57. – P. 1536–1543.

171. Relationship Between Nutrition and Blood Pressure: A Cross-Sectional Analysis from the NutriNet-Sante Study, a French Web-based Cohort Study / Helene Lelong, Pilar Galan, Emmanuelle Kesse-Guyot [et al.] // Am. J. Hypertens. – 2014. – doi: 10.1093/ajh/hpu164. – Режим доступа до журн.: <http://ajh.oxfordjournals.org/content/early/2014/09/03/ajh.hpu164>

172. Relationship between diastolic function by TDI and angiotensin convertin enzyme I/D, angiotensin II type 1 receptor A1166C and endothelial nitric oxide synthase G894T gene polymorphisms in hypertension / A. Kalina, F.Alwazir, P. Volf [et al.] // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25 (suppl 2). – P. 17.77.

173. Relationship between the angiotensin converting enzyme gene polymorphism and the effects of enalapril on left ventricular hypertrophy and impared diastolic filling in essential hypertension: M-mode and pulsed Doppler echocardiographic studies / M. Sasaki, T. Oki, A. Iuchi [et al.] // J. Hypertension. – 1996. – Vol. 14. – P. 1403-1408.

174. Relationship between the response to the angiotensin converting enzyme inhibitor imidapril and angiotensin-converting enzyme genotype / N. Ohmichi, N. Iwai, Y. Uchida [et al.] // Am. J. Hypertens. – 1997. – Vol. 10. – P. 951-955.

175. Renin-angiotensin and endothelial nitric oxide synthase gene polymorphisms are not associated with the risk of incident type 2 diabetes mellitus:

a prospective cohort study / D. Conen, R.G. Glynn, J.E. Buring [et al.] // J. Intern. Med. – 2008. – Vol. 263, № 4. – P. 376-385.

176. Renin-angiotensin system gene polymorphisms: assessment of the risk of coronary heart disease / M. Buraczynska, Z. Pijanowski, D. Spasiewicz [et al.] // Kardoil. Pol. – 2003. – Vol.58, №1. – P.1-9.

177. Role of Peroxisome Proliferator-Activated Receptor gamma2 (PPAR- γ 2) Gene Polymorphism in Type 2 Diabetes Mellitus / Salwa Sokkar, Jehan A. El-Sharnouby, Amal Helmy [et al.] // Eur. J. Gen. Med. – 2009. - Vol. 6 (2). – P. 78-86.

178. Roszer T. PPARs in the Renal Regulation of Systemic Blood Pressure. / T. Roszer, M. Ricote // PPAR Res. – 2010. – Vol. 2010. – P. 698-730.

179. Rudnicki M. Significance of genetic polymorphisms of the renin-angiotensin-aldosterone system in cardiovascular and renal disease / M.Rudnicki, G. Mayer // Pharmacogenomics.– 2009.– Vol. 10 (3).– P. 463-476.

180. Sandosh Padmanabhan. The Pharmacogenomics of Anti-Hypertensive Therapy / Sandosh Padmanabhan, Laura Paul, Anna F. Dominczak // Pharmaceuticals. – 2010. – Vol. 3. – P. 1779-1791

181. Schmidt M.V. The nuclear hormone receptor PPAR γ as a therapeutic target in major diseases / M.V. Schmidt, B. Brüne, A. Knethen // TheScientificWorldJournal. – 2010. – Vol. 10. – P. 2181-2197.

182. Sciarrone M.T. ACE and α -Adducin polymorphism as marker of individual response to diuretic therapy / M.T. Sciarrone, P. Stella, C. Barlassina // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 41. – P. 398.

183. Selective suppression of endothelial cell apoptosis by the high molecular weight form of adiponectin / H. Kobayashi, N. Ouchi, S. Kihara [et al.] // Circ. Res. – 2004. – Vol. 94. – P. e27-e31.

184. Settles B. ABNER: an open source tool for automatically tagging genes, proteins and other entity names in text / B. Settles // BMC Bioinformatics. – 2005. – Vol. 21. – P. 3191-3192.

185. Sjostrom C.D. Relationships between changes in bodycomposition and changes in cardiovascular risk factors: the SOSInternational Study. Swedish Obese Subjects / C.D.Sjostrom, L.Lissner // Obes. Res. – 1997. –№ 5. – P. 519-530.

186. Smith Steven M. Cost-Effectiveness of Renin-Guided Treatment of Hypertension / Steven M. Smith, Jonathan D. Campbell // Am. J. Hypertens. – 2013. – Vol. 26 (11). – P. 1303-1310.

187. Stumvoll M. Peroxisome proliferator-activated receptor – [gamma] Pro12Ala polymorphism – perspectives in diabetes / M. Stumvoll, H. Haring // Diabetes. – 2002. – Vol. 51 (8). – P. 2341-2357.

188. Sydorchuk L.P. Influence of pharmacogenetically determined treatment on parameters of peripheral hemodynamics in patients with arterial hypertension. / L.P. Sydorchuk, K.M. Amosova // The New Armenian Medical J. – 2011. – Vol. 5(2). – P. 35-43.

189. The angiotensin converting enzyme D allele is an independent risk factor for the early onset coronary artery disease / A. Vaisi-Raygani, H. Chaneialvar, Z. Rahimi // Clin. Biohem. – 2010. – Vol. 43 (15). – P. 1189-1194.

190. The association of ACE gene D/I polymorphism with cardiovascular risk factors in a population from Rio de Janeiro / R.L. Cardoso, A.R. Nogueira, L.H.A. Salis [et al.] // Braz. J. Med. Biol. Res. – 2008. – Vol. 41(6). – P. 512-518.

191. The effects of sex and method of bloodpressure measurement on genetic associations with blood pressure in the PAMELA study. / S. Padmanabhan, C. Menni, W.K. Lee [et al.] // J.Hypertens. – 2010. – Vol. 28 (3). – P. 465-477.

192. The frequency of alleles of the Pro12Ala polymorphism in PPARgamma2 is different between healthy controls and patients with type 2 diabetes / D. Pinterova, M. Cerna, K. Kolostova [et al.] // Folia Biol (Praha). – 2004. – Vol. 50, № 5. – P. 153-156.

193. The metabolic syndrome and risk of major coronary event in Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force /Texas Coronary Prevention Study (AFCAPS/TexCaps) / C.J. Girman, T. Rhodes, M. Mercuri [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 93. – P. 136–141.

194. The metabolic syndrome in relation to three candidate Genes in 6 European populations / V.Tikhonoff, K. Stolarz, E. Brand, K. Freson [et al.] // *J. Hypertension*. – 2006. – Vol. 24 (suppl 4). – 4A.3.

195. The organization, promoter analysis, and expression of the human PPAR γ gene. / L. Fajas, D. Auboeuf, E. Raspe [et al.] // *J. Biol. Chem.* – 1997. – Vol. 272. – P. 18779-18789.

196. The Pro12Ala Polymorphism of PPAR- γ Gene Is Associated with Sepsis Disease Severity and Outcome in Chinese Han Population / Guoda Ma, Haiyang Wang, Guixi Mo [et al.] // *PPAR Research*. – 2014. – Vol. 2014. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/701971>

197. Tikellis C. Angiotensin-converting Enzyme 2 (ACE2) is a key Modulator of the Renin Angiotensin System in Health and Disease / C. Tikellis, M.C. Thomas // *Int. J. Pept.* – 2012. – P.256-294.

198. Transparent Reporting of a multivariable prediction model for Individual Prognosis Or Diagnosis (TRIPOD): Explanation and Elaboration. / Karel G.M. Moons, Douglas G. Altman, Johannes B. Reitsma [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 162(1). – P. W1-W73.

199. Trujillo M.E. Adiponectin journey from the adipocyte secretory protein to biomarker of the metabolic syndrome / M.E. Trujillo, P.E. Scherer // *J. Intern. Med.* – 2005. – Vol. 257. – P.167-175.

200. Tsuchida A. Peroxisome proliferator-activated receptor (PPAR α) activation increases adiponectin receptor and reduces obesity-related inflammation in adipose tissue. Comparison of activation of PPAR α , γ , and their combination / A.Tsuchida, T. Yamauchi, S. Takekawa // *Diabetes*. – 2005. – Vol. 54. – P. 3358-3370.

201. 2013 ESC/ESH Guideline for the Management of Arterial Hypertension / Task Force for the Management of Arterial Hypertension of ESH and ESC Members: Giuseppe Mancia, Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz [et al.] // *J. Hypertens.* – 2013. – Vol. 31. – P. 1281-1357. – Режимдоступу:

<http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>

202. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society / M.D.Jensen, D.H. Ryan, C.M. Apovian [et al.] // Circulation. – 2013. – Online Version: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437739.71477.ee.citation>

РОЗДІЛ ІV

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ГЕРПЕСВІРУСНУ І ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Проаналізовано структуру герпесвірусних інфекцій серед усіх ушпиталених хворих в стаціонари Чернівецької області за 5 років (2011-2015 рр.). Так, в 2011 р. на стаціонарному лікуванні з вказаною хворобою було 34 дорослих осіб з вітряною віспою. У 2012 р. – відповідно 35 хворих, у 2013 р. – 37, у 2014 р. – 48 і у 2015 р. – 58 дорослих хворих. Всього за ці роки в стаціонарах області пролікувалося 212 дорослих осіб.

Нами також проаналізована частота нозологічних форм у хворих на герпесвірусну інфекцію, пролікованих в стаціонарах області, зокрема, з вітряною віспою, оперізувальним герпесом, лабіальним герпесом, хронічним рецидивним герпетичним стоматитом та інфекційним мононуклеозом.

За даними стаціонарів області за 5 років (2011-2015 рр.), з вітряною віспою пролікувалося 59 дорослих осіб. З оперізувальним герпесом було ушпиталено 96 хворих.

Хворі з герпесвірусною інфекцією, спричиненою вірусом простого герпесу 1-го типу (лабіальний герпес та ХРГС), лікуються, як правило, амбулаторно. Ушпиталюються лише хворі з тяжкими формами недуги, тому – всього за 5 років через стаціонар області з герпесвірусною інфекцією, ймовірно, спричиненою вірусом герпесу 1-го типу, проліковано 138 осіб. Інфекційний мононуклеоз, який у 75-97 % випадків спричиняється вірусом герпесу людини 4-го типу (Epstein-Barr virus) [32] у стаціонарах області за 5 років проліковано 57 осіб.

Необхідно відзначити збільшення частоти госпіталізацій дорослих пацієнтів з клінічно вираженими формами герпетичної інфекції в останні роки.

Виявили значну відмінність у структурі та динаміці хворих з різними нозологічними формами герпесвірусних інфекцій. Так, протягом 2010-2015 рр. частота вітряної віспи зменшилась у 3 рази, а оперізувального герпесу та інфекційного мононуклеозу зростає – у 2 та 5 разів відповідно (рис. 3.1).

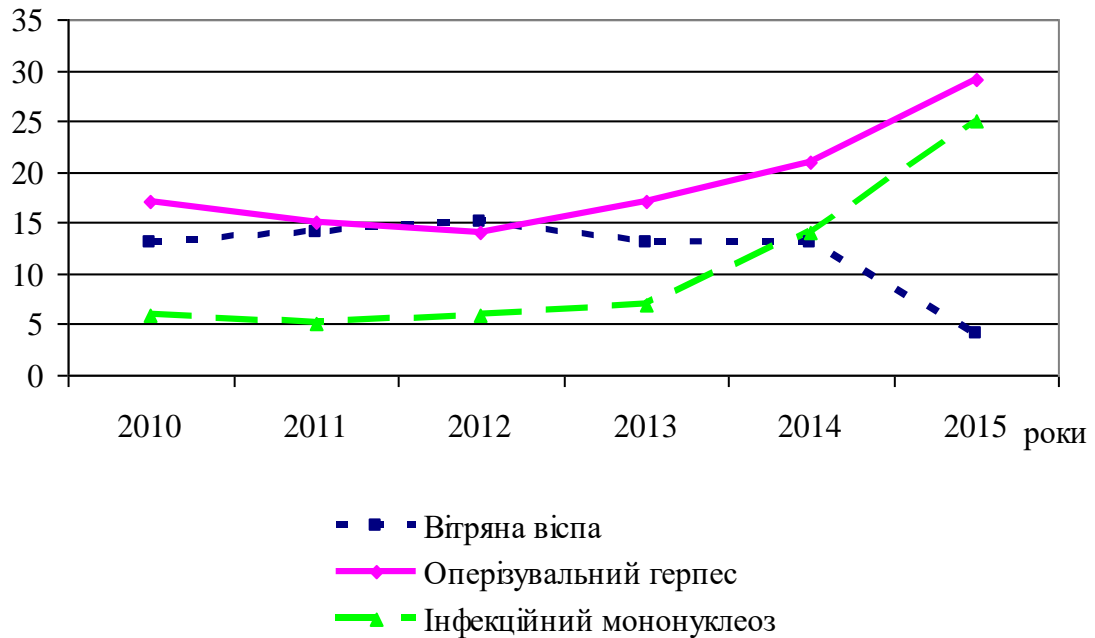


Рис. 3.1. Частота госпіталізованих дорослих хворих з різними нозологічними формами герпесвірусної інфекції.

Таким чином, відзначається зниження кількості дорослих хворих на вітряну віспу та зростання – на інфекційний мононуклеоз і оперізувальний герпес порівняно з 2010 р.

Оскільки проти зазначених вірусів немає вакцин, то такі інфекції є некерованими; їх виникнення та розповсюдження мало залежать від неспецифічних протиепідемічних заходів. Більшою мірою захворюваність цими інфекціями, перебіг недуг, персистенція вірусів залежать від особливостей збудників, а також від стану імунної системи конкретної людини зокрема і від колективного імунітету в цілому.

Безумовно, стан імунної системи обумовлений багатьма залежними і незалежними від конкретної людини чинниками: екологічними, соціально-економічними, гігієнічними та іншими.

Проаналізували клінічні симптоми оперізувального герпесу. Всього під спостереженням перебувало 40 таких хворих: 18 чоловіків і 22 жінки. Вік 3 пацієнтів не перевищував 19 років, 6 – перебував у діапазоні 20-39 років, 10 – 40-59 років, решти 21 особи – 60 років і старше. Середній вік становив $(56,2 \pm 2,6)$ року.

В усіх хворих реєстрували гангліошкірну клінічну форму оперізувального герпесу, зокрема у 36 (90,0 %) був спінальний герпес (у 5 осіб – шийний, в 19 – грудний, у 12 – попереково-крижовий), у 4 (10,0 %) – черепно-мозковий (у 3 осіб – оперізувальний герпес з очними ускладненнями, у 1 – вушний герпес). При шийній локалізації висип виникав на голові. При грудній локалізації разом із загальноінфекційними симптомами спостерігали висипання і сильний біль за ходом міжреберних нервів, який іноді імітував ішемічну хворобу серця. При поперековій локалізації висип з'являвся на шкірі поперекової ділянки, сідниць і ноги.

Гангліо-шкірний оперізувальний герпес розпочинався гостро: за декілька днів до появи висипу усі хворі відзначали швидку стомлюваність, біль голови, свербіж, гіперестезію або парестезію, різкий пекучий біль у місці висипань (рис. 3.2). Невдовзі реєстрували прояви інтоксикаційного синдрому, зокрема у 25 пацієнтів (62,5 %) підвищувалася температура тіла до субфебрильних цифр і з'являлася еритема. На місці еритеми виникала група папул, які перетворювалися на пухирці і пухири, що зливалися між собою. Висипання, як правило, було однобічним.

У 8 осіб (20,0 %) вміст пухирів ставав каламутним, очевидно в результаті утворення фібрину або попадання піогенної флори. Процес завжди завершувався утворенням кірок, після відпадання яких залишалися рубці. З появою висипу біль за ходом нервів посилювався, в 9 хворих (22,5 %) ставав нестерпним і в 5 осіб (12,5%) віком понад 60 років зберігався місяцями після зникнення елементів висипу. Больовий синдром зазвичай посилювався вночі. В одного з таких пацієнтів, в якого було констатовано тяжкий ступінь оперізувального герпесу, везикули наповнилися

геморагічним вмістом, і згодом розвинувся некроз шкіри. Вислідом такої недуги стало утворення рубців з пігментацією на місці колишніх висипань. Примітно, що зазначений хворий отримував імуносупресивну терапію у зв'язку з хронічним лімфолейкозом.

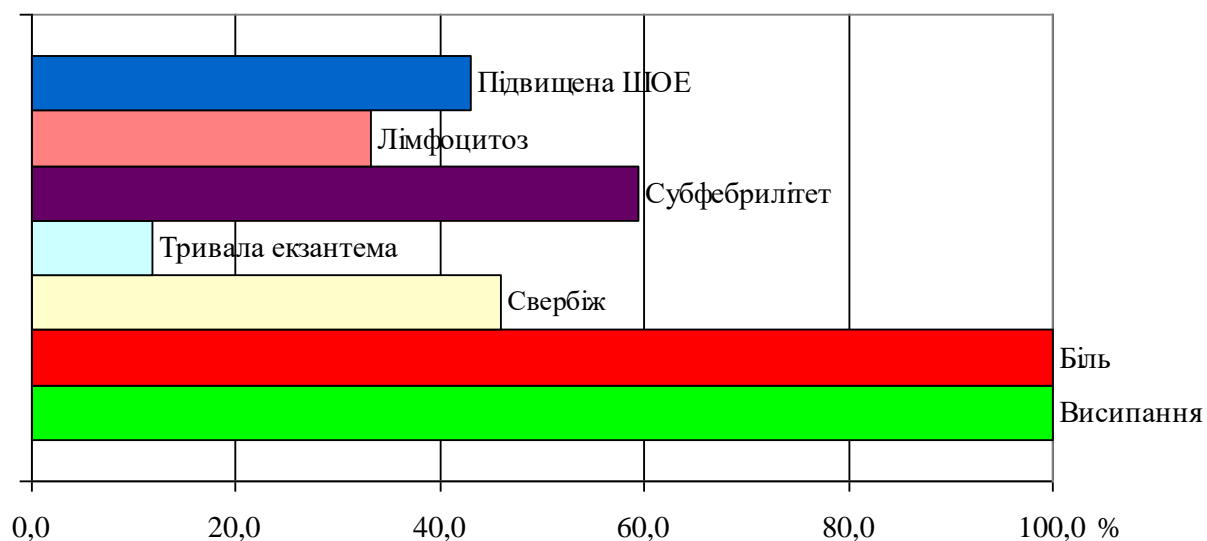


Рис. 3.2. Частота окремих симптомів у хворих на оперізувальний герпес.

За результатами лабораторного дослідження, у 14 хворих (35,0 %) встановили абсолютний лімфоцитоз, причому максимальне збільшення числа лімфоцитів досягало 68 % від загального числа лейкоцитів.

У хворих у гострому періоді відзначали підвищену кількість лейкоцитів і лімфоцитів. Збільшення ШОЕ встановили у 18 пацієнтів (45,0 %), діапазон збільшених показників ШОЕ коливався від 14 до 42 мм/год. Після застосування протигерпетичних препаратів рівень цих показників поступово відновлювався. Зокрема встановили тенденцію до зменшення кількості лейкоцитів, лімфоцитів і зниження ШОЕ, що побічно свідчить про ефективність здійснюваної терапії (табл. 3.1).

У 3 осіб, які перенесли офтальмогерпес, розвинулись очні ускладнення – різке зниження гостроти зору, а в однієї жінки – ще й глаукома. Ще в одного пацієнта з діагностованим вушним герпесом встановили синдром Рамсея-Ганта (поєднання вушного оперізувального герпесу з порушенням

слуху, ністагмом, паралічем лицьового нерва). У 17 осіб (42,5 %) (усі віком понад 60 років) після регресу висипань розвинулась постгерпесна невралгія.

Таблиця 3.1

Динаміка лабораторних показників крові у хворих на оперізувальний герпес (M±m)

Показник	До лікування	Після лікування
Еритроцити, Т/л	4,49±0,18	4,43±0,22
Гемоглобін, г/л	132,5±4,6	128,4±4,9
Лейкоцити, Г/л:	7,34±0,66	4,81±0,72
Еозинофільні, %	2,36±0,44	2,73±0,49
Паличкоядерні, %	3,37±0,54	4,50±0,24
Сегментоядерні, %	49,10±2,22	50,88±2,36
Лімфоцити, %	39,64±2,18	35,42±2,95
Моноцити, %	5,53±0,91	6,47±0,70
ШОЕ, мм/год	18,6±6,8	14,3±4,7

Клінічні та лабораторні показники інфекційного мононуклеозу проаналізували у 33 дорослих хворих (17 чоловіків і 16 жінок). Вік 19 осіб становив 18-19 років, 13 пацієнтів – 20-29 років і тільки в 1 людини віком 32 роки було діагностовано інфекційний мононуклеоз.

Хвороба розпочиналася гостро, температура тіла підвищувалася до 37,5-39 °С. Тривалість гарячкового періоду коливалася від 4 діб до 3 тиж. Усі хворі скаржилися на помірний біль голови, закладеність носа, неприємні відчуття в горлі при ковтанні, пітливість. В цілому при інфекційному мононуклеозі рівень інтоксикації був невисоким.

Вже в перші 3-5 днів з'являлися гострий тонзиліт, збільшення лімфатичних вузлів, печінки і селезінки.

Симптоми гострого тонзиліту і фарингіту виявляли в 32 (96,9 %) хворих. Зміни на мигдаликах найчастіше були катаральними – 22 особи (66,6 %), рідше – фолікулярними – 5 (15,1 %), лакунарними – 4 (12,1 %), а в 1 пацієнта (3,0 %) мигдалики були вкриті м'якими фібринними плівками, що нагадували дифтерійні.

Одночасно з тонзилітом збільшувалися потиличні (7 осіб – 21,2 %), задньошийні лімфатичні вузли, особливо розташовані уздовж заднього краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза (9 пацієнтів – 27,2 %), під кутом нижньої щелепи (27 хворих – 81,8 %). Лімфатичні вузли зазвичай мали вигляд ланцюжка або пакета і були розташовані симетрично, діаметр їх досягав 0,5-2 см. Вони були еластичними, помірно чутливими на дотик, не спаяними між собою, рухливими, шкіра над ними не змінювалася. Одночасно збільшувалися пахвові (у 22 осіб – 66,6 %) і пахові (6 пацієнтів – 18,1 %) лімфатичні вузли.

Вже з перших днів інфекційного мононуклеозу в усіх хворих збільшувалася печінка, а у 29 (87,8 %) осіб – ще й селезінка. Максимальних розмірів вони досягали до 10-го дня недуги. Зазначені органи були порівняно м'якої консистенції. В 1 пацієнтки гепатомегалія супроводжувалася незначним порушенням функції печінки, помірною жовтяницею. Нормалізація розмірів печінки і селезінки відбувалася аж після 3-го тижня хвороби.

У 3 (9,0 %) хворих на інфекційний мононуклеоз на 5-10-у добу з'являлося макулопапульозне або уртикарне висипання, яке утримувалося упродовж 1-3 днів і безслідно зникало.

В усіх пацієнтів діагноз підтверджували виявленням атипових мононуклеарів, число яких перевищувало 10 % від усіх лейкоцитів. Збільшення числа лімфоцитів, що іноді досягало 70 % від загального числа лейкоцитів, встановлене у 21 (63,6 %) хворого, а підвищення ШОЕ – у 19 (57,5 %) осіб (максимальне значення – 44 мм/год (рис. 3.3).

Як видно з таблиці 3.2, у розпал інфекційного мононуклеозу встановили лейкоцитоз – $(10,48 \pm 1,54)$ Г/л крові. Після 2 тиж. лікування число лейкоцитів наближалось до норми. Кількість атипових мононуклеарів (віроцитів) знижувалася від $(14,30 \pm 2,33)$ % при ушпиталенні до $(6,50 \pm 0,80)$ % після лікування. Попри зазначену динаміку, мононуклеарна реакція зберігається. Як впливає з літературних джерел, цей феномен може зберігатися протягом 3-6 міс. і, навіть, декількох років [3, 7, 155, 190, 205].

Швидкість осідання еритроцитів після лікування знижувалася від $(26,5 \pm 10,5)$ до $(15,4 \pm 2,2)$ мм/год, тобто наближалася до норми.

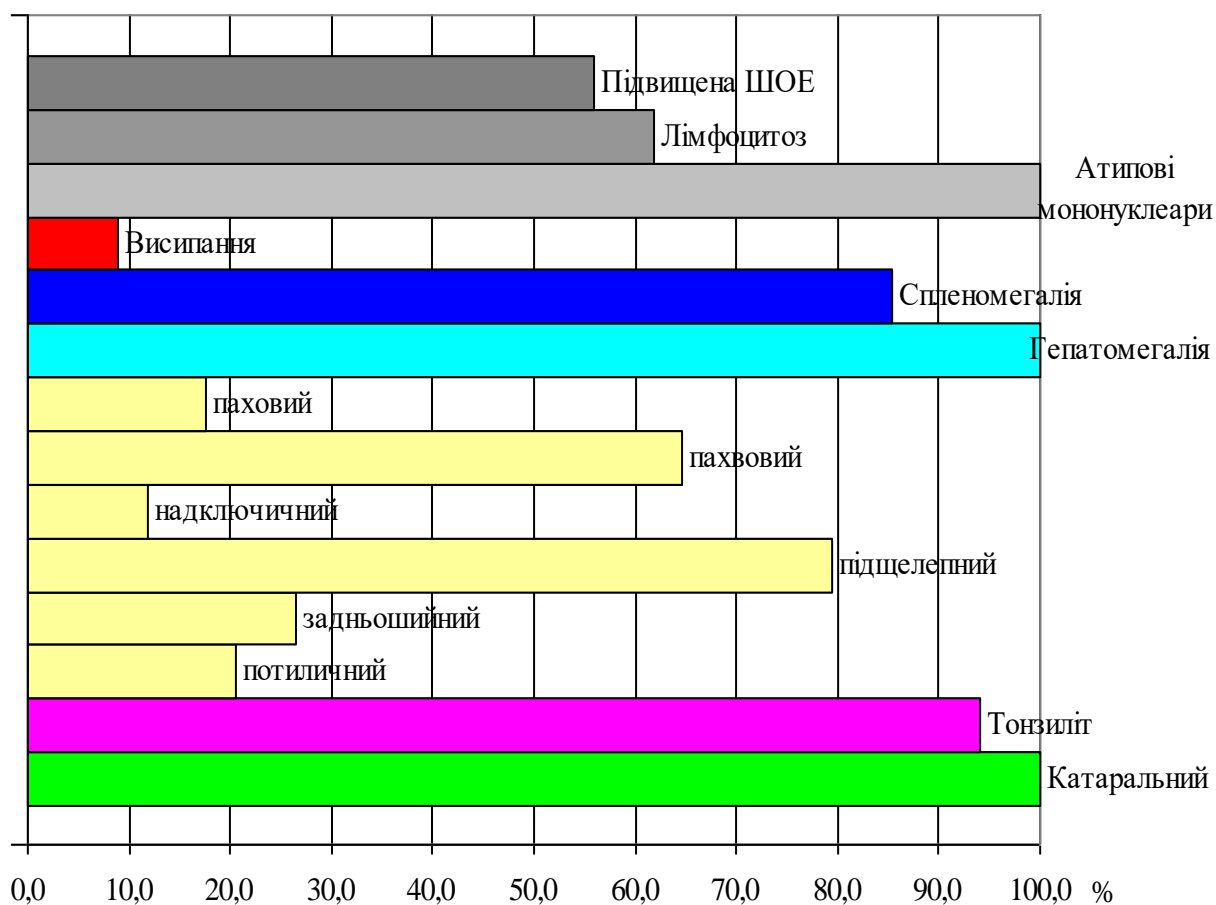


Рис. 3.3. Частота окремих симптомів у хворих на інфекційний мононуклеоз.

Усі хворі отримували лише загальноприйнятну базисну терапію, що включала антибактерійні, дезінтоксикаційні, симптоматичні та імуномодулювальні препарати. В 1 особи інфекційний мононуклеоз ускладнився паратонзилітом, а ще в 1 пацієнта – паратонзиллярним абсцесом. У решти мононуклеоз минув без резидуальних явищ.

Генітальний герпес – одна з найбільш поширених форм герпетичної інфекції – займає, за даними ВООЗ, 3-є місце серед інфекцій, що передаються статевим шляхом, поступаючись за частотою лише гонорейі і негонококовим уретритам [41, 79].

Обстежили 21 хворого (11 чоловіків і 10 жінок) з генітальним герпесом віком від 21 до 38 років. У 12 хворих був тяжкий ступінь недуги з частотою

рецидивування не менше 1 разу в місяць, у 6 – середній ступінь тяжкості з рецидивами 4-6 разів на рік, 3 хворих мали латентну форму інфекції.

Таблиця 3.2

**Динаміка лабораторних показників крові у хворих на інфекційний
мононуклеоз (M±m)**

Показник	До лікування	Після лікування
Еритроцити, Г/л	4,54±0,20	4,60±0,19
Гемоглобін, г/л	135,6±5,7	138,3±6,2
Лейкоцити, Г/л	10,48±1,54	8,66±0,76
еозинофільні, %	2,27±0,44	2,34±0,47
паличкоядерні, %	3,23±0,54	4,86±0,25
сегментоядерні, %	15,11±3,22	34,50±2,22
лімфоцити, %	59,24±2,18	45,33±2,97
моноцити, %	3,15±0,91	6,47±1,85
віроцити, %	14,30±2,33	6,50±0,80
ШОЕ, мм/год	26,5±10,5	15,4±2,2

У венозній крові методом ІФА визначали IgM та IgG до Herpes simplex virus type 1, 2, а також до Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis і Ureaplasma urealiticum. У мазках з уретри чи цервікального каналу методом ПЛР шукали генетичний матеріал цих же збудників. За допомогою мікроскопії нативного матеріалу визначали гриби роду Candida.

У ході обстеження в 10 з 12 хворих з тяжким ступенем генітального герпесу були виявлені супутні умовно-патогенні збудники. Зокрема 1 із зазначених видів бактерій встановлено у 5 осіб, 2 і 3 – у 2 пацієнтів, 4 – в 1 хворого. При середньому ступеню їх знаходили відповідно в 3 із 6 осіб (в 1 особи – 1 і ще в 2 – 2 види збудників), а при латентному генітальному герпесі супутніх урогенітальних інфекцій не виявляли (табл. 3.3).

Важливо відзначити, що більше 3 видів супутніх генітальному герпесу бактерій вдавалося виділити тільки при тяжкому ступеню герпетичної інфекції. Причому найчастішими супутніми патогенами були хламідії

(в 7 випадках з усіх 4 комбінацій), мікоплазми та уреоплазми – відповідно в 5 і 6 випадках, гриби роду *Candida* – в 3 випадках.

У тих хворих, в яких виявлено супутні умовно-патогенні мікроорганізми, клінічні прояви генітального герпесу були яскравішими.

Таблиця 3.3

**Частота виділення супутніх умовно-патогенних мікроорганізмів
у хворих з різним ступенем тяжкості генітального герпесу
(абсолютна кількість осіб)**

Ступінь тяжкості герпесу	Кількість видів супутніх патогенів				
	0	1	2	3	4
Тяжкий (n=12)	2	4	2	3	1
Середній (n=6)	3	2	1		
Латентний (n=3)	3				

Таким чином, встановлення частоти супутніх умовно-патогенних збудників при генітальному герпесі має не лише діагностичне, але й прогностичне значення у встановленні ступеня тяжкості основного захворювання. Кореляції між тяжкістю генітального герпесу і наявністю певного виду збудника встановити не вдалося.

ВІЛ-інфекція

Чернівецька область належить до регіонів з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції і розвиток епідемічного процесу протягом багатьох років залишається повільним, про що свідчать підсумкові рангові місця територіальної рейтингової оцінки останніх років, які посідала ця область (перші рангові місця присвоюються територіям з найменшими значеннями), а саме в 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 рр. – 2-е, 1-е, 2-е, 5-е, та 2-е відповідно. Тут необхідно підкреслити, що рейтингова оцінка територій проводилася за статичними показниками, які характеризують інтегральну оцінку епідемічного процесу (крім показника охоплення диспансеризацією). Починаючи з 2014 року таку оцінку фахівці ДУ «Український центр з контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» не здійснювали.

Аналіз показав, що відповідні для епідпроцесу умови створювалися поволі. Одна з них – щорічне зростання кількості осіб, які вживали наркотичні речовини. Достатньо було «випадкового» занесення в середовище молодих споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) контамінованого матеріалу, як ланцюгова реакція стала безконтрольною. Дуже скоро на тлі парентерального механізму інфікування став помітно зростати і статевий.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1994 р. і до 01.01.16 р. включно, в Чернівецькій області офіційно зареєстровано 1 513 випадків ВІЛ-інфекції (всього в Україні – 280 297), у тому числі 426 випадків захворювання на СНІД (в Україні – 83 421), 331 дитина народилася від ВІЛ-інфікованих жінок (в Україні – 47 016), 177 людей померли від СНІДу (в Україні – 38 128).

Станом на 01.01.16 р. під медичним наглядом у Чернівецькому обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом (ЧОЦПБС) перебувало 833 ВІЛ-інфіковані особи, з них 238 хворих на СНІД.

У 2015 році у ЧОЦПБС 98 особам вперше в житті встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція».

Виявлену епідемічну ситуацію порівняли з поширеністю ВІЛ-інфекції в сусідніх областях: Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій. Помічена наступна схожість епідемічної ситуації: до 2010 р. поширення ВІЛ-інфекції було доволі «активним», а у 2014-2015 рр. ситуація з поширенням ВІЛ-інфекції, захворюваності та смертності від СНІДу серед населення дещо стабілізувалася (табл. 3.4).

Згідно з наказом МОЗ України від 22.12.2015 р. № 887 «Про затвердження змін до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», ранній початок ВААРТ є клінічно доцільним і клінічно обґрунтованим.

Таблиця 3.4

Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію у деяких областях й Україні в

цілому протягом 2013-2015 рр.

Регіон	2013 рік			2014 рік			2015 рік		
	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис. нас.	темп приросту, %
Чернівецька область	108	11,9	-0,9	114	12,8	+7,4	98	10,8	-14,0
Івано-Франк. область	92	6,3	-1,5	71	6,1	-1,7	76	7,2	+18
Тернопільська область	98	5,3	-1,7	56	5,2	-1,8	62	5,9	+14
Хмельницька область	113	7,0	-1,2	83	6,9	-1,1	87	7,4	+19
Україна	21 631	47,8	+4,3	19 441	43,0	-10,1	15 808	36,9	-18,7

ВААРТ рекомендується всім ВІЛ-інфікованим з метою зниження ризику прогресування захворювання та профілактики передачі ВІЛ, незалежно від кількості CD⁴⁺ Т-лімфоцитів. Основними пріоритетними клінічними показаннями до призначення ВААРТ є наявність будь-якого СНІД-індикаторного захворювання (IV клінічна стадія) або ВІЛ-асоційованого захворювання/стану та/або зменшення кількості CD⁴⁺ Т-лімфоцитів менше 500 клітин/мкл. Впровадження широкомасштабної ВААРТ вплинуло на зниження показника «кількість осіб, які зняті з диспансерного обліку за причиною – смерть від СНІДу». Це є першим вагогим доказом позитивного впливу впровадження ВААРТ. В області, порівняно з Україною, реєструються низькі показники смерті від СНІДу (табл. 3.5). Серед 20 померлих ВІЛ-інфікованих хворих за 2015 р. у Чернівецькій області 13 осіб перебували у четвертій клінічній стадії. Відповідно, ці люди не встигли вчасно отримати ВААРТ, що, без сумніву, пов'язано з песимістичним прогнозом. Основною причиною смерті був легеневий туберкульоз (11 випадків).

Таблиця 3.5

**Смертність від СНІДу у Чернівецькій області й Україні в цілому
протягом 2013-2015 рр.**

Регіон	2013 рік			2014 рік			2015 рік		
	абс. Числ о	на 100 тис .	темп приро сту, %	абс. Числ о	на 100 тис.	темп приро сту, %	абс. числ о	на 100 тис.	темп приро сту, %
Чернівець ка область	10	1,1	-16,7	13	1,4	+30,0	11	1,2	-15,0
Україна	2 576	5,6	-11,7	2 368	5,2	-8,1	2 118	4,9	-10,6

У результаті аналізу причин смертності виявлено наступне: 2 ВІЛ-інфікованих осіб отримували ВААРТ, 2 – «терапію відчаю» (до 1 місяця), 7 – не отримували жодного лікування. За рекомендаціями ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» в області постійно проводиться звірка даних з управлінням статистики Чернівецької обласної держадміністрації щодо кількості осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом, та комісійний розбір кожного випадку смерті, зареєстрованого у центрі СНІДу.

Станом на 01.01.16 р. ВААРТ отримує 423 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 331 – дорослі та 92 – діти (0-14 років). Смертність серед людей, які отримують ВААРТ в 5-6 разів нижча, порівняно з пацієнтами, які її не отримують.

На сьогодні в області 76 споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) перебувають на замісній підтримуючій терапії (ЗПТ) в обласному наркологічному диспансері, з них 17 % зі статусом ВІЛ, та 15 % СІН – які отримують ЗПТ/ВААРТ. Із 76 СІН 40 % мають хронічний гепатит С, 6 % – хронічний гепатит В, 14 % – легеневий туберкульоз.

Інфікування ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (обстежені первинно) становить 0,10 %. Цей показник достатньо точно відображає інфікування загального населення. А показник «інфікування ВІЛ серед вагітних» за кодом 109.2 (обстежені повторно) становить 0,0 %. Це свідчить про повільні темпи поширення інфекції серед населення області.

Цей факт дає можливість наблизитись до загальнодержавного показника – 2 % рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

У 2015 р. в Чернівецькій області загальна кількість осіб, які отримали дотестове консультування становила 70 588 (індивідуальних і групових); кількість осіб, які пройшли обстеження на ВІЛ – 61 246 (громадяни України, іноземні громадяни); кількість осіб, які отримали післятестове консультування – 64 512 (91,4% від кількості осіб, які отримали дотестове консультування). Загальна кількість проведених консультувань у порівнянні з 2014 роком зменшилась на 10,6 %.

Світовий досвід свідчить, що СІН найбільш уразливі до ВІЛ, і поширення інфекції серед них відбувається з найбільшою швидкістю. Треба визнати, що в умовах концентрованої стадії епідемії вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні відіграють масштаби та якість заходів з профілактики серед осіб із груп населення високого ризику інфікування ВІЛ та серед їхніх статевих партнерів.

Задля реалізації заходів, спрямованих на запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції серед осіб із груп високого ризику інфікування, за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні в місті працюють такі неурядові організації: Чернівецький міський благодійний фонд «Нова сім'я», Чернівецька обласна громадська організація «Люди Буковини», НУО «ЛЖВ». Ці організації втілюють профілактичні проекти серед споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, залучених до секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, дітей вулиці, людей, які живуть з ВІЛ.

Як і в усьому світі, в загальній структурі ВІЛ-інфікованих у 2015 р. у Чернівецькій області переважають чоловіки – 67,0 % (рис. 3.4).

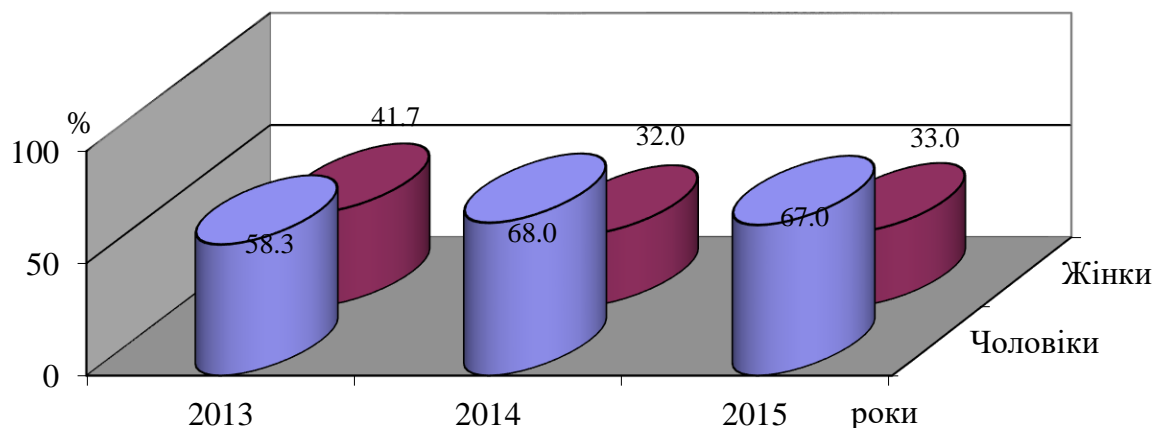


Рис. 3.4. Співвідношення ВІЛ-інфікованих у Чернівецькій області за статтю.

Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 р. до 2005 р. включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Після 2005 р. відбулася зміна шляхів передачі з перевагою статевого. На сьогодні відсоток осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом, зріс до 69,4 %. Частка СІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції становить 12,2 % (рис. 3.5).

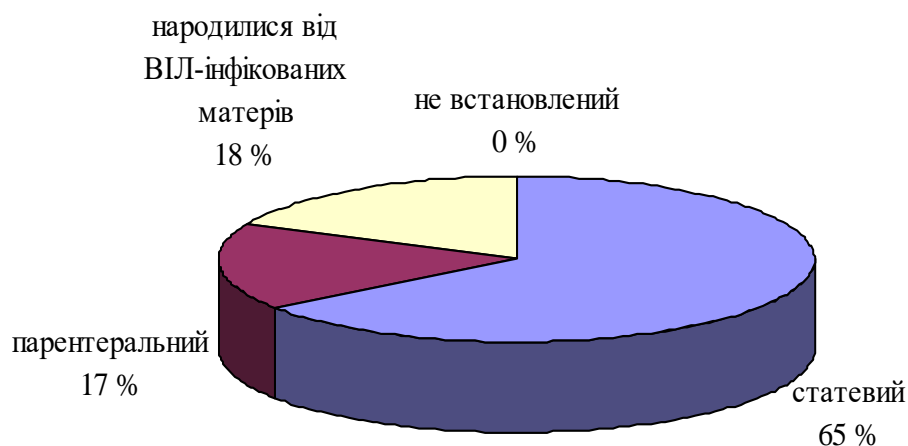


Рис. 3.5. Розподіл ВІЛ-інфікованих за шляхами зараження у 2015 р.

При аналізі динаміки вікового розподілу нових випадків ВІЛ-інфекції за 2015 р. у Чернівецькій області встановили, що переважає вікова група 25-

49 років – 66 %, переважно це чоловіки. Це говорить про те, що в епідемічний процес залучені люди найбільш працездатного і репродуктивного віку, що дуже скоро може призвести до посилення і загострення негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. Слід відзначити, що реєструються нові випадки ВІЛ-інфікування й серед осіб після 50 років – 10 випадків (10 %), випадки ВІЛ-інфікування у молодому віці 18-24 роки – 6 людей (рис. 3.6).

Проведений аналіз епідемічної ситуації в Чернівецькій області дозволяє констатувати її високу напруженість. Про це, передусім, свідчать лабораторні дані про рівень ураженості багатьох соціально-демографічних груп населення вірусом імунодефіциту людини. Відсутність надійних засобів профілактики, недоступність ефективних засобів лікування сприяють швидкому накопиченню джерел інфекції і концентрації їх в різних верствах населення (особливо серед осіб, віднесених до так званих «груп ризику»).

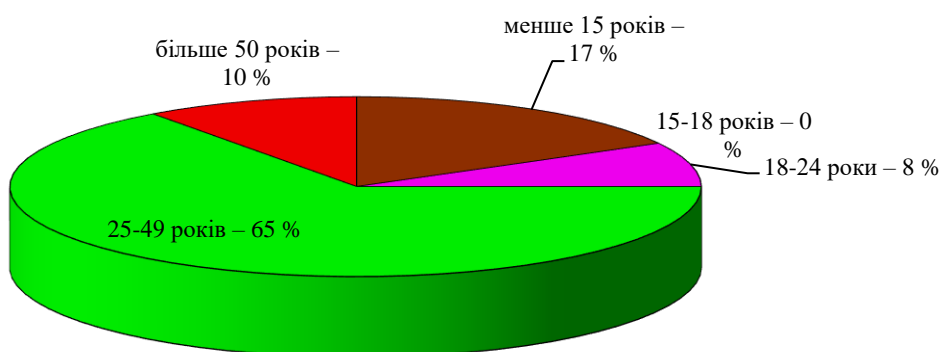


Рис. 3.6. Розподіл нових випадків ВІЛ-інфікування в 2015 р. за віком.

Зростання пристрасті молодого покоління до наркотичних препаратів, зниження морально-етичних норм в сексуальному житті ще більше обтяжують песимістичний прогноз, оскільки обидва ці фактори здатні різко посилити природний хід епідемічного процесу.

Таким чином, розвиток епідемії ВІЛ-інфекції випереджає темпи заходів, спрямованих на її запобігання. З огляду на вирішення проблеми ВІЛ як політико-соціальної проблеми, Чернівецькій області вдалося домогтися суттєвого успіху у стабілізації епідемії. Та кількість нових випадків ВІЛ-інфекції все ж таки зростає. В області на сьогодні є невирішені питання, зокрема недостатня кількість кваліфікованих працівників з надання перед- та післятестового консультування.

3.3 Поєднання ВІЛ- та герпесвірусної інфекції

Поєднаний перебіг герпесвірусної інфекції та ВІЛ-інфекції встановлено у 67 хворих.

За соціальним складом більшість пацієнтів належала до категорії соціально неадаптованих: не вчилися і не працювали (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Соціальний статус обстежених ВІЛ-інфікованих хворих з герпесвірусною інфекцією

Категорія хворих	Всього	
	абс. число	%
Працюють	22	32,8
Не працюють	38	56,8
У тому числі інваліди	7	10,4

Перелік супутніх захворювань і їх частота при різних клінічних стадіях ВІЛ-інфекції висвітлені в підрозділі 2.1.

Так, клінічна маніфестація герпесвірусної інфекції, спричиненої ВПГ-1 і/або 2, є однією з найчастіших. На їх частку припадає від 4,3 і 2,1 % відповідно при I-II клінічних стадіях до 28,6 % при IV стадії ВІЛ-інфекції. Поєднання зазначених вірусів герпесу встановлене в 1,1-19,0 % хворих. Важливо відзначити не тільки суттєве почастищення HSV-інфекції при прогресуванні імунодефіциту, але й той факт, що при IV стадії ВІЛ-інфекції

спостерігається не тільки клінічна маніфестація лабіального і/чи генітального герпесу, але й безперервні його рецидиви (див. табл. 2.3).

При проведенні кореляційного аналізу результатів первинного обстеження виявлено тісний позитивний зв'язок між частотою супутнього генітального чи лабіального герпесу і прогресуванням (клінічною стадією) імунодефіциту ($r=0,29-0,36$). Оперізувальний герпес діагностували в 4,3 % хворих у I-II клінічних стадіях і в 50,0 й 52,4 % випадків при III і IV стадіях імунодефіциту. Важливо, що, як і при HSV-інфекції, спостерігали не тільки кількісні, але й якісні зміни симптоматики VZV-інфекції, зокрема при III і IV стадіях ВІЛ-інфекції часті рецидиви оперізувального герпесу призводили до формування «герпетичної мітки». Встановили таку ж слабку і середньої сили пряму кореляцію між частотою оперізувального герпесу і клінічною стадією імунодефіциту ($r=0,27-0,33$, $P<0,05$).

Інфекційний мононуклеоз, етіологічним фактором якого є EBV, CMV чи інші представники родини Herpesviridae, реєстрували у 3,2-8,3-9,5 % хворих. Щоправда, варто відзначити, що достовірно діагностувати цю клінічну форму герпетичної інфекції у хворих на ВІЛ-інфекцію у край складно, оскільки клінічна симптоматика цих нозологічних форм може бути дуже схожа, а рутинні лабораторні дані при імунодефіциті часто мінливі й непереконливі.

Проаналізувавши супутні захворювання у хворих на ВІЛ-інфекцію окремо і в поєднанні з герпесвірусними інфекціями, зумовленими HSV1/2, VZV і/або EBV, встановили, що найчастішими супутніми захворюваннями в обох порівнюваних групах, незалежно від клінічної стадії ВІЛ-інфекції, була хронічна HCV-інфекція, але у ВІЛ-інфікованих з проявами герпесвірусних інфекцій дещо частіше виявлялися уrogenітальні інфекції. Зокрема, за наявності такої комбінації при I-II клінічній стадії імунодефіциту уrogenітальні інфекції були частішими – $(23,1\pm 9,7)$ проти $(4,9\pm 2,4)$ % ($P<0,05$). При глибшому імунодефіциті можна говорити лише про тенденцію до зазначених змін (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Порівняльна характеристика супутніх захворювань у хворих на ВІЛ-інфекцію окремо і в поєднанні з герпесвірусними інфекціями

Захворювання	Клінічна стадія ВІЛ-інфекції											
	І-ІІ				ІІІ				ІV			
	ВІЛ-інфекція, n=81		ВІЛ-інфекція + супутні герпесвірусні інфекції, n=13		ВІЛ-інфекція, n=7		ВІЛ-інфекція + супутні герпесвірусні інфекції, n=17		ВІЛ-інфекція, n=5		ВІЛ-інфекція + супутні герпесвірусні інфекції, n=16	
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%
Хронічна HCV-інфекція	25	30,9±5,1	4	30,8±12,8	2	28,6±17,1	5	29,4±11,0	1	20,0±17,9	5	31,3±11,6
Хронічна HBV-інфекція	10	12,3±3,6	2	15,4±10,0	1	14,3±13,2	3	17,6±9,2	1	20,0±17,9	3	18,8±9,8
у т.ч. мікст-гепатит В+С	7	8,6±3,1	1	7,7±7,4	1	14,3±13,2	1	5,9±5,7	1	20,0±17,9	1	6,3±6,1
Тяжкі бактерійні інфекції	8	9,9±3,3	1	7,7±7,4	1	14,3±13,2	3	17,6±9,2	1	20,0±17,9	3	18,8±9,8
Туберкульоз легень	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	1	20,0±17,9	2	12,5±8,3
ВІЛ-асоційована енцефало- та кардіоміопатія	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	3	18,8±9,8
Урогенітальні інфекції	4	4,9±2,4	3	23,1±9,7*	1	14,3±13,2	4	23,5±10,3	1	20,0±17,9	4	25,0±10,8

Примітка. * – достовірна різниця порівняно з хворими на ВІЛ-інфекцію без супутніх герпесвірусних інфекцій у межах групи (P<0,05).

Очевидно, наведені дані можуть бути доказом того, що віруси герпесу здатні індукувати активність ВІЛ.

Резюме

На підставі аналізу структури герпесвірусних інфекцій серед усіх ушпиталених хворих в стаціонари Чернівецької області за 6 років (2010-2015 рр.) встановили, що частота вітряної віспи зменшилася більше, ніж у 3 рази. Натомість частота оперізувального герпесу у дорослих зросла майже в 2 рази, а інфекційного мононуклеозу – в 5 разів. Отже, за кількістю госпіталізованих хворих з герпесвірусною інфекцією, відбувається постійний перерозподіл циркуляції герпесвірусів у дорослого населення.

На сучасному етапі клінічна картина оперізувального герпесу, інфекційного мононуклеозу та генітального герпесу залишається типовою. Водночас генітальний герпес часто супроводжували хламідійна, мікоплазмова і/чи уреоплазмова інфекції. У тих хворих, в яких виявлені зазначені збудники, клінічні прояви генітального герпесу були яскравішими.

Проаналізували поширеність ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області, де розвиток епідемічного процесу протягом багатьох років залишається повільним. На Буковині, як і в сусідніх областях, до 2010 р. поширення ВІЛ-інфекції було доволі «активним», в 2010 р. намітилося помірне зниження захворюваності. Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 р. до 2005 р. включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Після 2005 р. відбулася зміна шляхів передачі з перевагою статевого.

При вивченні особливостей поєднання ВІЛ- та герпесвірусної інфекції виявили позитивний зв'язок між частотою супутнього генітального чи лабіального герпесу та прогресуванням (клінічною стадією) імунодефіциту ($r=0,29-0,36$) і пряму кореляцію між частотою оперізувального герпесу і клінічною стадією імунодефіциту ($r=0,27-0,33$, $P<0,05$).

За наявності комбінації ВІЛ- і герпесвірусних інфекцій при I-II клінічній стадії імунодефіциту урогенітальні інфекції (хламідії, мікоплазми, уреоплазми, гриби роду *Candida*) були достовірно частішими – $(23,1 \pm 9,7)$ проти $(4,9 \pm 2,4)$ % ($P < 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азовцева О. В. Клинико-патогенетическое и прогностическое значение изменений иммунного статуса и антиоксидантной системы у больных герпес- и ВИЧ-инфекцией : автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.10 «Инфекционные болезни» / О. В. Азовцева. – Великий Новгород, 2005. – 20 с.
2. Анализ клинических особенностей инфекционного мононуклеоза у взрослых в современных условиях / В. А. Терешин, Я. А. Соцкая, О. В. Круглова, Я. Л. Юган // Український медичний альманах. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 162-164.
3. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук [та ін.]. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/ СНІД в Україні». – 2012. – 68 с.
4. Андрейчин М. А. Проблема ВІЛ-інфекції в Україні і участь лікарів загальної практики – сімейної медицини в її вирішенні // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 4. – С.7-12.
5. Андрейчин М. А. Современная комбинированная терапия герпетических инфекций / М. А. Андрейчин, Н. Г. Завиднюк // Инфекционные болезни. – 2006. – № 2. – С.90-93.
6. Андрейчин М. А. Цитокиновый профиль і дисфункція ендотелію у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД при супутніх хронічних гепатитах В та С / М. А. Андрейчин, В. С. Копча, В. Л. Носко // Гепатологія. – 2011. – № 4. – С. 20-28.
7. Бардова Е. А. Герпетическая инфекция: патогенез, клиника, лечение / Е. А. Бардова // Medix Anti – Agent. – 2011. – № 2 (20). – С. 44-50.

8. Белова Е. Г. Герпесвирусы 6, 7, 8-го типов / Е. Г. Белова, Т. К. Кускова // Лечащий врач. – 2006. – № 2. – С. 76-79.
9. Богадельников И. В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей / И. В. Богадельников. – Симферополь, 2009. – 689 с.
10. Богадельников И. В. Роль герпесвирусной инфекции в организме человека / И. В. Богадельников // Сучасні медичні технології. – 2009. – № 3. – С. 57-61.
11. Богомолов Б. П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика / Б. П. Богомолов. – М. : Ньюдиамед, 2007. – 524 с.
12. Вершинина М. Ю. Регуляция активности мРНК цитокинов интерфероном и его индукторами / М. Ю. Вершинина, А. Н. Наровлянский, П. Г. Дерябин // Russian J. Immunol. – 2002. – № 2. – Р. 161-166.
13. Вершинина М. Ю. Клеточная чувствительность к интерферону и активность цитокинов при инфекции, вызванной вирусом гепатита С : дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.10 «Инфекционные болезни» / М. Ю. Вершинина. – М., 2002. – С. 25-36.
14. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин; под общ. ред. В. В. Покровского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2003. – 488 с.
15. ВІЛ/СНІД: боротьба з поширенням епідемії триває [Електронний ресурс]. – Режим доступу : uoz.dp.ua.
16. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / Київ, 2014. – № 42. – 95 с.
17. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / Київ, 2015. – № 43. – 112 с.
18. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / К., 2016. – № 46. – 38 с.
19. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби : У 3 т. / Ж. І. Возіанова. – Київ: Здоров'я, 2002. – Т. 2. – 658 с.
20. Всесвітній день пам'яті людей, померлих від СНІДу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : medical.city.kharkov.ua/19-travnya-2013-roku.

21. Галегов Г. А. Лекарственная терапия герпесвирусной инфекции: фундаментальные аспекты и современные клинические достижения / Г. А. Галегов // *Consilium Medicum*. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 240-243.

22. Герпес (этиология, диагностика, лечение) / И. Ф. Баринский, А. К. Шубладзе, А. А. Каспаров, В. И. Гребенюк. – М. : Медицина, 2006. – 272 с.

23. Герпес. Роль в патологии человека. Противовирусные средства / Под ред. Л. А. Панченко. – Харьков : Планета-Print, 2014. – 204 с.

24. Герпетическая инфекция [Электронный ресурс] / В. В. Лебедев, Л. А. Никулин, О. К. Александрова, В. В. Сивак, Е. В. Боровикова. – 2016. – Режим доступа: <http://www.infectology.ru/ruk/herpes/index.aspx>.

25. Герпетична інфекція у структурі ВІЛ-асоційованих захворювань / В. Д. Москалюк, М. О. Соколенко, О. І. Голяр, Х. І. Возна, С. С. Кривецька // 96-а підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, 16, 18, 23 лютого 2015 р. : матеріали конф. – Чернівці, 2015. – С. 259-260.

26. Герпес-вірусна інфекція [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://secretofhealth.kiev.ua/index.php/khvoroby/infektsiini-khvoroby/65-herpes-virusna-infektsiia>.

27. Голубовська О. А. Інфекційний мононуклеоз у дорослих: особливості перебігу, діагностика, принципи лікування : Методичні рекомендації / О. А. Голубовська, О. А. Гудзенко, А. М. Глей. – Київ, 2014. – 32 с.

28. Голубовська О. А. Клініко-лабораторні особливості перебігу коінфекції туберкульозу та хронічного гепатиту С у ВІЛ-інфікованих / О. А. Голубовська, В. І. Петренко, А. В. Шкурба, М. М. Сукач // *Медична наука України*. – 2015. – № 3-4. – С. 50-55.

29. Гриневич Ю. А. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных / Ю. А. Гриневич, А. Н. Алферова // *Лабораторное дело*. – 1981. – № 8. – С. 493-496.

30. Денисенко О. І. Особливості комплексного лікування хворих на вульгарні вугри на тлі коморбідної інфекції, викликаной

вірусами простого герпесу I та II типів (друге повідомлення) / О. І. Денисенко, Н. О. Волошина, В. Д. Москалюк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – № 3. – С. 24-30.

31. День ВИЧ/СПИД – Голос Америки [Електронний ресурс].
– Режим доступу : www.golos-ameriki.ru/content/article/1556153.html.

32. Дуда А. К. Клинические формы хронической Эпштейна - Барр вирусной инфекции: вопросы современной диагностики и лечения / А. К. Дуда, Р. О. Колесник, Н. В. Окружнов, В. А. Бойко // Актуальна інфектологія. – 2015. – № 1(6). – С. 15-20.

33. Дуда А. К. Применение противовирусного препарата нового поколения Аллокин-альфа в терапии социально значимых вирусных инфекций / А. К. Дуда, Л. П. Коцюбайло, Н. В. Окружнов // Актуальна інфектологія. – 2014. – № 4(5). – С. 16-41.

34. Епідеміологічна характеристика ВІЛ-інфекції на Буковині / В. Д. Москалюк, М. О. Соколенко, Ю. М. Лесюк, А. А. Соколенко, С. С. Кривецька, М. О. Андрущак // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 4(82) – С. 16-20.

35. Ефективність монотерапії препаратом Протефлазид при лікуванні хворих на хронічну EBV – вірусну інфекцію в стадії реактивації / В. В. Чоп'як, Г. О. Потьомкіна, І. В. Вальчук, Л. М. Білянська, Л. О. Войнович, Л. М. Солоп // Імунологія та алергологія. – 2008. – №1. – С. 3-9.

36. Ершов Ф. И. Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях: Руководство для врачей / Ф. И. Ершов, М. Г. Романцов. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 363 с.

37. Ершов Ф. И. Интерфероны та їх індуктори (від молекул до ліків) / Ф. И. Ершов, О. І. Кисельов. – М. : «ГЕОТА-Медіа». – 2005. – 368 с.

38. Живиця Д. Г. Діагностична значимість визначення антитіл до збудників опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих залежно від ступеня імунодефіциту та стадії захворювання / Д. Г. Живиця // Інфекційні хвороби. – 2009. – №3 (57). – С. 22-25.

39. Жизненный цикл ВИЧ-инфекции Johns Hopkins AIDS Service [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.thebody.com/content/art12096.html.

40. Загальне поняття про захворювання. Етіологія та епідеміологія СНІДу [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://likar.uz.ua/hvorobisnid.html>.

41. Иммунопатогенез и лечение генитального герпеса и хламидиоза : Руководство для врачей / [В. А. Исаков, Г. С. Архипов, Ю. В. Аспель и др.]. – Новгород : СПб, 2009. – 150 с.

42. Исаков В. А. Герпесвирусные инфекции человека / В. А. Исаков, Е. И. Архипова, Д. В. Исаков. – СПб. : СпецЛит, 2006. – 304 с.

43. Исаков В. А. Патогенез и лабораторная диагностика герпеса : Руководство для врачей / В. А. Исаков, В. В. Борисова, Д. В. Исаков. – СПб. : Лань, 1998. – 205 с.

44. Исаков В. А. Противовирусная терапия герпеса у больных с иммунодефицитами / В. А. Исаков, М. М. Сафронова, Ю. В. Аспель // Terra Medica. – 2009. – № 2. – С. 12-14.

45. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М. А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 500 с.

46. Інфекційні хвороби: підручник / За ред. О. А. Голубовської. – Київ: ВСВ «Медицина», 2012. – 728с. + 12 кольор. вкл.

47. Казмірчук В. Є. Клінічна імунологія та алергологія / В. Є. Казмірчук, Л. В. Ковальчук. – Вінниця : Нова книга, 2006. – 526 с.

48. Карт-Бланш. Число умерших от СПИДа в России непрерывно растет... [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.ng.ru/health/2013-05-17/3_kartblansh.html.

49. Клесс Г. М. Изменения иммунного статуса под влиянием герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом / Г. М. Клесс, А. Д. Касьянов // ВИЧ/СПИД и подобные проблемы. – 1997. – № 1. – С. 189.

50. Клинико-лабораторная оценка терапевтической эффективности и безопасности иммуномодулирующего препарата Аллоферон при остром гепатите В / С. Г. Чешик, Т. В. Шкурко, А. В. Козлова [и др.] // Сборник тезисов VI Российского съезда врачей-инфекционистов. – М., 2003. – С. 24.

51.Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків [Електронний ресурс] / Затверджено наказом МОЗ України № 551 від 12.07.2010 р. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=10972>.

52.Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків [Електронний ресурс] / Затверджено наказом МОЗ України № 182 від 13.04.2007 р. – Режим доступу: <http://aiddu.org.ua/wp-content/uploads/2013/12/Klinichniy-protokol-diagnostiki-i-likuvanni-oputrunistichih-zahvoryuvn-pri-VIL.pdf>.

53.Клінічний протокол про порядок проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію [Електронний ресурс] / Затверджено наказом МОЗ України № 415 від 09.08.2005 р. – Режим доступу: <http://ucdc.gov.ua/uploads/files/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA%20%D0%94%D0%9A%D0%A2%2005.12.2005.pdf>.

54.Крамарєв С. О. Герпесвірусні інфекції, викликані герпесвірусами 6, 7 і 8 типів / С. О. Крамарєв // Газета "Здоров'я України". – 2006. – № 19/1.

55.Крамарєв С. О. Хронічні форми Епштейна-Барр вірусної інфекції у дітей: сучасні підходи до діагностики та лікування / С. О. Крамарєв, О. В. Виговська // Современная педиатрия. – 2008. – Т. 2, №19. – 103-108.

56.Кузник Б. И. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма / Б. И. Кузник, Н. В. Васильев, Н. Н. Цыбиков. – М. : Медицина, 1999. – 568 с.

57.Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев : МОРИОН, 2000. – 320 с.

58.Макаренко В. Д. Герпесвирусная инфекция: мифы и реалии (обзор) / В. Д. Макаренко // Анналы Мечниковського інституту. – 2015. – № 1. – С. 8-13.

59.Марієвський В. Ф. Визначення перспективних напрямків протидії

ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації / В. Ф. Марієвський, С. І. Доан // Інфекційні хвороби. – 2013. – № 4. – С. 17-22.

60. Матейко Г. В. Герпесвірусні інфекції: раціональні підходи до лікування та діагностики / Матейко Г. В. // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 10 (74). – 2013. – С. 60-67.

61. Международные рекомендации по лечению коинфекции ВИЧ и гепатита С [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www. Roche.ua/ru-UA/home/healthy/viruses/ghepatit3.html>.

62. Меленко С. Р. Клінічна характеристика ВІЛ-інфекції/СНІДу на Буковині / С. Р. Меленко, В. Д. Москалюк // Сучасні інфекції. – 2010. – № 3. – С. 35-39

63. Миндел А. Генитальный герпес – «забытая эпидемия» // Заболевания, передающиеся половым путем. – 1995. – № 2. – С. 3-10.

64. Миронюк І. С. Застосування інформаційних технологій для вирішення задачі оцінки чисельності представників груп високого ризику інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк, О. Ю. Мулеса // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3 (57). – С. 55-63.

65. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2010). Річний звіт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2010_ukr_preview.pdf.

66. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (2011). Річний звіт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/ag_2011_preview.pdf.

67. Молодь – найбільш вразлива до ВІЛ група населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.unfpa.org.ua/news/210.html.

68. Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Оперативна інформація про епідемічну ситуацію з ВІЛ/СНІДу в м. Києві станом 01.07.2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kmcs.org.ua>.

69. Москалюк В. Д. ВІЛ-інфекція/СНІД / В. Д. Москалюк, С. Р. Меленко. – Чернівці : БДМУ, 2012. – 190 с.

70. Москалюк В. Д. Епідеміологічна характеристика герпесвірусної інфекції на Буковині протягом 2010-2014 рр. / В. Д. Москалюк,

М. О. Соколенко // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 1 (79) – С. 25-28.

71. Москалюк В. Д. Імунний статус хворих з герпетичною інфекцією на фоні ВІЛ-інфекції/СНІДу / В. Д. Москалюк, М. О. Соколенко, В. Д. Сорохан // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 2 (80). – С. 31-37.

72. Москалюк В. Д. Епідеміологічна характеристика ВІЛ-інфекції на Буковині / В. Д. Москалюк, М. О. Соколенко, Ю. М. Лесюк та ін. // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 4 (82). – С. 16-20.

73. Наказ МОЗ України від 08.02.2013 року №104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0323-13>.

74. Недужко А. А. Иммунопатогенез ВИЧ-ассоциированных дерматозов α -герпесвирусной этиологии / А. А. Недужко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 1 (48). – С. 68-74.

75. Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновская, И. В. Нгуен [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби). – 2010. – № 3 (11). – С. 14-18.

76. Осипова Л. С. Особенности герпесвирусной инфекции, ее лечение и профилактика в современных условиях / Л. С. Осипова // Укр. мед. вісник. – 2008. – № 5. – С. 64-66.

77. Пат. № 106992 Україна, МПК (2016.1) А 61 Р 31/22. Спосіб лікування часто рецидивуючого оперізувального герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД / М. О. Соколенко, В. Д. Москалюк, А. А. Соколенко – № u 2015 12761; заявл. 23.12.2015; опубл. 10.05.2016, Бюл. № 9.

78. Пауашвили М. Н. Некоторые аспекты герпеса у ВИЧ-инфицированных пациентов / М. Н. Пауашвили, М. Ю. Щелканов // Актуальные проблемы герпесвирусных инфекций. – М., 2004. – С. 106-123.

79. Поздеев О. К. Медицинская микробиология / Под ред. акад. РАМН В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-мед, 2001. – 768 с.
80. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин ; под общ. ред. В. В. Покровского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР Медицина. – 2003. – 488 с.
81. Пригожина В. К. Герпетическая инфекция и СПИД: рекомендации для врачей / В. К. Пригожина, Н. А. Чайка, А. Г. Рахманова. – Л., 2000. – 44 с.
82. Прогнозирование развития инфекций с помощью определения антител к основным компонентам клеточной стенки бактерий / Б. В. Пинегин, А. В. Кулаков, Е. А. Конович, Д. А. Ярилин // Intern. J. Immunoreabilit. – 2005. – № 1. – С. 84.
83. Рахманова А. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника и лечение / А. Г. Рахманова. – СПб, 2000. – 367 с.
84. Рахманова А. Г. Инфекционные болезни: Руководство для врачей общей практики / А. Г. Рахманова, В. К. Пригожина, В. А. Неверов. – М., СПб, 2005. – 302 с.
85. Рейтингова оцінка (UNAIDS), 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : news.finance.ua/ua/~1/0/all/2013/.../313768].
86. Савичук Н. О. Проявление герпесвирусной инфекции в полости рта у детей / Н. О. Савичук // Therapia. Украинский медицинский вестник. – 2009. – № 1 (33). – С. 28-35.
87. Системный цитомегаловирусный васкулит у ВИЧ-инфицированного больного / О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян, С. В. Морозова, В. Г. Канестри // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 31-36.
88. СНІД: шляхи зараження, розвиток, профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу : knowledge.allbest.ru/.../c-3c0b65625a2ad78a4...
89. Современная терапия герпесвирусных инфекций: Руководство для врачей / В. А. Исаков, С. А. Сельков, Л. К. Мошетова, Г. М. Чернакова. – СПб-М., 2004. – 167 с.
90. Соколенко М. О. Вдосконалення лікування хворих на ВІЛ-асоційовану герпетичну інфекцію / М. О. Соколенко // Інфекційні хвороби. – 2015. – № 3 (81). – С. 20-27.

91. Соколенко М. О. Вплив алокіну-альфа на клінічний перебіг герпетичної інфекції в імунокомпетентних хворих / М. О. Соколенко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2016. – Т. 15, № 1(55). – С. 142-145.

92. Соколенко М. О. Вплив герпесвірусів на імунний статус пацієнтів, неінфікованих ВІЛ-інфекцією / М. О. Соколенко, В. Д. Москалюк, А. А. Соколенко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – № 1. – С. 161-166.

93. Соколенко М. О. Імунотропна терапія рецидивуючої ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції / М. О. Соколенко // 97-а підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, 15, 17, 22 лютого 2016 р. : матеріали конф. – Чернівці, 2016. – С. 299-300.

94. Соколенко М. О. Клінічна ефективність алокіну-альфа у комплексному лікуванні рецидивуючої герпетичної інфекції / М. О. Соколенко // Бъдещите изследвания – 2016 : Материали за 12-а международна научна практична конференция. – София, 2016. – Т. 8. Лекарство. Биологии. Химия и химически технологии. – С. 47-49.

95. Соколенко М. О. Особливості імунного статусу у хворих на ВІЛ-інфекцію / М. О. Соколенко, В. Д. Москалюк // Інфекційні хвороби: поступи і проблеми в діагностиці, терапії та профілактиці : ІХ з'їзд інфекціоністів України, 7–9 жовтня 2015 р. : матеріали з'їзду – Тернопіль, 2015. – С. 59-61.

96. Соколенко М. О. Оцінка імунологічної ефективності «Алокіну-альфа» у комплексному лікуванні рецидивуючої герпетичної інфекції / М. О. Соколенко, В. Д. Москалюк // Science and civilization – 2016 : XII International scientific and practical conference, 30 January – 07 February 2016 : materials of the conf. – Sheffield : Science and education Ltd, 2016. – Vol. 15. Medicine. Biological sciences. Chemistry and chemical technology. – С. 55-57.

97. Соколенко М. О. Оцінка клінічної ефективності алокіну-альфа у комплексному лікуванні ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції / М. О. Соколенко // Strategiczne pytania światowej nauki –

2016 : Materiały XII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji, 07-15 lutego 2016 r. – Przemysł : Nauka i studia, 2016. – Volume 8. Medycyna. Ekologia. Geografia i geologia. Chemia i chemiczne technologie. Rolnictwo. – S. 24.

98. Соколенко М. О. Супутні захворювання при ВІЛ-інфекції / М. О. Соколенко // Інфекційні хвороби. – 2016. – № 1 (83). – С. 14-19.

99. Стефани Д. В. Метод определения циркулирующих иммунных комплексов с использованием сыворотки, содержащей ревматоидный фактор / Д. В. Стефани, Т. В. Виноградова // Лабораторное дело. – 1991. – № 7. – С. 33-35.

100. Трінус К. Ф. Персистувальні віруси та нейроінфекції з в'ялим перебігом / К. Ф. Трінус // Укр. мед. газета. – 2007. – № 4. – С. 3.

101. Туберкулёз и ВИЧ. – 07.12.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.helpme.com.ua/ru/tb/article/id.10/cid.7/default.html>.

102. У світі знизилася кількість випадків зараження ВІЛ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : stattja.pp.ua/index.php?newsid=8739.

103. Удовенко Н. С. Особливості продукції прозапальних та протизапальних цитокінів (іл - 10) у хворих на запальні захворювання очей герпесвірусної етіології / Н. С. Удовенко // Зб. наук. праць співр. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2013. – Вип. 22, кн. 2. – С. 380-387.

104. Черкасова В. С. Динаміка показників гуморального імунітету у хворих на герпесвірусну інфекцію при лікуванні нуклеїн атом / В. С. Черкасова // Укр. мед. альманах. – 2011. – Т. 14, № 4. – С. 212-214.

105. Чим лікувати герпес? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://megasite.in.ua/66513-chim-likuvati-gerpes.html>.

106. Чоп'як В. В. Порівняльна характеристика ефективності лікування хворих на часто рецидивуючі гострі респіраторні інфекції на тлі імунодефіцитних порушень з використанням препарату лікопід / В. В. Чоп'як, Г. О. Потьомкіна // Імунологія та алергологія: наука і практика. – 2008. – №3. – С. 38-47.

107. Шахгильдян В. И., Лабораторная диагностика ЦМВИ у ВИЧ-инфицированных пациентов / В. И. Шахгильдян, Н. В. Каражас, Л. Ф. Евсеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 36-40.
108. Шляхов Э. Н. Практическая эпидемиология / Э. Н. Шляхов. – Кишинев : Штиинца, 1983. – 532 с.
109. Akridge R. E. IL-10 is induced during HIV-1 infection and is capable of decreasing viral replication in human macrophages / R. E. Akridge, L. K. Jyloyafuso, S. O. Reed // J. Immunol. – 1994. – Vol. 153, № 12. – P. 5782-5789.
110. Alfano M. New players in cytokine control of HIV infection / M. Alfano, A. Crotti, E. Vicenzi // Curr HIV/AIDS Rep. – 2008. – Vol. 5, № 1. – P. 27-32.
111. Antiviral and antitumor peptides from insects / S. I. Chernysh, S. I. Kim, G. Bekker [et al.] // Proc. Nat. Acad. Sci. USA. – 2012. – Vol. 99, № 20. – P. 2628-2632.
112. Barton S. E. Herpes management and prophylaxis / S. E. Barton // Dermatol. Clin. – 2008. – Vol. 16. – P. 799-803.
113. Belec L. Sequences de l'herpes virus humain de type 8 et du virus d'Epstein-Barr dans les lymphomes non hodgkiniens primitives du systeme nerveux central associa au SIDA / L. Belec, F. Chretien, A. S. Mohamed // Arch. Anat. Cytol. Pathol. – 1997. – Vol. 45, № 2-3. – P. 159-163.
114. Biron C.A. Interferons α and β Immunoregulators. New Look / C. A. Biron // Immunity. – 2001. – Vol. 14, № 6. – P.661-664.
115. Bornemann M. A. Macrophages, cytokines, and HIV / M. A. Bornemann, J. Verhoef, P. K. Peterson // J. Lab. Clin. Med. – 1997. – Vol. 129. – P. 10-16.
116. Boulware D. R. Clinical features and serum biomarkers in HIV immune reconstitution inflammatory syndrome after cryptococcal meningitis: a prospective cohort study / D. R. Boulware, D. B. Meya, T. L. Bergemann // PLoS Med. – 2010. – Vol. 7, № 12. – P. 96-100.
117. Breen E. C. Pro- and antiinflammatory cytokines in human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome / E. C. Breen // Pharmacol. Therapeut. 2002. – Vol. 95, № 3. – P. 295-304.

118. Brenchley J. M. Differential Th17 CD4 T-cell depletion in pathogenic and nonpathogenic lentiviral infections / J. M. Brenchley, M. Paiardini, K. S. Knox // *Blood*. – 2008. – Vol. 112, № 7. – P. 2826-2835.

119. Campanini A. Importanza degli immunocomplessi circolanti in patologia (Osservazioni critiche Sulle tecniche di rilevamento degli 1C circolanti) / A. Campanini // *Rass., Paton. Appar. Respire.* – 1999. – Vol. 29, № 2. – P. 161-184.

120. Catalfamo M. The role of cytokines in the pathogenesis and treatment of HIV infection / M. Catalfamo, C Le Saout, H.C. Lane // *Cytokine Growth Factor Rev.* – 2012. – Vol. 23, № 4-5. – P. 207-214.

121. CD4 T cells mediate abscess formation in intra-abdominal sepsis by an IL-17-dependent mechanism / D. R. Chung, D. L. Kasper, R. J. Panzo [et al.] // *J. Immunol.* – 2003. – Vol. 170, № 4. – P. 1958-1963.

122. CD40 ligand and IFN-gamma synergistically restore IL-12 production in HIV-infected patients / C. Chougnet, E. Thomas, A. L. Landay [et al.] // *Eur. J. Immunol.* – 1998. – Vol. 28, № 2. – P. 646-656.

123. Chang S. H. A novel heterodimeric cytokine consisting of IL-17 and IL-17F regulates inflammatory responses / S. H. Chang, D. Chen // *Cell Research*. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 435-440.

124. Changes in Interleukin-2 and Interleukin-4 Production in Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus-seropositive Individuals / M. Clerici, T. H. Frances, D. J. Venzon [et al.] // *J. Clin. Invest.* – 1993. – Vol. 91, № 3. – P. 759-765.

125. Chretien F. Infection du system nerveux central par les virus herpes simplex au cours du SIDA / F. Chretien, L. Belec, P. de Truchis // *Arch. anat. etcytol. Pathol.* – 1997. – Vol. 45, № 2-3. – P. 153-158.

126. Clearance of herpes simplex virus type 2 by CD8+ T cells requires gamma interferon and either perforin- or Fas-mediated cytolytic mechanisms / M. E. Dobbs, J. E. Strasser, C. F. Chu [et al.] // *J. of Virol.* – 2015. – Vol. 79, № 23. – P. 14546-14554.

127. Clerici M. A Th1→Th2 switch is a critical step in the etiology of HIV-infection / M. Clerici, G. M. Shearer // *Immunol. Today*. – 2003. – Vol. 14, № 3. – P. 107-111.

128. Clinical and virologic studies on female herpes / T. Kawana, K. Kawagoe, J. T. Takizawa [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 1982. – Vol. 60, № 4. – P. 456-461.

129. Coinfection with herpes simplex virus type 2 is associated with reduced HIV-specific T cell responses and systemic immune activation / P. M. Sheth, S. Sunderji, L. Y. Shin [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 197, № 10. – P. 1394-1401.

130. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection [Электронный ресурс]. – World Health Organization, 2013. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1.

131. Corey L. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes / L. Corey, A. Wald, R. Patel [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 350. – P. 11-20.

132. Critical loss of the balance between Th17 and T regulatory cell populations in pathogenic SIV infection / D. Favre, S. Lederer, B. Kanwar [et al.] // *PLoS Pathol.* – 2009. – Vol. 5, № 2. – P. 279-288.

133. Crome S. Q. Translational Mini-Review Series on Th17 Cells: Function and regulation of human T helper 17 cells in health and disease / S. Q. Crome, A. Y Wang, M. K. Levings // *The Journal of Translational Immunology.* – 2009. – Vol. 159, № 2. – P. 109-119.

134. Crowley R. W. Interference between human herpesvirus 7 and HIV-1 in mononuclear phagocytes / R. W. Crowley, P. Secchiero, R. C. Gallo // *J. Immunol.* – 1996. – Vol. 156, № 5. – P. 2004-2008.

135. Danis V. A modified clg deviation radioimmunoassay for use in a routine clinical laboratory / V. Danis, R. Trent, R. Clancy // *J. Imm. Meth.* – 2000. – Vol. 2. – P. 175-182.

136. Decreased interferon-alpha production in HIV-infected patients correlates with numerical and functional deficiencies in circulating type 2 dendritic cell precursors / S. Feldman, D. Stein, S. Amrute [et al.] // *Clin. Immunol.* – 2001. – Vol. 101, № 2. – P. 201-210.

137. Demonstration of the Th1 to Th2 cytokine shift during the course of HIV-1 infection using cytoplasmic cytokine detection on single cell level by flow cytometry / S. A. Klein, J. M. Dobbmeyer, T. S. Dobbmeyer [et al.] // *AIDS.* – 2012. – Vol. 26, № 4. – P. 465-474.

138. Detection of circulating immune complex by the inhibition of anti-ahtibody / K. Kano, T. Nichimaki, T. Palosuo [et al.] // *Clin. Immunol. and Immunopathol.* – 1998. – Vol. 9, № 4. – P. 425-435.

139. Dipaolo J. A. Interrelationship of human pappilomavirus, human herpesvirus, and human immunodeficiency virus-1 to cervical neoplasia /

J. A. Dipaolo, N. C. Popescu, D. B. Zimonjic // *Zbl. Hyg. Umwelt Med.* – 1995. – Vol. 198, № 1. – P. 5-6.

140. Dobbs M. E. A comparison of compliance in Medicaid versus non-Medicaid patients / M. E. Dobbs, R. Manasse, B. Kusnoto [et al.] // *Spec. Care Dentist.* – 2015. – Vol. 35, №2. – P. 56–62.

141. Donofrio P. Herpes zoster in pazienti con AIDS / P. Donofrio, G. Migliaccio, A. Schettino // *Ann. Ital. Dermatol. Clin. e sper.* – 1995. – Vol. 49, № 2. – P. 62-64.

142. Dorrucchi M. Sorum IgG antibodies to human herpesvirus-6 (HHS-6) do not peredict the progression of HIV disease to AIDS / M. Dorrucchi, G. Tarantini, B. Salassa // *Eur. J. Epidemiol.* – 1999. – Vol. 15, № 4. – P. 317-322.

143. Dysregulated production of interleukin-10 (IL-10) and IL-12 by peripheral blood lymphocytes from human immunodeficiency virus-infected individuals is associated with altered proliferative responses to recall antigens / M. P. Daftarian, F. Diaz-Mitoma, V. D. Creery [et al.] // *Clin. Diagn. Lab. Immunol.* – 1995. – Vol. 2, № 6. – P. 712-718.

144. Early impairment of gut function and gut flora supporting a role for alteration of gastrointestinal mucosa in human immunodeficiency virus pathogenesis / A. Gori, C Tincati, G. Rizzardini [et al.] // *J. Clin. Microbiol.* – 2008. – Vol. 46, № 2. – P. 757-758.

145. Enhanced interleukin-10 production in response to *Mycobacterium avium* products in mononuclear cells from patients with human immunodeficiency virus infection / F. Muller, P. Aukrust, E. Lien [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1998. – Vol. 177, № 3. – P. 586-594.

146. Evidence for type 2 cytokine production and lymphocyte activation in the early phases of HIV-1 infection / L. Meroni, D. Trabattoni, C. Balotta [et al.] // *AIDS.* – 1996. – Vol. 10, № 1. – P. 23-30.

147. Evidence-based approach for interpretation of Epstein-Barr virus serological patterns / J. S. Klutts, B. A. Ford, N. R. Perez, A. M. Gronowski // *J. Clin. Microbiol.* – 2009. – Vol. 47, № 10. – P. 3204-3210.

148. Expression and regulation of IL-22 in the IL-17-producing CD4+ T lymphocytes / Y. Chung, X. Yang, S. H. Chang [et al.] // *Cell. Res.* – 2006. – Vol. 16, № 11. – P. 902-907.

149. Fari A. L'herpesvirus humain 8. Un virus important dans les infections HIV-1 / A. Fari // *Rev. Prescrire.* – 1999. – Vol. 201, № 19. – P. 936-943.

150. *Fields Virology* / D. M. Knipe, P. M. How, D. E. Griffin [et al.]. – 5th ed. – 2007. – 3177 p.

151. Foucar K. Clinical application of immunologic techniques to the diagnosis of lymphoproliferative and immunodeficiency disorders / K. Foucar, J. A. Glueken // *Lab. Medicine.* – 2002. – Vol. 13, № 7. – P. 403-413.

152. Frequency of symptomatic and asymptomatic herpes simplex virus type 2 reactivations among human immunodeficiency virus infected men / T. Schacker, J. Zeh, H. L. Hu [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 178, № 6. – P. 1616-1622.

153. Gender Differences in AIDS-Associated Kaposi Sarcoma in Harare, Zimbabwe // *Journal of AIDS.* – 2007. – Vol. 44, № 3. – P. 306-309.

154. Global Report. UNAIDS Global report on the global AIDS epidemic 2013. New York: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013
[Электронный ресурс] – Режим доступа
:http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.

155. Griffiths P. D. Progress with diagnostic tests and vaccines for alpha-herpesviruses / P. D. Griffiths, A. Volpi // *Recommendations from the IHMF Management Strategies Workshop and 5th Annual Meeting.* – 2007. – P. 1-68.

156. Griffiths P. D. Herpesviruses and AIDS / P.D. Griffiths // *Scand. J. Infect. Dis.* – 1996. – Vol. 100, Suppl. – P. 3-7.

157. Hadinoto V. On the dynamics of acute EBV-infection and the pathogenesis of infectious mononucleosis / V. Hadinoto // *Blood.* – 2008. – Vol. 111, № 3. – P. 1420-1427.

158. Herpes zoster in HIV-1-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy: a prospective observational study / C. C. Hung, C. F. Hsiao, J. L. Wang [et al.] // *Int. J. STD AIDS.* – 2015. – Vol. 16, № 10. – P. 673-676.

159. HIV type 1 Tat protein inhibits interleukin 12 production by human peripheral blood mononuclear cells / M. Ito, T. Ishida, L. He [et al.] // *AIDS Res. Hum. Retroviruses*. – 1998. – Vol. 14, № 10. – P. 845-849.

160. HIV-1 induces IL-10 production in human monocytes via a CD4-independent pathway / J. Ji, G. K. Sahu, V. L. Braciale [et al.] // *Int. Immunol.* – 2005. – Vol. 17, № 6. – P. 729-736.

161. Hudson L. *Practical Immunology* / L. Hudson, F. C. Hay. – Oxford, London, Edinburgh, Boston, Merlburn, 1990. – 400 p.

162. Human immunodeficiency virus and Mycobacterium avium complex coinfection of monocytoïd cells results in reciprocal enhancement of multiplication / M. Ghassemi, B. R. Andersen, V. M. Reddy [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1995. – Vol. 171, № 1. – P. 68-73.

163. Human immunodeficiency virus gp120 inhibits interleukin-12 secretion by human monocytes: an indirect interleukin-10-mediated effect / Y. Taoufik, O. Lantz, C. Wallon [et al.] // *Blood*. – 1997. – Vol. 89, № 8. – P. 2842-2848.

164. Human immunodeficiency virus-seropositive individual with persistent human herpesvirus 8 infection for >11 years without development of Kaposi's sarcoma // *Clin. Infect. Dis.* – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 221-222.

165. Hyper-IgE syndrome with recurrent infections an autosomal dominant multisystem disorder / B. Grimbacher, S. M. Holland, J. I. Gallin [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – Vol. 340. – P. 692-702.

166. IL-10 acts on the antigen presenting cell to inhibit cytokine production by Th1 cells / D. F. Fiorentino, A. Zlotnic, P. Viera [et al.] // *J. Immunol.* – 1991. – Vol. 146. – P. 3444-3451.

167. IL-23 and the Th17 pathway promote inflammation and impair antifungal immune resistance / T. Zelante, A. De Luca, P. Bonifazi [et al.] // *Eur. J. Immunol.* – 2007. – Vol. 37, № 10. – P. 2695-2706.

168. Immunological abnormalities in human immunodeficiency virus (HIV)-infected asymptomatic homosexual men. HIV affects the immune system before CD4+ T helper cell depletion occurs / F. Miedema, A. J. Petit, F. G. Terpstra [et al.] // *J. Clin. Invest.* – 1988. – Vol. 82, № 6. – P. 1908-1916.

169. Impaired interleukin-12 production in human immunodeficiency virus-infected patients / J. Chehimi, S. E. Starr, I. Frank [et al.] // *J. Exp. Med.* – 1994. – Vol. 179, № 4. – P. 1361-1366.

170. Impaired T(H)17 cell differentiation in subjects with autosomal dominant hyper-IgE syndrome / J. D. Milner, J. M. Brenchley, A. Laurence [et al.] // *Nature*. – 2008. – Vol. 452, № 7188. – P. 773-776.

171. In vitro effects of interleukin-12 on human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1)-specific cytotoxic T-lymphocytes from HIV-1 infected children / E. J. McFarland, P. A. Harding, S. MaWhinney [et al.] // *J. Immunol.* – 1998. – Vol. 161, № 1. – P. 513-519.

172. Interleukin 10 (IL-10) and viral IL-10 strongly reduced antigen-specific human T cell proliferation by diminishing the antigen-presenting capacity of monocytes via down-regulation of class major histocompatibility complex expression / R. de Waal Malefyt, J. Haanen, H. Spits [et al.] // *J. Exp. Med.* – 1991. – Vol. 174, № 4. – P. 915-924.

173. Interleukin-10 and the interleukin-10 receptor / K. W. Moore, R. de Waal Malefyt, R. L. Coffman, A. O'Garra // *Annu. Rev. Immunol.* – 2001. – Vol. 19. – P. 683-765.

174. Interleukin-10 promotes activation-induced cell death of SLE lymphocytes mediated by Fas ligand / L. Georgescu, R. K. Vakkaianka, K. B. Elkon, N. K. Crow. – *J. Clin. Invest.* – 1997. – Vol. 100, № 10. – P. 2622-2633.

175. Interleukin-17 (IL-17) inhibitors in the treatment of plaque psoriasis: a review / M. Gooderham, C. J. Posso-De Los Rios, G. A. Rubio-Gomez [et al.] // *Skin Therapy Lett.* – 2015. – Vol. 20, № 1. – P. 1-5.

176. In vitro effect of interleukin-12 on antigen-specific lymphocyte proliferative responses from persons infected with human immunodeficiency virus type 1 / P. Uherova, E. Connick, S. MaWhinney [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1996. – Vol. 174, № 3. – P. 483-489.

177. Jackson A. Basic phenotyping of lymphocytes: Selection and testing of reagents and interpretation of data / A. Jackson // *Clin. Immunol. Newslett.* – 2000. – Vol. 10, № 4. – P. 43-55.

178. Jütte A. Prognose der CMV-Ersterkrankung bei HIV-Infizierten / A. Jütte, C. Franzen, A. Schwenk // AIDS-Forsch. – 1994. – Vol. 9, № 11. – P. 620.

179. Kasolo F. C. Infection with AIDS-related herpesviruses in human immunodeficiency virus-negative infants and endemic childhood Kaposi's sarcoma in Africa / F. Kasolo, E. Mpabalwani, U. A. Gompels // J. Gen. Virol. – 1997. – Vol. 78, № 4. – P. 847-855.

180. Khalkhaly I. Nuclear Oncology: diagnosis and therapy / I. Khalkhaly, J. Maublant, S. Goldsmith. – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2011. – 563 p.

181. Khalkhaly I. Clinical nuclear medicine / I. Khalkhaly, J. Maublant, S. Goldsmith. – London : Hodder Arnold, 2006. – 896 p.

182. Khanna K. M. Immunity to latent viral infection: many skirmishes but few fatalities / K. M. Khanna, A. J. Lepisto, R. L. Hendricks // Trends Immunol. – 2004. – Vol. 25, № 5. – P. 230-234.

183. Kimberlin D. W. Antiviral therapy of HSV-1 and -2 / D. W. Kimberlin // Human herpesviruses: biology, therapy, and immunoprophylaxis / Eds. : R. J. Whitley, A. Arvin, G. Campadelli-Fiume [et al.]. – Cambridge : Cambridge University Press, 2007. – P. 1141-1160.

184. Lack of evidence for the dichotomy of Th1 and Th2 predominance in HIV-infected patients / C. Oraziosi, O. Pantaleo, K. R. Oantt [et al.] // Sci. – 1994. – Vol. 265, № 5169. – P. 248-252.

185. Lack of Toll IL-1R8 exacerbates Th17 cell responses in fungal infection / S. Bozza, T. Zelante, S. Moretti [et al.] // J. Immunol. – 2008. – Vol. 180, № 6. – P. 4022-4031.

186. Lanari M. Congenital infection with human herpesvirus 6 variant B associated with neonatal seizures and poor neurological outcome / M. Lanari, I. Papa, V. Venturi, T. Lazzarotto [et al.] // J. Med. Virol. – 2013. – Vol. 70, № 4. – P. 628-632.

187. Leach Ch. T. Human herpesvirus-8 HHV-8 associated with small non-cleaved cell lymphoma in a child with AIDS / Ch. T. Leach, D. R. Head, H. B. Jenson // Amer. J. Hematol. – 1999. – Vol. 60, № 3. – P. 215-221

188. Li M. O. T Cell-produced transforming growth factor-beta 1 controls T cell tolerance and regulates Th1- and Th17-cell differentiation / M. O. Li, Y. Y. Wan, R. A. Flavell // Immunity. – 2007. – Vol. 26, № 5. – P. 579-591.

189. Li X. Caspases are activated during apoptosis independent on dissipation of mitochondrial electrochemical potential / X. Li, L. Du, Z. Darzynkiewicz // *Exp. Cell. Res.* – 2010. – Vol. 257. – P. 290-297.

190. Low antibody avidity in elderly chickenpox patient / B. D. Schoud, N. K. Blackburn, S. Jonson [et al.] // *J. Med. Virol.* – 1992. – Vol. 37, № 2. – P. 113-115.

191. Lusso P. Human herpesvirus 6 in AIDS / P. Lusso, R. C. Gallo // *Immunol. Today.* – 1995. – Vol. 16, № 2. – P. 67-71.

192. Luzuriaga K. Infectious mononucleosis / K. Luzuriaga, J. L. Sullivan // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 362, № 21. – P. 1993-2000.

193. Ma X. Proinflammatory response and IL-12 expression in HIV-1 infection / X. Ma, L. J. Montaner // *J. Leukocyte Biol.* – 2000. – Vol. 68, № 3. – P. 383-390.

194. Maek-A-Nantawat W. Increased interleukin-17 production both in helper T cell subset Th17 and CD4-negative T cells in human immunodeficiency virus infection / W. Maek-A-Nantawat, S. Buranapraditkun, J. Klaewsongkram. – *Viral Immunology.* – 2007. – Vol. 20, № 1. – P. 66-75.

195. Malkin J-E. The continuing spread of HSV-infection. Worldwide epidemiology / J.-E. Malkin // *Herpes.* – 2005. – Vol. 12, № 3. – P. 77.

196. Maurer T. HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load / T. Maurer, M. Ponte, K. Leslie // *N. Engl. J. Med.* Sep. – 2007. – Vol. 357. – P. 357-1352.

197. Mayaund P. L'importance de l'herpes comme cofacteur du VIH / P. Mayaund, L. Belec // *J. sida etdemocr. Sanit.* – 2000. – Num. Spec. – P. 45-49.

198. Meurman O. Immunoglobulin G antibody avidity in patient with respiratory syncytial infection / O. Meurman, M. Waris, K. Heedman // *J. Clin. Microbiol.* – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 407-413.

199. Microbial translocation is a cause of systemic immune activation in chronic HIV infection / J. M. Brenchley, D. A. Price, T. W. Schacker [et al.] // *Nat. Med.* – 2006. – Vol. 12, № 12. – P. 1365-1371.

200. Molecular analysis of decreased interleukin-12 production in persons infected with human immunodeficiency virus / C. Chougnet, T. A. Wynn, M. Clerici [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1996. – Vol. 174, № 1. – P. 46-53.

201. Mosmann T. R. Properties and functions of interleukin-10 / T. R. Mosmann // *Adv. Immunol.* – 1994. – Vol. 56. – P. 1-26.

202. Mosmann T. R. Th1 and Th2 cells: different patterns of lymphokine secretion lead to different functional properties / T. R. Mosmann, R. L. Coffman // *Annu. Rev. Immunol.* – 1989. – Vol. 7. – P. 145-173.

203. Naicker D. D. Interleukin-10 promoter polymorphisms influence HIV-1 susceptibility and primary HIV-1 pathogenesis / D. D. Naicker, L. Werner, E. Kormuth // *J. Infect. Dis.* – 2009. – Vol. 200, № 3. – P. 448-452.

204. Nakagawa F. Update on HIV in Western Europe / F. Nakagawa, A. N. Phillips, J. D. Lundgren // *Curr HIV/AIDS Rep.* – 2014. – Vol. 11, № 2. – P. 177-185.

205. Obama Ends U. S. Travel Ban On Visitors, Immigrants With HIV-AIDS [Электронный ресурс] // *ABC News.* – 2009. – October 30. – P. 2. – Режим доступа : archive.is/TFM6.

206. O'Leary J. J. Identification of human herpesvirus 8 (HHV8) and characterisation of a novel polymorphism in HIV affected women with CIN / J. J. O'Leary, M. O'Donovan, S. Picton // *J. Pathol.* – 2000. – Vol. 190, Suppl. – P. 29.

207. Oludare A. Progress and Problems in Understanding and Managing Primary Epstein-Barr Virus Infections / A. Oludare // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2011. – Vol. 24, № 1. – P. 193-209.

208. Ouyang W. The biological functions of T helper 17 cell effector cytokines in inflammation / W. Ouyang, J. K. Kolls, Y. Zheng // *Immunity.* – 2008. – Vol. 28, № 4. – P. 454-467.

209. Perelson A. S. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time / A. S. Perelson // *Science.* – 2006. – Vol. 271, № 5255. – P. 1582-1586.

210. Persistent of specific IgM and low avidity specific IgG, following primary rubella / H. I. J. Thomas, P. Morgan-Capner, G. Enders [et al.] // *J. Viron. Meth.* – 1992. – Vol. 339. – P. 149-155.

211. Phenotypic and functional characterization of ex vivo T-cell responses to the live attenuated herpes zoster vaccine / J. Patterson-Bartlett, M. J. Levin, N. Lang [et al.] // *Vaccine.* – 2002. – Vol. 25, № 41. – P. 7087-7093.

212. Plasma Levels of Bacterial DNA Correlate with Immune Activation and the Magnitude of Immune Restoration in Persons with

Antiretro viral-Treated HIV Infection / W. Jiang, M. M. Lederman, P. Hunt [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2009. – Vol. 199, № 8. – P. 1177-1185.

213. Principles and practice of pediatric infectious diseases / S. S. Long, L. K. Pickering, C. G. Prober // Churchill Livingstone Inc. – 1997. – P. 1821.

214. Reciprocal Th17 and regulatory T cell differentiation mediated by retinoic acid / D. Mucida, Y. Park, G. Kim [et al.] // *Science*. – 2007. – Vol. 317, № 5835. – P. 256-260.

215. Requirement of interleukin-17A for systemic anti-Candida albicans host defense in mice / W. Huang, L. Na, P. L. Fidel [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2004. – Vol. 190, № 3. – P. 624-631.

216. Retrospective analysis of varicella zoster virus (VZV) copy DNA numbers in plasma of immunocompetent patients with herpes zoster, of immunocompromised patients with disseminated VZV disease, and of asymptomatic solid organ transplant recipients / A. Kronenberg, W. Bossart, R. P. Wuthrich [et al.] // *Transpl. Infect. Dis.* – 2015. – Vol. 7, № 3-4. – P. 116-121.

217. Robain M. Is cytomegalovirus infection a co-factor in HIV-1 disease progression? / M. Robain, J. B. Hubert, R. Sdeg // *Epidemiol. Infect.* – 2000. – Vol. 125, № 2. – P. 415-420.

218. Roff S. R. The Significance of Interferon- γ in HIV-1 Pathogenesis, Therapy, and Prophylaxis / S. R. Roff, E. N. Noon-Song, J. K. Yamamoto // *Front Immunol.* – 2014. – Vol. 4, № 498. – P. 1-11.

219. Role of CD40 ligand signaling in defective type 1 cytokine response in human immunodeficiency virus infection / C. S. Subauste, M. Wessendarp, A. G. Smulian [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 183, № 12. – P. 1722-1731.

220. Role of interleukin-10 in T helper cell dysfunction in asymptomatic individuals infected with the human immunodeficiency virus / M. Clerici, T. A. Wynn, J. A. Berzofsky [et al.] // *J. Clin. Invest.* – 1994. – Vol. 93, № 2. – P. 768-775.

221. Romagnani S. The Th1/Th2 paradigm / S. Romagnani // *Immunol. Today*. – 1997. – Vol. 18, № 6. – P. 263-266.

222. Schwartz S. Interleukin-17 is a potent immuno-modulator and regulator of normal human intestinal epithelial cell growth / S. Schwartz, J. F. Beaulieu, F. M. Ruemmele // *Biochem. Biophys. Res. Commun.* – 2005. – Vol. 337, № 2. – P. 505-509.

223. Severe genital herpes infections in HIV-infected individuals with impaired herpes simplex virus-specific CD8⁺ cytotoxic T-lymphocyte responses / C. M. Posavad, D. M. Koelle, M. E. Shaughnessy [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci USA*. – 2007. – Vol. 94, № 19. – P. 10289-10294.

224. Simian immunodeficiency virus-induced intestinal cell apoptosis is the underlying mechanism of the regenerative enteropathy of early infection / Q. Li, J. D. Estes, L. Duan [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 197, № 3. – P. 420-429.

225. Slow maturation of IgG avidity and persistence of specific IgM in congenital rubella; implications for diagnosis and immunopathology / H. I. J. Thomas, P. Morgan-Capner, G. Enders [et al.] // *J. Med. Viron.* – 1993. – Vol. 41. – P. 196-200.

226. Spear P. G. Herpesvirus entry: an update / P. G. Spear, R. Longnecker // *J. of Virology*. – 2013. – Vol. 77, № 19. – P. 10179-10185.

227. Steiner I. The neurotropic herpes viruses: herpes simplex and varicella zoster / I. Steiner, G. E. Kennedy Peter, A. R. Pachner // *Lancet Neurol.* – 2007. – Vol. 6, № 11. – P. 1015-1028.

228. Stewart J. A. Herpesvirus infections infected with human immunodeficiency virus / J. A. Stewart, S. E. Reef, C. Lawrence // *Clin. Infect. Dis.* – 1995. – Vol. 21, № 1, Suppl. – P. 114-120.

229. Taga K. IL-10 inhibits apoptotic cell death in human T cells starved of IL-2 / K. Taga, B. Cherney, G. Tosalo // *Int. Immunol.* – 1993. – Vol. 5, № 12. – P. 1599-1608.

230. Tenofovir Disoproxil Fumarate, Emtricitabine, and Efavirenz Compared With Zidovudine/Lamivudine and Efavirenz in Treatment-Naive Patients: 144-Week Analysis // *JAIDS*. – 2008. – Vol. 47, № 1. – P. 74-78.

231. TGF-beta-induced FoxP3 inhibits T(H)17 cell differentiation by antagonizing ROR gamma function / L. Zhou, J. E. Lopes, M. M. Chong [et al.] // *Nature*. – 2008. – Vol. 453, № 7192. – P. 236-240.

232. Th1/Th2 Cytokine Levels as an Indicator for Disease Progression in Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection and Response to Antiretroviral Therapy / C. E. Osakwe, C. Bleotu, M. C. Chifiriuc [et al.] // *Roum. Arch. Microbiol. Immunol.* – 2010. – Vol. 69, № 1. – P. 24-34.

233. Th17 cells and IL-17 receptor signaling are essential for mucosal host defense against oral candidiasis / H. R. Conti, F. Shen, N. Nayyar [et al.] // J. Exp. Med. – 2009. – Vol. 206, № 2. – P. 299-311.

234. The cycle of human herpes simplex virus infection: virus transport and immune control / A. L. Cunningham, R. J. Diefenbach, M. Miranda-Saksena [et al.] // J. Infect. Dis. – 2006. – Vol. 194, Suppl. 1. – P. 11-18.

235. The HIV-1 envelope protein gp120 impairs B cell proliferation by inducing TGF- β 1 production and FcRL4 expression / K. Jelicic, R. Cimbro, F. Nawaz [et al.] // Nat. Immunol. – 2013. – Vol. 14, № 12. – P. 1256-1265.

236. The Incidence of, risk factors for, and sequelae of Herpes Zoster among HIV patients in the highly active antiretroviral therapy era / K. A. Gebo, R. Kalyani, R. D. Moore [et al.] // J. Acquir. Imm. Defic. Syndr. – 2015. – Vol. 40, № 2. – P. 169-174.

237. The interleukin-12-mediated pathway of immune events is dysfunctional in human immunodeficiency virus-infected individuals / J. D. Marshall, J. G. Chehimi, J. R. Kostman [et al.] // Blood. – 1999. – Vol. 94, № 3. – P. 1003-1011.

238. Traci C. J. Genital Herpes and HIV [Электронный ресурс] / WebMD Medical Reference Reviewed by [Traci C. Johnson, MD](#). – September 08, 2016 // Режим доступа: <http://www.webmd.com/genital-herpes/guide/risk-hiv>

239. Trinchieri G. Interleukin-10 production by effector T cells: Th1 cells show self control / G. Trinchieri // J. Exp. Med. – 2007. – Vol. 204, № 2. – P. 239-243.

240. Tyndall M. W., Nasio J., Agoki E. Herpes zoster as the initial presentation of human immunodeficiency virus type 1 infection in Kenia // Clin. Infect. Dis. – 1995. – Vol. 21, № 4. – P. 1035-1037.

241. UNAIDS Report on the global AIDS [Электронный ресурс]. – Режим доступа : epidemic.www.unaids.org/en/.../unaids/.../UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.

242. United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report: UNAIDS report on the Global AIDS Epidemic 2012. Geneva: UNAIDS [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf.

243. Vaughan P. J. DNA-binding protein associated with herpes simplex virus DNA polymerase / P. J. Vaughan, D. J. Purifoy, K. L. Powell //

J. Virol. – 2005. – Vol. 53, № 2. – P. 501-508.

244. [Vitoria M.](#) The global fight against HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria / M. Vitoria, R. Granich, CF. Gilks [et al.] // Am. J. Clin. Patol. – 2009. – Vol. 131, № 6. – P. 844-848.

245. Wang X. Саркома Капоші у дітей асоціюється із інфікуванням вірусом імунодефіциту людини й іншими вірусами / X. Wang, C. Zhang // Shaudu yike daxue xuedao = J. lap. Univ. med. Sci. – 2002. – Vol. 23, № 1. – P. 70-72.

246. Wang Z. Y. Regulation of IL-10 gene expression in Th2 cells by Jun proteins / Z. Y. Wang, H. Sato, S. Kusam // J. Immunol. – 2005. –

Vol. 174, № 4. – P. 2098-2105.

247. WHO and UNAIDS. Surveillance of the HIV/AIDS epidemic 2013 comprehensive package. Geneva: World Health Organization; 2013. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/en/>.

248. WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance. Surveillance of the HIV/AIDS epidemic: a comprehensive package. Geneva: World Health Organization; 2013. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90893/1/9789241506298_eng.pdf?ua=1.

249. Wildy P. Portraits of viruses. Herpes virus / P. Wildy // Intervirology. – 2006. – Vol. 25. – P. 117-140.

250. Th17 functions as an osteoclastogenic helper T cell subset that links T cell activation and bone destruction / K. Sato, A. Suematsu, K. Okamoto [et al.] // J. Exp. Med. – 2006. – Vol. 203, № 12. – P. 2673-2682.

РОЗДІЛ V

Формування ціннісного відношення до культури здорового способу життя як психолого-педагогічна проблема в історії вітчизняної й закордонної педагогіки.

Протягом багатьох років пропаганда здорового способу життя була прерогативою медицини й здійснювалася засобами санітарно-гігієнічної освіти, що зіграло певну позитивну роль, але не стало вичерпною мірою в справі збереження й зміцнення здоров'я людини. Ця обставина визначила вихід проблеми здорового способу життя й формування ціннісного відношення до нього за рамки медицини й вказала на необхідність підключення до її рішення таких областей знань про людину, як психологія й педагогіка.

Пов'язуючи здоров'я людини з функціональним потенціалом організму, слід зазначити, що весь потенціал здорової людини використовується організмом для забезпечення важливих фізіологічних потреб. Малорухливий спосіб життя, неправильне харчування, емоційна неврівноваженість, зайва вага, надмірне вживання пігулок, шкідливі звички, несприятливі екологічні чинники, умови праці тощо змушують організм усе більше задіювати адаптаційно-компенсаторні механізми, витрачаючи при цьому свої життєві сили, ослаблюючи функціональний потенціал. Недотримання правил і норм здорового способу життя стає причиною забруднення внутрішнього середовища організму, що є одним із головних факторів зниження функціонального потенціалу.

На сучасному етапі більше уваги приділяється аналізу особистості, а ступінь зрілості суспільства визначається мірою розвитку кожної людини. Становлення особистості проходить завжди в конкретно-історичних суспільних умовах, і зміст її духовного світу детермінується характером суспільних відносин. Критерієм цього розвитку виступає суть і характер стосунків, глибина їх засвоєння, ступінь їх перетворень у центр духовного

світу людини. Особистість завжди постає, з одного боку, як носій соціально-типових якостей, а з другого – своїх індивідуальних ознак і властивостей. Це індивідуальне і знаходить відображення у внутрішньому світі людини, характеризує її як носія особливого ставлення до соціальної дійсності, розвитку здібностей, свого бачення світу.

Гармонію життя для себе людина визначає узгодженістю з природою, зі своїми ідеалами і ідеалами суспільства. Все своє життя вона прагне до такої гармонії, й ідеали в цьому прагненні є для неї орієнтирами. У своєму ставленні до дійсності людина залишається вірною, насамперед, своєму ідеалу і діяльність свою здійснює у відповідності з ним, самостверджуючи своє “Я”. У діяльності людина відстоює свої ідеали. Людина сама вибирає свою форму поведінки, її свідомість залежна від змісту ідеалів її духовного світу, але відносно незалежна від об’єктивних умов, суб’єкт сам визначає своє місце в реальних життєвих умовах, свою позицію, межі можливої практичної реалізації ідей і планів. Внаслідок різниці оцінювання різних особистостей виникають ті чи інші ціннісні орієнтації, у результаті чого одні об’єктивні цінності сприймаються, засвоюються, інші – ні.

На сучасному етапі становлення вищої педагогічної школи в Україні вагомим значення набуває проблема оптимізації її культурологічних функцій як передумови забезпечення інкультурації студентів. Як сфера соціокультурної діяльності, освіта надає великі можливості для формування культури особистості – системи цінностей, з якими вона себе уособлює. Це актуалізує питання формування майбутнього вчителя як цілісної особистості з позицій опанування культурного досвіду як у загальному вимірі, так і в його визначальних складових, становлення педагога як духовного суб’єкта культури, який володіє такими властивостями, як розуміння сенсу життя, відповідальність, здатність до культурної творчості і самовираження себе в культурі.

У цьому контексті варто згадати дослідження Т. Іванової, яка звертається до проектування загальнопедагогічної підготовки, орієнтованої

на культурологічний аспект і розгляд особистості майбутнього вчителя як суб'єкта культури. На переконання дослідниці, основною метою культурологічної підготовки є не засвоєння студентами суми знань та вмінь, а «оволодіння зразками людської культури і вміннями передавати цей культуротворчий досвід молодому поколінню». Культурологічна підготовка характеризується особливою діяльністю з «аксіологічного осмислення знань і реалізації особистісних культурно-значущих функцій майбутнього педагога, діяльністю із самоорганізації своєї культурно-особистісної сфери» [74, с. 29–30].

Будучи універсальним явищем, культура пронизує всі сфери суспільного життя і людської діяльності, що дає змогу виокремлювати різні її види: політичну, економічну, духовну, правову, культуру здоров'я тощо. Звідси цілком правомірно вести мову про культуру здорового способу життя як складову загальної культури особистості.

Актуальність проблеми формування у молодого покоління культури здорового способу життя зумовлюється в умовах сьогодення низкою факторів, а саме:

- погіршенням екологічних умов життя людини, що спричинено загальносвітовою кризою, енергетичною і продовольчою проблемами, антигігієнічними умовами праці і побуту;

- наданням здоров'ю грошового еквіваленту – хворіти сьогодні не вигідно з матеріальної точки зору;

- зниженням рівня задоволеності людей життям, зростанням злочинності, наркоманії, алкоголізму, схильності до суїциду, нестримної гонитви за матеріальними вигодами, появою хвороб, властивих представникам певних соціальних верств і груп; недостатнім усвідомлення високої цінності здоров'я;

- соціально-психологічними настановленнями, характерними для українського суспільства, серед яких пріоритет надається таким, як достаток, кар'єра [184, с.3–5].

Подоланню негативного впливу цих факторів, на думку Л. Сущенко, може сприяти підвищення уваги на державному рівні до здорового способу життя, що має знайти свій прояв у:

- закріпленні в законах і підзаконних актах тих норм, які б найбільше відповідали веденню здорового способу життя;
- оптимізації екологічних чинників, насамперед формування екологічної свідомості;
- посиленні ефективності роботи органів системи охорони здоров'я;
- оптимізації освітньо-виховної діяльності, спрямованої на формування ставлення до здоров'я як до великої життєвої цінності;
- запровадженні широко поставленої просвітницької роботи;
- розробці і запровадженні комплексу рекламно-агітаційних заходів;
- поширенні популярності фізкультури і спорту;
- підвищенні соціально-психологічного статусу і престижу здорової поведінки;
- проведенні відповідної кадрової політики;
- введенні змісту валеологічним імперативів у загальнодержавну ідеологію, піднесенні принципу здоров'я нації до рангу пріоритетних ідеалів та національних інтересів [184, с. 111–118].

Особливою соціальною групою, що зазнає руйнівного впливу названих факторів, є студенти вищих педагогічних навчальних закладів, від рівня здоров'я яких залежить не лише якість їхнього життя, а й якість майбутньої професійної діяльності, важливою складовою якої є виховання фізично, психічно, духовно й морально здорового молодого покоління.

З огляду на це у розробці теорії і практики формування культури здорового способу життя актуалізується потенціал системи освіти. Вищі педагогічні навчальні заклади за своїм суспільним призначенням покликані забезпечити формування у студентів умотивованого ставлення до власного здоров'я, віднайти такі методи впливу на особистість, які «сприяли б

свідомому вибору тієї поведінки, яка вела б до здоров'я, а не до хвороби» [24, с. 144].

Постановка такого завдання активізує дослідників на вивчення стану здоров'я сучасних студентів, визначення способів, спроможних прилучити їх до культури здорового способу життя, сформуванню стійкі настановлення на збереження і зміцнення як власного здоров'я, так і здоров'я оточуючих.

І хоча, за словами Г. Кривошеєвої, формування культури здоров'я студентів не розпочинається у вищих навчальних закладах, і не завершується в них, саме в студентські роки це питання набуває особливої значущості, адже в «особистому відношенні вік 18 – 22 роки характеризується як період духовно-культурної сенситивності, найбільш активного розвитку фізичних кондицій, інтелектуальної, моральної та естетичної сфери, становлення й стабілізації волі і характеру, оволодіння юнаками і дівчатами повним комплексом соціальних ролей дорослої людини» [93, с. 172].

У цей період відбувається подальший розвиток самосвідомості особистості, спостерігається стабілізація певного «студентського» способу життя, який більше, ніж на 50 відсотків впливає на здоров'я молоді. Тому «медико-педагогічна підготовка повинна стати одним з головних завдань навчання майбутніх педагогів у педагогічних інститутах та університетах» [30, с. 17].

Група авторів (М. Солован, Н. Стратійчук, Н. Паньків, Г. Пилип, Я. Іванушко) для формування у студентів культури здорового способу життя пропонує ознайомлювати їх у процесі валеологічної освіти із сутністю людської життєдіяльності, виховувати правильне ставлення до свого тіла, його потреб, до психічної діяльності людини, ознайомлювати з методиками впливу на тіло за допомогою раціонального й безпечного харчування, правильного режиму дня з урахуванням біоритмів, режиму й умов праці, організації сну, раціонального режиму рухової активності, фізичних тренувань, загартовування, особистої гігієни та ін. [190].

Ідея культури здорового способу життя, будучи найважливішою загальнолюдською цінністю, у тому чи іншому вигляді присутня в усіх світових релігіях, гуманістичних, морально-етичних системах, у працях стародавніх мислителів і сучасних науковців. Тому не можемо не погодитися зі словами Г. Зайцева та О. Зайцева про те, що культуру здорового способу життя слід розглядати як невід'ємну складову культури духовної і культури матеріальної, культури праці і відпочинку, культури особистості й культури взаємовідносин, культури промислового виробництва й агрокультури, культури психічної і культури фізичної – «іншими словами, всеохоплюючої Культури життя» [68, с. 20].

У розробленій авторами концепції вчення про культуру здорового способу життя відзначається, що вона має реалізовуватися шляхом наукового обґрунтування, запровадження і застосування найкращих досягнень духовної, психічної і фізичної культури, вироблених людством; виховання здорового способу життя як взірця природної поведінки.

Концепція містить п'ять основних положень.

У першому положенні стверджуються головні завдання культури здорового способу життя, які зумовлюють її призначення як загальнолюдської цінності:

1) досягнення ієрархічної гармонії духовного, психічного, фізичного в кожній людині, в кожній сім'ї, у світовому співтоваристві;

2) навчання мистецтву оздоровчої взаємодії зі світом крізь розвиток світлого початку в собі й у всьому.

У другому положенні обґрунтовуються такі три основи: Жива Етика; Реріхівська культурна спадщина; синтез досягнень наук про людину та її здоров'я.

У третьому положенні визначаються провідні напрями реалізації вчення про культуру здорового способу життя. Перший – фундаментальний – забезпечує наукове обґрунтування, вдосконалення і впровадження найкращих досягнень духовної, фізичної і психічної культури, способів

оздоровлення. Другий – психолого-педагогічний – виховання здорового способу життя як еталону природної, насамперед високоморальної поведінки людини, яку вона має прагнути втілювати в повсякденне життя. Третій – соціальний – має на меті перетворення всіх сфер діяльності, пов'язаних з працею і дозвіллям людини, за допомогою засобів культури ЗСЖ.

У четвертому положенні концепції розкривається ідейне значення вчення про культуру здорового способу життя, яке закликає до об'єднання всіх людей, незалежно від їх етнічної належності, політичної орієнтації, віросповідання, соціального становища, віку, статі тощо.

У п'ятому положенні наголошується на визначній ролі культури здорового способу життя як «потужної реальної альтернативи пануючому на планеті біосоціальному хаосу» [68, с. 34]. Цього, на думку авторів, можна досягти завдяки усвідомленню людиною потреби в особистій активній участі в оздоровленні й одухотворенні життя.

Таким чином, розроблена авторами концепція, охоплює різні характеристики культури здорового способу життя, розкриває їх змістове наповнення. Однак, за своєю сутністю вона окреслює лише теоретичний бік проблеми, її положення стосуються скоріше методологічних засад цього феномену, ніж реального втілення вміщених у них ідей на практиці.

Однією з актуальних проблем, що привертає увагу дослідників у контексті формування культури здорового способу життя, є проблема, пов'язана зі зловживанням психічно активних речовин – алкоголю, наркотиків, психотропних та інших речовин, які певним чином впливають на психологічний стан людини. Отримання негайного задоволення без докладання особливих зусиль, за словами С.Здіорука, стає домінантою сучасного способу життя. Тривалий і постійний перегляд розважальних телепередач перешкоджає розвитку творчих можливостей особистості, виховує пасивний підхід до життя, що, в свою чергу, створює сприятливу основу для розвитку адитивної поведінки. Сутність останньої полягає в

тому, що прагнучи піти від реальності, молоді люди намагаються штучним шляхом змінити свій психічний стан, що дає їм ілюзію безпеки, відновлення рівноваги [70, с. 7].

Ставлення засобів масової інформації до проблем поширення алкоголізму та психічно-активних речовин мають досить виражений дуалістичний характер. З одного боку, саме за допомогою ЗМІ поширюються певні настанови, що пропагують споживання психодійних речовин як невід'ємної складової людського життя. З іншого, - саме ЗМІ «володіють найміцнішими каналами впливу для попередження подальшого розгортання наркотичної епідемії» [70, с. 6]. Тому не можемо не погодитися зі словами С. Здіорука про те, що грамотно організована рекламна діяльність здатна підвищити психологічну культуру населення, «окреслюючи реальні психологічні проблеми та розкриваючи їх сутність, розвінчуючи міфи, стереотипи та існуючі табу, розкриваючи можливості життєвих альтернатив для людини, описуючи позитивні зміни, які сталися в результаті внутрішньої роботи, а також інформуючи про те, де і яку допомогу в суспільстві можна отримати, і яким чином» [70, с. 8].

Вагомий внесок у розробку проблеми культури здоров'я в рамках акмеологічного підходу зробив А. Маслоу. Він був переконаний, що «більшість людей першопочатково, біологічно тягнеться до здоров'я, а не до хвороби, ... кожна людина прагне до самоактуалізації своїх можливостей, а не до страждання і смерті. У тих випадках, коли ми ... зіштовхуємося з прагненням смерті, із само руйнуючими формами поведінки, ми знаємо, що маємо вправу не з людиною, а з її хворобою» [118, с. 134].

А. Маслоу пропонував замінити поняття психічного здоров'я більш універсальним – поняттям «людяності», яке він розглядав як певний реєстр якостей, до яких залічував: здатність до абстрагування, вміння висловлювати свої думки, здатність кохати, мати певні цінності, вміти переступати через своє «Я». Обґрунтовуючи доцільність своєї позиції, він стверджував, що вона може бути корисною, «особливо якщо дослідник буде

виходити з того, що поняття «людяність», виступаючи водночас і описовим, і кількісним, повинно зберегти нормативну складову, з його допомогою можна буде визначити, наскільки дана особистість більш людяна порівняно з іншими» [118, с. 135].

Важливе місце у становленні психічного здоров'я особистості А. Маслоу відводив соціуму. З цього приводу він писав: «Здорове суспільство і здорова особистість не можуть існувати одне без іншого. Вони необхідні одне одному. ... Неможливо покращити одне, залишивши без змін інше» [119, с. 117].

Психолог наголошував на тісному взаємозв'язку між психічним і фізичним здоров'ям людини. Практично всі хвороби, відзначає він, можна віднести до розряду соматичних, і якщо глибоко зайнятися вивченням «соматичного» захворювання, то обов'язково виявляються його «інтропсихічні, інтроперсональні і соціальні детермінанти». Подібний взаємовплив факторів і визначає здорове функціонування особистості [119, с. 120].

А. Маслоу виділив характеристики самоактуалізованих людей, на основі якого можна одержати деталізований портрет психічно здорової особистості, що містить 15 складників: 1) більш ефективно сприймання реальності; 2) прийняття себе, інших, природи; 3) безпосередність, простота і природність; 4) центрованість на проблемі; 5) незалежність (потреба в самотності); 6) автономія (незалежність від культури й оточення); 7) свіжість сприйняття; 8) «вершинні» чи містичні переживання; 9) суспільний інтерес; 10) глибокі міжособистісні відносини; 11) демократичний характер; 12) розмежування цілей і засобів; 13) філософське почуття гумору; 14) креативність; 15) опір окультурюванню.

Однак йому не вдалося знайти людину, яка була б наділена всіма наведеними характеристика. Тому він дійшов висновку, що самоактуалізовані люди також мають свої недоліки, можуть припускатися помилок, а отже, повинні постійно працювати над собою.

Проведений нами аналіз наукової літератури засвідчує, що проблеми здоров'я, здорового способу життя, особливості прояву цих феноменів у культурологічному контексті набули ґрунтовного висвітлення. Дослідники не тільки окреслюють їх загальні характеристики, особливості прояву, а й розробляють критерії вивчення та педагогічні умови ефективного формування.

Здоровий спосіб життя – це біосоціальна категорія, що визначає тип життєдіяльності в духовній і матеріальній сферах життя людини. Згідно Ю. П. Лісичина, «спосіб життя – визначений, історично обумовлений тип, вид життєдіяльності в матеріальній і нематеріальній (духовній) сферах життєдіяльності людей». У даному випадку спосіб життя розуміється як категорія, що відображає найбільш загальні і типові способи матеріальної і духовної життєдіяльності людей, узятих у єдності з природними і соціальними умовами.

Більшість дослідників визначають здоровий спосіб життя, як «широку категорію, що включає індивідуальні форми поведінки, активність і реалізацію своїх можливостей у праці, повсякденному житті і культурних звичаях, властивих тому чи іншому соціально-економічному укладу».

На теоретичному етапі дослідження нами були поставлені наступні завдання: виявлення науково обґрунтованих поглядів на структуру здорового способу життя, визначення його компонентів; визначення основних принципів організації здорового способу життя; виявлення існуючих технологій і технологічних моделей формування ціннісного відношення до здорового способу життя підрастаючого покоління молоді.

У ході рішення названих завдань нами були виділені наступні етапи розвитку досліджуваної проблеми: емпіричний, схоластико-теологічний, гуманітарно-фізіологічний, емпірично-гігієнічний, науково-теоретичний, валеолого-педагогічних.

В основу періодизації були покладені наступні ознаки:

- соціально-економічні умови розвитку суспільства на кожному етапі;

- рівень розвитку природних і суспільних наук, усферу інтересів яких попадає проблема здорового способу життя;
- пріоритетні напрямки в розвитку проблеми здорового способу життя.

З огляду на вище названі ознаки, звернемося до характеристик кожного етапу становлення й розвитку проблеми формування здорового способу життя в підростаючого покоління й молоді.

Емпіричний етап. Проблема впливу способу життя на здоров'я людини на думку численних авторів (В. И. Осик, Л. П. Сущенко, С. Я. Чикин та ін.) [59; 73; 75] бере початок у рабовласницькому суспільстві й пов'язана з діяльністю видатних філософів і медиків Древньої Греції, Древнього Рима, Древньої Індії й Древнього Китаю. Доказом цього є те, що дійшли до нашого часу організації по збереженню здоров'я: китайське «Кунг-фу» (2600 років до н.е.), індійська «Аюрведа» (180 років до н.е.), системи оздоровлення, що існують у Спарті. Проблемі здоров'я й фізичної досконалості присвятили свої праці видатні греки античного періоду Гіппократ, Демокрит, Платон, Аристотель, навчання яких панували над розумами багатьох поколінь і знаходять відгук у сучасному світі. Звертання до проблеми здорового способу життя в античному світі носить не випадковий характер і пов'язане з умовами формування суспільної свідомості того періоду. В античній цивілізації з'явився перший в історії зразок народовладдя - демократія, що носила обмежений характер, оскільки зі сфери її дії були виключені жінки й раби. Демократична облаштованість суспільства, у сполученні зі стрімким розвитком його економіки, політики, культури, сприяли культивуванню почуття волі, свідомого вибору своїх дій, реалістичного сприйняття світу й свого місця в ньому. Спрага самоствердження індивіда виявилася в прагненні розвинути закладені природою фізичні, інтелектуальні й художні здібності й примножити їх. Формування індивідуальної й суспільної свідомості сприяло виникненню раціональних наук, у їхньому числі філософії, і природничої науки - медицини.

Перше подання про здоровий спосіб життя з'явилося в натурфілософських працях лікарів Коської школи, що зв'язують із ім'ям Гіппократа. Він першим з філософів стародавності прийшов до думки про те, що здорова людина - це та, яка легко пристосовується до умов зовнішнього середовища. Ця, на перший погляд проста, але геніальна ідея, знайшла своє наукове підтвердження лише в наш час. Гіппократ пише книгу «Про здоровий спосіб життя» (близько 400 років до н.е.) [25], що носить характер рекомендацій, наставляє людей, що бажають зберегти й зміцнити здоров'я, загартувати свій організм. Вона написана простою й зрозумілою мовою й дає вказівки про дієту в різні пори року для людей різної конституції й віку, вказівки про прогулянки, поради для бажаючих схуднути й поповнити, правила по здійсненню водних процедур, рекомендації займатися тим, що нині називається фізичною культурою. На думку Гіппократа, гімнастика, фізичні вправи, ходьба повинні міцно ввійти в повсякденний побут кожного, хто хоче зберегти працездатність, здоров'я, повноцінне й радісне життя.

Древньогрецький філософ Демокрит, у свою чергу, найбільше повно описував духовне здоров'я людини, під яким розумів «милостивий стан духу», коли душа перебуває в спокої й рівновазі, не хвилюється ні якими страхами, марновірствами й іншими переживаннями.

На думку Л.П. Сущенко[73] уже в античний період зароджується аксіологічний аспект поняття «здоров'я», тобто особливо підкреслюється його соціальна значимість або загальнолюдська цінність. У зв'язку із цим з'являються традиції вести здоровий спосіб життя. У рамках цих традицій саме суспільство в першу чергу піклується про стан здоров'я нації. Основним критерієм, що забезпечує інтелектуальний розвиток підрастаючого покоління, є наявність міцного здоров'я

Аналіз філософської думки античного періоду по проблемі здорового способу життя дозволяє нам зробити наступні *висновки*:

1. В античний період у науковий побут був введений термін «здоровий спосіб життя», подання про яке існувало на рівні повсякденної (емпіричної) свідомості.

2. Філософи античного періоду у своїх працях приділяли увагу завданням і способам ведення розумної життєдіяльності людини.

3. Виділяючи специфічні елементи здорового способу життя, віддавали перевагу фізичному його компоненту, а духовні і соціальні компоненти ігнорували, або приділяли їм недостатню увагу.

Початок схоластико-теологічного періоду у розвитку проблеми здорового способу життя збігається з катастрофою рабовласницького ладу й установам феодального способу виробництва (У-ХУст.). Цей перехід від однієї суспільної формації до іншої супроводжувався занепадом виробничої діяльності, ремесел, скороченням торгівлі, занепадом ужиттєміст. Економічний регрес привів до кризи в області культури: літератури, мистецтва, науки, філософії. Характерною рисою релігійного стилю мислення став авторитаризм, що припускає визнання абсолютного авторитету церкви, в епоху феодалізму закріпила свої позиції й зайняла виняткове місце в житті суспільства. Школа, освіта перейшли в руки церкви, що позбавила їхніх наукових джерел. Індивід епохи середньовіччя не існував як самоцінність, а повністю розчинявся в суспільстві, до якого належав. Він був обплутаний мережею зобов'язань, релігійних норм, які часто входили в суперечність один з одним, позбавлений права на унікальність і неповторність. Релігійні догми були покладені в основу всіх подань про природу, суспільство й людину.

Результатом неповажного відношення до фізіологічної сутності людини стали падіння загальної санітарії, ріст числа хвороб й у першу чергу - інфекційних. Так чума лютувала в Європі протягом 400 років, що призвело до зменшення чисельності населення континенту на одну чверть.

Однак, не дивлячись на заборони й переслідування церковної влади в епоху середньовіччя, проблема способу життя продовжувала хвилювати найбільш сміливі й прогресивні розуми людства. Основним принципом життя людини того часу став аскетизм, що характеризується відмовою від земних благ з метою досягнення моральної досконалості. Так державний діяч Київської Русі XI століття Володимир Мономах у своєму «Повчанні» призиває до загального аскетизму, у зв'язку, із чим рекомендує не лінуватися у своєму будинку й поза ним, не зловживати їжею і сном, уникаючи неправди, пияцтва й блуду, тому що вони згубні для душі й тіла [29,35-40].

Початок гуманітарно-фізіологічного етапу розвитку проблеми здорового способу життя припадає на епоху Відродження. Це період грандіозних суспільних змін, у ході яких в країнах Західної Європи (Італії, Німеччини, Англії, Франції, Данії, Норвегії, Швеції, Голландії) королівська влада за підтримкою городян починає тиснути феодальне дворянство, що призводить до соціально-економічного прогресу - відродженню торгівлі, появі мануфактурного виробництва, розвитку європейських націй і зародженню буржуазного суспільства. Натлі цих змін відбувається процес секуляризації - звільнення всіх областей життя-культурної й суспільної, від впливу релігії й церкви. В результаті революційних змін в економіці, суспільстві, духовній культурі здобувають самостійність наука, мистецтво, філософія, рішуче переглядається концепція людини й світу. Відбувається відродження античної філософської спадщини, античної культури, античного способу життя, але на якісно новому рівні. Із цього приводу Н. А. Добролюбов писав: «Тільки новітня наука відкинула схоластичний розвиток людини й стала розглядати його повному, нерозривному його складі, тілесному і духовному, не намагаючись роз'єднати їх» [32,77]. На зміну схоластиці Середньовіччя приходить гуманізм, що проголосив волю людської особистості, її цінності, турботу про благо людей.

Проблема здорового способу життя хвилювала й відомого німецького філософа XVIII століття І. Канта, який писав, що мистецтво бути здоровим полягає в тому, щоб не жаліти свої сили, не розслаблюватися комфортом і ледарством, постійно займатися й спати тільки вночі, більше рухатися й гуляти в будь-яку погоду, уміти об'єднувати навантаження на шлунок і ноги з розумовими навантаженнями [40, 332].

Питання всебічного розвитку дитини займали місце в діяльності класика радянської педагогіки 20-х років С. Т. Шацького й вирішувалися в ході експериментальної роботи в колонії-школі-колонії «Бадьоре життя». Заслугою педагога в рамках проблеми, що цікавить нас, варто вважати створення ним програми по охороні здоров'я дітей, заснованої на наукових даних гігієни. Вона передбачає виявлення вчителем знань, звичок, досвіду дітей у цій області: готування й прийняття їжі, користування свіжим повітрям, відношення до тепла й холоду, догляд за приміщенням, турбота про чистоту тіла, умови сну, попередження хвороб. Крім того, у програмі були визначені завдання школи, пов'язані з гігієнічним вихованням учнів, одержанням ними нового досвіду турботи про своє здоров'я: «...школа організує в себе раціональне харчування, піклується про чистоту повітря, загартовування, налагоджує догляд за собою, стежить за чистотою голови, носа, очей, рук, застосовує прості, але раціональні засоби для підтримки чистоти приміщення, залученню дітей до активної участі в цих справах» [77,55-56].

Відомий радянський педагог А. С. Макаренко в «Лекціях про виховання» дає характеристику режиму життя дитини як засобу виховання. По-перше, режим, на думку педагога, повинен бути доцільним. «Будь-яке правило життя повинно бути введене в родині не тому, що хтось інший його завів у себе, і не тому, що це необхідно для досягнення поставленої вами розумної мети» [56, 146-147]. Друга важлива властивість режиму полягає в його визначеності, точності й обов'язковості. Крім того, режим не залишається постійним, а змінюється в міру росту дитини, а також у

зв'язку з мінливими умовами його життя. У характеристиці режиму А.С. Макаренка керувався тільки педагогічним принципом, відповідно до якого відзначив його значення, що виховує. Але при цьому педагог не акцентував увагу на такій важливій властивості режиму життя, як його впливу на формування, зміцнення й збереження здоров'я.

Таким чином, резюмуючи вище викладене, ми констатуємо, що завдяки емпіричним дослідженням педагогів, гігієністів, медиків наприкінці ХІХ - початку ХХ ст. були закладені наукові основи фізичного виховання дітей і підлітків, спрямованих на збереження й зміцнення їхнього здоров'я. У полі зору вчених, як і раніше, залишаються переважно фізичне здоров'я й формування відношення до нього, які вивчаються на основі гігієнічних знань.

Науково-теоретичний етап. Головною стратегічною метою соціалістичної системи освіти й виховання 50-60-і рр. продовжує залишатися проблема всебічного розвитку особистості, яка мала яскраво виражену ідейно політичну спрямованість. Значний внесок у визначення шляхів педагогічного рішення цього завдання внесли радянські вчені-педагоги Н. К. Гончарів, Ф. Ф. Корольов, А. Н. Леонтьєв, І. С. Марченко, М. Н. Скаткин, В. А. Сухомлинський, Г. Н. Філонов. Їхня діяльність була спрямована на осмислення соціальних, психологічних і педагогічних явищ виховання, на виявлення закономірностей формування всебічно розвинутої особистості. У центрі уваги філософів, соціологів, психологів, педагогів 60-х років перебувало вивчення позиції особистості як методологічної проблеми, рішення якої сприяє поглибленню розуміння процесу виховання в цілому. Поняття «позиція особистості» застосовувалося тоді, коли йшла мова про дитину, як про суб'єкта виховання, про особливості її мотиваційної сфери, спрямованості, активності, самосвідомості. У психолого-педагогічній літературі активність розглядалася як результат розвитку особистості, як її істотна психологічна риса, найважливіша якість. Одним з факторів, що

стимулюють формування активності життєвої позиції учнів, був названий процес їхнього фізичного виховання, у рамках якого вирішувалася проблема збереження, зміцнення й збільшення здоров'я дітей.

Значний внесок у розвиток названої вище проблеми вніс видатний педагог ХХ століття В. А. Сухомлинський, який відзначав, що «...турбота про здоров'я — це важлива праця вчителя. Від життєрадісності, бадьорості дітей залежить їхнє духовне життя, світогляд, розумовий розвиток, міцність знань, віра у свої сили. Якщо виміряти всі турботи й тривоги про дітей протягом чотирьох років навчання, то добра половина - про здоров'я» [72,57].

Опираючись на знання анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини, В. А. Сухомлинський сформулював завдання фізичної культури, як важливий елемент всебічного гармонічного розвитку особистості. «Фізична культура повинна забезпечити свідоме відношення підлітка до власного організму, виробити вміння оберігати здоров'я, зміцнювати його правильним режимом праці, відпочинку, харчування, гімнастикою й спортом, загартовувати фізичні й нервові сили, попереджувати захворювання» [71, 88]. Не застосовуючи терміна «здоровий спосіб життя», педагог дав досить докладну характеристику його компонентів. У своїй практичній діяльності він приділяв велику увагу режиму, про який писав: «центральный момент режиму - правильне чергування праці й відпочинку, пильнування й сну... Нерівномірність праці, чергування періодів неробстваз періодами надмірної, неприпустимої напруги - серйозна помилка не тільки для здоров'я, ніг і для моральності» [70, 160].

Як практикуючий педагог В. А. Сухомлинський надавав особливого значення фізичному вихованню дітей, бесідам про людину. У ході таких бесід учні здобували наукові знання про розвиток людського організму й способи збереження й зміцнення його здоров'я.

Таким чином, використання діалогових методів у процесі фізичного виховання дітей, опора на досягнення наук (анатомії, фізіології, гігієни), що вивчають процеси, що протікають в організмі людини, і фактори зовнішнього середовища, що впливають на них, дозволяють нам розглядати діяльність В. А.Сухомлинського як серйозний крок на шляху рішення завдання, спрямованого на формування здорового способу життя підростаючого покоління.

Валеолого-педагогічний етап. Останні десятиліття ХХ століття - період небаченого по розмаху науково-технічного прогресу, результатами якого є успіхи цивілізації в освоєнні Космосу й надр Землі, досягнення в комп'ютерній техніці, розширення наукових знань про природу й суспільство. Сучасні тенденції науково-технічного прогресу, політичні, економічні, соціальні й екологічні процеси у світі істотно впливають на статус і функції культурних, освітніх і виховних інститутів. Відбувається глибока переоцінка цінностей, змінюється зміст суспільного буття й свідомості. Перераховані процеси закономірно впливають на розвиток системи освіти, у якій особливого значення набуває орієнтація на визнання цінності людини як особистості, його права на вільний розвиток своїх здібностей. Однією з необхідних умов продуктивної творчості, самовдосконалення людини є його здоров'я як результат раціонального організованого способу життя.

Однак, підвищення добробуту людей, розробка високоефективних промислових технологій, порушення екологічного балансу більших територій і цілий ряд інших об'єктивних факторів призвели до того, що спосіб життя сучасної людини все більшою мірою став провокувати такі явища, як гіподинамія, гіпертрофія, нервово-психічна перенапруга. Останні викликають ріст числа захворювань, пов'язаних з неправильною організацією способу життя індивіда. Особливо тривожне положення складається зі здоров'ям дітей, що проявляється в неухильному рості хронічних форм захворювань. Ця тенденція відзначається в дослідженнях

багатьох сучасних учених (Э.Н. Вайнера, В. В. Колбанова, Г. А. Кураєва та ін.).

Зусилля багатьох вчених-педагогів і психологів були спрямовані на розробку, аналіз, теоретичне й практичне обґрунтування структури здорового способу життя, основними компонентами якого на сучасному етапі вважаються:

- оптимальний руховий режим;
 - тренування імунітету, загартовування;
 - раціональна організація харчування;
 - психофізіологічна регуляція;
 - відсутність шкідливих звичок;
- раціональна організація життєдіяльності (раціональний режим життя);
 - валеологічна самоосвіта [19, 50];
 - дотримання особистої гігієни;
 - оптимальне сполучення праці й відпочинку [76, 65];
- творче самовиховання (самопізнання, саморегуляція, духовне збагачення, самореалізація) [59, 207-208].

Ряд вчених (В. К. Бальсевич, П. А. Виноградов, М. М. Рижик, А. В. Чоговадзе), дотримуючись традицій попередніх поколінь, вживають спробу виділити головний аспект здорового способу життя, яким пропонують вважати фізичну культуру й спорт, що служать своєрідним містком, що з'єднує в єдине ціле соціальне і біологічне в людині [7, 228].

Провідне місце в системі здорового способу життя, на думку О. Н. Московченко, займає мотивація, що спонукає учнів до діяльності по збереженню й зміцненню здоров'я, веденню розумного способу життя. Вчений-педагог запропонував ієрархію мотивів, утворену трьома їхніми групами: а) соціально-значимі мотиви (бути готовим до життя, навчання; домогтися високих результатів у навчанні); б) мотиви особистості (самоствердження, створення позитивних емоцій, упевненість в собі,

формування гарної фігури, самовдосконалення себе як особистості, пізнавальний інтерес); в) мотивація на здоров'я(бути здоровим, зміцнювати здоров'я, знизити вплив навколишнього середовища й екологічного середовища на здоров'я) [53, 30].

Однак, на думку Э. Н. Вайнера, спроба вичленувати домінуючий фактор і покласти його в основу здорового способу життя принципово невірна, тому що «кожна із пропонованих панацей не в змозі охопити все різноманіття взаємозв'язків функціональних систем, що формують організм людини й зв'язків самої людини із природою - усього того, що в остаточному підсумку визначає гармонійність його життєдіяльності й здоров'я» [19, 50].

Наступним аспектом проблеми здорового способу життя підростаючого покоління, якому в останнє десятиліття приділялася особлива увага, є створення класифікації принципів його організації. Аналіз публікацій по даному питанню дозволив нам виділити кілька підходів, які не суперечать один іншому, а доповнюють один одного й цим збагачують валеологічне навчання.

Виходячи зі знань про соціально-біологічну природу особистості, С. В. Попов пропонує класифікацію, що складається із двох груп принципів. Відповідно до біологічних принципів, спосіб життя повинен бути віковим, зміцнювальним, ритмічним й аскетичним; соціальні принципи вимагають, щоб спосіб життя був естетичним, моральним, вольовим і саме обмежувальним. Автор вказує на те, що реалізація цих принципів складна, суперечлива й не завжди дає бажаний результат. Причину цього дослідник пояснює недоліками в системі шкільної освіти, пов'язаними з формуванням мотивації здоров'я й здорового способу життя [67, 12-13].

Продовжуючи вивчення принципів здорового способу життя, Е. Н. Вайнер доповнює його наступним рядом основних положень, які частково дублюють погляди С. В. Попова, але в цілому збагачують його: активним

носієм здорового способу життя є конкретна людина як суб'єкт й об'єкт своєї життєдіяльності й соціального статусу; в реалізації здорового способу життя людина виступає в єдності своїх біологічних і соціальних ознак; в основі формування здорового способу життя лежить особистісно мотиваційна установка людини на втілення своїх соціальних, фізичних, інтелектуальних і психічних можливостей і потреб.

Важливою віхою в процесі валеолого-педагогічної розробки проблеми здорового способу життя є численні науково-практичні дослідження й теоретичний аналіз результатів впливу на здоров'я дітей у період їхнього навчання в школі цілого ряду здоров'я руйнуючих факторів. На думку В. Ф. Базарного до них відносяться: а) гіподинамія, б) тривалий вплив навчального середовища, в) вербальний принцип побудови передачі навчального матеріалу, г) надмірне захоплення «методиками інтелектуального розвитку» [28]. У підсумку сукупної дії названих негативних факторів шкільного життя учнів спостерігається катастрофічне погіршення фізичного, психічного й морального здоров'я, що дозволяє зробити висновок, відповідно до якого традиційний педагогічний процес не можна вважати здоров'язберігаючим, а спосіб життя дітей, у ньому що беруть участь, здоровими. Тому В. Ф. Базарний і його однодумці (Т. В. Горячов, В. А. Курова, М. А. Ненашева, Э. Я. Оладо, Л. П. Уфимцева) говорячи про необхідність проведення педагогічних технологій «у відповідність із законами становлення й розвитку дитячого організму й дитячої психіки, тобто зробити їх природньо доцільним» [28, 224], а значить і здоров'язберігаючими або валеологічно доцільними [31]. Дана проблема знаходить висвітлення в дослідженнях Г. К. Зайцева, С. А. Кабешової, У. В. Колбанова, Н. Н. Куїнджи, В. В. Пономарева, Л. Г. Татарникової, результатами, яких служать побудова, теоретичне обґрунтування й практичне впровадження здоров'язберігаючих технологій, на думку авторів, заснованих на індивідуалізації навчання й спрямованих на

задоволення освітніх потреб кожного хто навчається. Індивідуалізація навчання допускає індивідуалізацію змісту навчальних програм, темпів учбово-пізнавальної діяльності, методів впливу й взаємодії з різними дітьми, що й сприяє збереженню їх фізичного й психічного здоров'я [43; 48; 49; 51; 74].

Удосконалювання валеологічної культури Л. Г.Татарникова бачить через звертання до мистецтва, що тісно пов'язане із психофізіологічними явищами в організмі людини, формує культуру почуттів, що впливають на здоров'я, або нездоров'я індивіда [74, 136]. Саме мистецтво розглядається автором, як засіб формування філософії здоров'я, метод розвитку рефлексії. Включення його здоров'язберігаючої основи в педагогічний процес дозволить реалізувати екзистенціальні потреби особистості, структурувати навчальний процес на валеологічній основі, створити комфорт, що сприяє підвищенню мотивації навчання, поліпшити якість здоров'я учнів [74,143]. Подальший розвиток проблеми здорового способу життя підростаючого покоління й молоді В. В.Колбанов пов'язує в першу чергу з її аксіологічним аспектом. Учений вважає, що здоров'я як цінність повинне визнаватися основною метою й знайти відбиття в Конституції країни [43, 44-45], і підтримує висловлення В. А. Поліщук про те, що «здоров'я як головна цінність повинне бути критерієм керування країною» [53].

Таким чином, проведений нами історико-логічний аналіз досліджувальної області філософії, психології й педагогіки, присвячених становленню й розвитку проблеми здорового способу життя підростаючого покоління й формування ціннісного відношення до нього дозволив нам зробити наступні *висновки*:

1. Зусиллями багатьох педагогів, психологів, валеологів розроблена й представлена в публікаціях структура здорового способу життя, основними компонентами якої є: а) раціональне харчування, б) оптимальний руховий режим, в) загартовування, спрямоване на

підвищення імунітета, г) дотримання особистої гігієни, д) відсутність шкідливих звичок, е) валеологічна самоосвіта, ж) творче самовиховання з метою профілактики нервово-психічних розладів (самопізнання, саморегуляція (аутокорекція), духовне збагачення, самореалізація).

2. Сформульовано основні принципи організації й формування здорового способу життя, що відповідають соціально-біологічній природі особистості.
3. Розроблено, теоретично обґрунтовані й апробовані на практиці здоров'язберігаючі технології навчання, метою яких є навчання підростаючого покоління способам збереження, формування й укріплення здоров'я, ведення здорового способу життя.

Однак, як показує проведене нами теоретичне дослідження, загальна тенденція використання аксіологічного підходу до проблеми формування здорового способу життя пов'язана більше з психологічним аспектом, а педагогічний аспект усе ще залишається мало вивченим. Зокрема, у поле зору сучасних дослідників не потрапили педагогічні умови формування ціннісного відношення до здорового способу життя в майбутніх педагогів, які й з'явилися предметом нашого науково-теоретичного й практичного пошуку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

83. Азарных Т. Д. Психическое здоровье (вопросы валеологии) : учеб. пособие / Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников. – М. : Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж : Изд-во НПО „МОДЭК”, 1999. – 112 с.
84. Азархин А. В. Мироззрение и эстетическое развитие личности / А. В. Азархин. – К. : Наукова думка, 1990. – 312 с.
85. Аймермахер К. Знак. Текст. Культура / Карл Аймермахер. – М. : Дом

- интеллектуальной книги, 1998. – 228 с.
- 86.Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1998. – 148 с.
- 87.Андросов М. Психологічне здоров'я особистості в навчальних закладах / М. Андросов // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4. – С. 27–32.
- 88.Бабанський Ю. К. Обрані педагогічні праці. - К.: Педагогіка, 1989.– 560с.
- 89.Бальсевич В. К. Фізична підготовка в системі виховання культури здорового способу життя людини // Теор. і практ. фіз. культ. 1990. № 1. –С. 22–25.
- 90.Бакштанский В. Л. Менеджмент вашего здоровья / В. Л. Бакштанский, О. Н. Жданов. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 224 с.
- 91.Бахтин М. М. К философии поступка / М. М. Бахтин // Философия и социология науки и техники : ежегодник, 1984–1985. – М. : Наука, 1986. – С. 80–160.
- 92.Бачериков Н. Е. Философские вопросы психиатрии / Н. Е. Бачериков, В. П. Петленко, Е. А. Щербина. – К. :Здоров'я, 1985. – 192 с.
- 93.Бачишин В. А. Культурология. Энциклопедический словарь / В. А. Бачишин. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 2005. – 285 с.
- 94.Беспалько В. П. Дополнение педагогической технологии. - М.:Педагогика, 1989.–192с.
- 95.Беспалько В. П. Про можливості системного підходу в педагогіці // Радянська педагогіка. 1990. № 7. –С. 59–60.
- 96.Бондаревська Е. В. Гуманістична парадигма особистісно орієнтованої освіти // Педагогіка. 1997. № 4. – С. 11–17.
- 97.Брехман И. И. Валеология — наука о здоровье. - 2-і изд. — М.:Физкультура и спорт, 1990.–208с.

- 98.Брехман И. И. Проблема обучения человека здоровью // Валеология: Диагностика, способы и практика обеспечения здоровья. - Вып 2. — Владивосток: Дальнаука, 1995. – С. 40–49.
- 99.Бузян У.В, Спосіб життя й здоров'я школярів: досвід валеології / Здоров'я й освіта: Педагогічні проблеми валеології. Матеріали Другої Всеросійської науково-практичної конференції 25-26 березня 1997 / Під ред. В. В, Колбанова. –Спб., 1997. –С. 20–22.
100. Бузян В. В.Здоровье ребенка и пути его формирования и защиты: Материали. Второй международной научно-практической конференции 28-29 марта 2000. –Липецк, 2000. –С. 31–33.
101. Вайнер Э. Н. Введение в валеологию. Методическое пособие для студентов. –Липецк, 1999. –95 с.
102. Вайнер Э. Н. Здоровый образ жизни как острая социально-демографическая проблема // Физ. культура й здоровый образ жизни: Тезы III Международ. научно-практ.конфер. — Липецк, 1994. –С. 1–2.
103. Вайнер Э. Н. Рациональная организация жизнеспособности человека. Методическое пособие для студентов. –Липецк, 1999. –33 с.
104. Вентцель К. Н.Свободное воспитание. Сб.науч. Трудов. М., 1993. – С. 74–90.
105. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. –М.:Высшая школа, 1991. –204 с.
106. Воронцова В. Г. Педагогічна валеологія й гуманізація освіти: історико-педагогічний аспект //Історія педагогіки сьогодні. / Під ред. В.Г. Воронцової. – Зпп., 1998. – С. 120–134.
107. Гиппократ. Клятва. Закон про лікаря. Наставляння. / Пер. с грецк. В.І. Руднева.–Мн.: Сучасний літератор, 1998. –720 с.
108. Горен М. Путь к здоровью и долголетию / М. Горен – М. : ПТО

- „Селф”, 1992. – 335 с.
109. Горячев В. Здоровье – категория педагогическая / В. Горячев // Народное образование. – 1999. – № 9. – С. 219–231.
110. Гундаров И. А. Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни / И. А. Гундаров, Н. В. Киселева, О. С. Копика. – М. : НПО „Союзмединформ”, 1989. – 84 с.
111. Гурвич И. Н. Теоретические модели, эмпирические исследования и их практическое применение в зарубежной психологии здоровья / И. Н. Гурвич // Психология здоровья / [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2000. – 504 с.
112. Дерябо С. Д., Левин В. А. Экологическая педагогика и психология. – Ростову-на-Дону: «Феникс», 1996. – 480 с.
113. Загвязинский В. И. Педагогическое предвидение / В. И. Загвязинский. – М. : Знание, 1987. – 80 с.
114. Зайцев Г. К. Валеология: культура здоровья : кн. для учителей и студ. / Г. К. Зайцев, А. Г. Зайцев. – Самара : БАХРАМ-М, 2003. – 268 с.
115. Зайцев Г. К. Какой должна быть „школа здоровья” / Г. К. Зайцев // Валеология. – 2001. – № 1. – С. 60–62.
116. Здіорук С. І. Психологічне обґрунтування використання ЗМІ та різних видів рекламно-продукції з метою профілактики нарко-, токсикоманії та алкоголізму / С. І. Здіорук // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 10. – С. 6–9.
117. Здравомыслов А. Т. Потребности, интересы, ценности / А. Т. Здравомыслов. – М., 1986. – 287 с.
118. Зязюн І. А. Педагогіка добра: ідеали і реалії : наук.-метод. посіб. / І. А. Зязюн. – К. : МАУП, 2000. – 312 с.
119. Кельин Л. Л. Как самостоятельно избавиться от курения / Л. Л. Кельин, Ю. Л. Мучник, М. С. Прусс. – СПб. : Изд. Дом „Нева”; М. : ОЛМА-ПРЕСС, Экслибрис, 2003. – 160 с.

120. Климова В. П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика) / В. П. Климова. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 376 с.
121. Коваль Л. Професійна підготовка майбутніх учителів початкової школи: технологічна складова : [монографія] / Л. Коваль. – Донецьк : Юго-Восток, 2009. – 375 с.
122. Колбанов В. В. Валеология. Основные понятия, термины и определения / В. В. Колбанов. – СПб. : ДЕАН, 2000. – 232 с.
123. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей / О. В. Корнієнко – К. : Видавничий центр „Київський університет”, 2000. – 126 с.
124. Коробкина З. В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / З. В. Коробкина, В. А. Попов. – М. : Академія, 2000. – 192 с.
125. Кравченко Т. В. Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії сім'ї і школи : монографія / Т. В. Кравченко. – К. : Фенікс, 2009. – 416 с.
126. Кривошеєва Г. Л. До проблеми формування культури здоров'я студентів університету / Кривошеєва Г. Л. // Зб. наук. Праць Бердянського державного педагогічного інституту ім. П. Д. Осипенко (Педагогічні науки) : у 2-х ч. Ч. 2. – Бердянськ, 2002. – С. 171–178.
127. Крылова Н. Б. Формирование культуры будущего специалиста / Н. Б. Крылова. – М. : Высшая школа, 1990. – 272 с.
128. Кулюткин Ю. Н. От идеи к решению // Мышление учителей. - М., 1990. – С. 40–54.
129. Лебедева Н. Т. Формування здорового стилю життя школярів. — Мінськ: Народна асвета, 1996. - 144 с.
130. Лисицин Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни /

- Ю. П. Лисицин // ЗРФ. – 1998. – № 3. – С. 49–52.
131. Лисицин Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицин. – М. : Просвещение, 1982. – 146 с.
132. Лисицин Ю. П. Слово о здоровье / Ю. П. Лисицин. – М. : Советская Россия, 1986. – 192 с.
133. Личность. Ценности. Изменяющийся мир / [под ред. Ю. И. Колюткина]. – СПб. : ИОВ РАО, 1998. – 75 с.
134. Лищук В. А. Технология повышения личного здоровья / [под ред. В. И. Покровского] / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. – М. : Медицина, 1999. – 320 с.
135. Лозинский В. С. Учитесь быть здоровыми / В. С. Лозинский. – К. : Центр здоровья, 1993. – 160 с.
136. Луначарский А. В. О воспитании и образовании/ Под ред. А.. М. Арсеньева, Н. К. Гончарова, И. А. Капрова, М. А. Прокофьева, В. А. Разумова. — М.:Педагогика, 1976. – 636 с.
137. Московченко О. Н. Системний підхід до оцінки здорового способу життя // Валеологія, 1999, № 2. –С. 14–18.
138. Мудростьвоспитания: Книга для родителей. / Сост. Б. М. Бим-Бад, Э. Д. Днепров, Г. Б. Корнетив. –М.:Педагогика, 1988. –288 с.
139. Мясищев В. Н. Психологияотношений. – М., 1995. – 356 с.
140. Овчинникова Л. Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога :дис. кандидата пед. наук : 13.00.01 / Овчинникова Людмила Николаевна. – Екатеринбург, 2003. – 194 с.
141. Омельченко С.О. Педагогіказдоров'я:навч. посібник / С. О. Омельченко. – Слов'янськ : Вид.центр СДПУ, 2009. – 205 с.
142. Організм та особистість. Діагностика та керування / А. Магльований, В. Белов, А. Котов. – Львів :Медична газета України, 1998. – 326 с.

143. Оржеховська В. Педагогіка здорового способу життя / В. Оржеховська // Шлях освіти. – 2004. – № 7. – С. 11–12.
144. Освіта – шлях до здоров'я / [Г. В. Степанова, Н. Г. Гусєва, С. М. Довгих, Н. Б. Вагінова] // Безпека життя і діяльності та здоров'я учнівської молоді : зб. наук. праць Бердянського держ. пед. ін-ту імені П. Д. Осипенка. – Бердянськ, 2002. – Ч. 2. – С. 216–218.
145. Освітні технології : навч.-метод. посібник / [О. М. Пехота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.; за заг. ред. О. М. Пехоти]. – К. : А.С.К., 2001. – 256 с.
146. Платонов К. К. Короткий словник системи психологічних понять.
Навчальний посібник. — К.: Вища школа, 1981. – 175с.
147. Платонов К. К. Структура й розвиток особистості. - К.:Думка, 1986. – 265с.
148. Поташнюк І. В. Професійна валеологічна підготовка майбутніх біологів у вищих закладах освіти III–IV рівнів акредитації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. : 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти”. – Луцьк, 2000. – 185 с.
149. Практикум по возрастной психологии : учеб.пособие / [под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко]. – СПб. : Речь, 2002. – 730 с.
150. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / [под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова]. – СПб. : Речь, 2001. – 448 с.
151. Свириденко С. Формування ціннісних орієнтацій як чинник духовного здоров'я особистості / С. Свириденко // Проблеми освіти. – К. : Науково-методичний центр вищої освіти, 2002. – Вип. 29. – С. 72–78.
152. Свириденко С. О. Формування в учнів умінь і навичок здорового способу життя / С. О. Свириденко // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць /

- Інститут проблем виховання АПН України. – К. – Житомир, 2005. – С. 322–326.
153. Сухомлинский В. А. Рождениегражданина. –Владивосток: Владивосточноекнижноеиздательство, 1974. – С. 336.
154. Сухомлинський В. А. Серце віддаю дітям. - Київ: «Радянська школа», 1973. – 244 з.
155. Сущенко Л. П. Соціальнітехнологіїкультивування здорового способу життялюдини / Л. П. Сущенко. – Запоріжжя : ЗДУ, 1999. – 308 с.
156. Татарникова Л. Г. Валеология в педагогическом пространстве : [монография-эссе] / Л. Г. Татарникова. – СПб. : Крисман, 1999. – 167 с.
157. Татарникова Л. Г. Педагогическая валеология: генезис, тенденции развития / Л. Г. Татарникова. – СПб., 1995. – 264 с.
158. Титаренко Т. М. Специфіканастановмолодіна здоровий спосібжиття / Т. М. Титаренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 6. – С. 65–69.
159. Шацкий С. Т. Избранныепедагогическиесочинения : В 2-х т. Т. 2 / Подред. Н. П. Кузина, М. Н. Скаткина, В. Н. Шацкой. М.,Педагогика, 1980. —416с.
160. Якиманская И. С. Личностно-ориентированноеобучение в современнойшколе. – :Сентябрь, 1996. – 96 с.
161. Everly G. S. Jr. A clinical guide to the treatment of human stress response. – N.-Y. : Plenum Press, 1989. – 217 p.
162. Hobfoll S. E. The ecology of stress. – N.-Y. : Hemisphere, 1988. – 260 p.
163. Lalonde M. Nouvelle Perspective de la Sante des Canadies. – Ottawa, Ministry of Health and Welfare, 1974.
164. Pinet G. Health challenges of the 21st century: a legislative approach to health determinants // Health legislation at the dawn of the XXIst

century. – International Digest of Health Legislation – special issue. – 1998. – Vol. 49. – N 1. – P. 137–138.

РОЗДІЛ VI

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ

В умовах постійно мінливого соціального середовища проблема збереження здоров'я стає однією з найбільш гострих проблем сучасності. Спрямованість особистості на здоровий спосіб життя – процес, тривалий за часом, що починається з дитячого віку. У зв'язку з цим система освіти є найважливішим механізмом у формуванні практичних умінь і навичок збереження і зміцнення здоров'я, мотивації людини на здоровий спосіб життя. Головне завдання освітньої політики – забезпечення якісної освіти на основі збереження його фундаментальності та відповідності актуальним потребам особистості, суспільства і держави. Актуальність проблеми підтверджується тим, що сьогодні суспільство потребує формування особистості, яка усвідомлює цінність здоров'я, вміє організувати діяльність по його збереженню і зміцненню, орієнтованої на ведення здорового способу життя, що виключає нанесення будь-якої шкоди своєму здоров'ю і здоров'ю оточуючих. [4]

Існують різноманітні уявлення про здоров'я, і як воно вимірюється, про що свідчить наявність понад ста визначень цього поняття, сформульовані представниками різних наукових дисциплін в різний час в різних країнах. Цей список вражає як різноманіттям трактувань, так і різноманітністю ознак, що використовуються при дефініції цього поняття. На побутовому рівні ми розуміємо, що здоров'я – це відсутність хвороб, але з наукової точки зору цього недостатньо. Людина – істота соціально-біологічна, отже, стан здоров'я необхідно розглядати не тільки з точки зору біології, але і з урахуванням соціального благополуччя.

Однією з ціннісних складових, що сприяють розвитку особистості, є формування мотивації до ведення здорового способу життя. Стандарт нового покоління орієнтований не тільки на засвоєння певної суми знань, а

й на розвиток здібностей, спрямованих на здоровий і безпечний спосіб життя.

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Останнім часом в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'я руйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг, здоров'я витратністю сучасної системи освіти. Особливу занепокоєність викликає стан здоров'я дітей, шкільної та студентської молоді. Аналіз статистичних даних свідчить, що всього лише 5% випускників шкіл є практично здоровими, 40% школярів хронічно хворі, 50% мають морфо-функціональні відхилення, до 80% страждають на різні нервово-психічні розлади. Тільки 5% юнаків допризовного віку не мають медичних протипоказань до проходження військової служби. У зв'язку з цим проблема вивчення механізмів здоров'я та шляхів його збереження є надзвичайно актуальною. Розуміння суті здоров'я з позицій фізичного, психологічного, соціального й духовного благополуччя дозволить виявити філософські, культурологічні, медико-біологічні й психолого-педагогічні аспекти його формування.[8]

Теоретико-методологічні засади цих питань сформульовано у працях А. Здравомислова, І. Мирнова, Л. Сущенко та ін.; проблему суб'єкт-суб'єктного, особистісно зорієнтованого підходу до виховання висвітлено в роботах К. Абульханової-Славської, І. Беха, Л. Божович, Ю. Кікнадзе, О. Кононко, М. Левківського, А. Маслоу, В. Постового, С. Рубінштейна, М. Чобітька, К. Чорної та ін.; питання формування здорового способу життя з позицій медицини розкрито в роботах М. Амосова, Н. Артамонова, А. Леонтєва, Ю. Лісіцина, Р. Мотилянської, В. Язловецького та ін.;

психолого-педагогічні аспекти виховання здорового способу життя дітей і молоді розглянуті в дослідженнях Т. Бойченко, Г. Голобородько, М. Кобринського, Т. Круцевич, С. Лапаєнко, В. Оржеховської, Ю. Похолінчука, В. Радула, С. Свириденко, М. Солопчука; формування здорового способу життя засобами фізичного виховання досліджували В. Арефєв, О. Артюшенко, О. Вацеба, Г. Власюк, Л. Волков, М. Герцик, Л. Гурман, В. Дробинський, О. Дубогай, С. Закопайло, М. Зубалій, Д. Касенок, О. Куц, В. Новосельський, І. Панін, І. Петренко, Р. Раєвський, А. Рибковський, О. Скоробагатов, С. Сичов, Є. Столітенко, А. Турчак, Є. Франків, Б. Шиян, П. Щербак та інші.[10]

Проблема формування здорового способу життя охоплює широкий спектр питань. Але необхідність збереження здоров'я і запобігання його погіршенню потребує всебічного і комплексного вивчення всіх можливих форм вкорінення в систему освіти формування здорового способу життя. Школа, трудові колективи, сім'я – найефективніші інституції формування здорового способу життя та культури здоров'я дітей та молоді.[13]

Поняття «здоров'я» з давнього часу не мало конкретного наукового визначення. Тільки зараз, із виділенням такої науки, як валеологія (науки про здоров'я), стало можливим якісно й кількісно визначити це поняття. На сьогоднішній день не можливо виділити одне, загальновизнане тлумачення поняття «здоров'я» [5, 16]. В значній мірі це зумовлено тим, що наявні поняття «здоров'я» мають у своїй основі різні методичні підходи та критерії. Як зазначає Н. Панкратьєва зі співавторами [16] різноманітність поглядів на сутність поняття здоров'я та безрезультатність спроб знайти єдину, узгоджену думку пояснюється тим, що здоров'я являє складне явище, характерні та найбільш значимі сторони якого дуже складно узагальнити коротко та однозначно.

Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. В одних працях обговорюється саме поняття

«здоров'я», в інших досліджуються клінічні аспекти порушень здоров'я, треті присвячені дослідженню факторів, що визначають здоров'я, самостійну групу становлять праці, що розглядають шляхи й засоби відновлення, збереження і розвитку здоров'я. Невелику частку досліджень складають теоретико-методологічні дослідження проблем здоров'я. Сучасною тенденцією в пізнанні здоров'я є міждисциплінарні дослідження, що підвищує їхню теоретичну й практичну ефективність. Значну роль у вивченні проблем збереження здоров'я здорової людини відіграла інтегральна наука валеологія (Г. Апанасенко, Ю Бойчук, І. Брехман, Е. Вайнер, М. Гончаренко, В. Горащук, М. Гриньова, Е. Казін, В. Казначеев, В. Колбанов, В. Кулініченко, Г. Кураєв, І. Муравов, В. Петленко, С. Страшко та ін.). [9]

Визначення практичних шляхів здоров'язбереження потребує виявлення сутності ключового поняття «здоров'я». Аналіз наукової літератури свідчить про наявність більше 450 визначень здоров'я людини, сформульованих фахівцями з різних наукових дисциплін. Можна відмітити шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я: 1) здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; 2) здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; 3) здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; 4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; 5) відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; 6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя. Одночасно з цим треба зазначити, що до теперішнього часу немає загальноприйнятого визначення поняття «здоров'я людини» [7]. Багато дослідників традиційно продовжують вважати, що розв'язання цього завдання є виключно проблемою медико-біологічних наук. Але відзначимо, що здоров'я людини є також проблемою філософії, соціології, психології, педагогіки та низки інших наук.

«Здоровою може вважатися людина, – писав ще у 1941 році американський теоретик медицини Г. Сігерист, – яка відзначається гармонійним фізичним та розумовим розвитком і добре адаптована до оточуючого її фізичного то соціального середовища. Вона повністю реалізує свої фізичні і розумові здібності, може пристосовуватися до змін в оточуючому середовищі, якщо вони не виходять за межі норми, і внести свій вклад у добробут суспільства, відповідно до її здібностей. Здоров'я тому не означає просто відсутність хвороб: це дещо позитивне, це життєрадісне й охоче виконання обов'язків, які життя покладає на людину».[11]

Більш детально: здоров'я – це здатність:

- прилаштовуватися до середовища і своїх особистих можливостей;
- протистояти зовнішнім і внутрішнім хворобам, іншим пошкодженням, старінню та іншим формам деградації;
- зберігати себе, природне та штучне середовище проживання;
- розширювати свої можливості, умови і ареал проживання, об'єм і розмаїття доступного екологічного, інтелектуального і морально-етичного середовища проживання;
- збільшувати тривалість повноцінної життєдіяльності;
- покращувати можливості, якості і здібності свого організму, якість життя і середовища проживання;
- виробляти, підтримувати і зберігати собі подібних, а також культурні, духовні і матеріальні цінності;
- створювати адекватну самосвідомість, етико-естетичне ставлення до себе, близьких, людини, людства, добра та зла.

Академік В.Казначеев підкреслював, що здоров'я –це цілісний багатовимірний динамічний стан, що розвивається в процесі реалізації генетичного потенціалу в умовах конкретного соціального й екологічного середовища і дозволяє людині в різному ступені здійснювати її біологічні та соціальні функції; процес збереження і розвитку фізіологічних

властивостей, потенцій психічних і соціальних; процес максимальної тривалості життя при оптимальній працездатності й соціальної активності [8, с. 55]. Це визначення можна вважати найбільш вдало представленим із позицій цільових функцій будь-якого суспільства.

Сучасний погляд розуміє під здоров'ям людини феномен, що інтегрує чотири основні складові здоров'я:

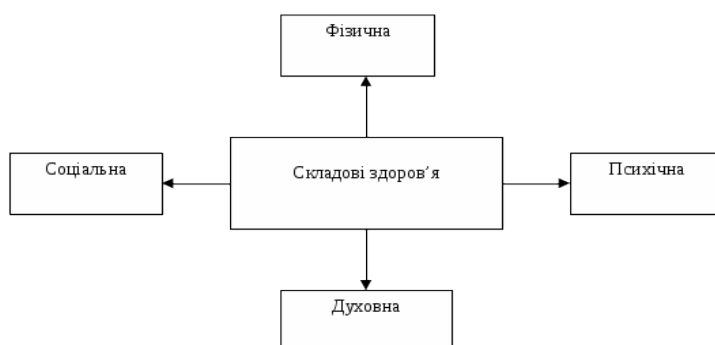


Рис. 1 Складові здоров'я

Фізичне здоров'я визначається такими чинниками, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах довкілля, під час спокою та руху, рівень фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні характеристики психічних процесів і властивостей людини – особливості мислення, характеру, психоемоційного типу (зокрема, збудженість, емоційність, чутливість), які зумовлюють силу і швидкість реакцій на подразники та життєві ситуації, рівень стресу, вірогідність афектів, уяви, почуття тощо. Психічне здоров'я також значною мірою зумовлює потреби людини, мотивацію, психологічні установки, життєві цілі тощо.

Духовне здоров'я тісно пов'язане із багатством духовного світу особистості, знанням і сприйняттям духовної культури (цінностей освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики тощо), включає рівень свідомості, особливості світогляду, життєвої самоідентифікації, ставлення до сенсу

життя, оцінку власних здібностей і можливостей їх реалізації відповідно до усвідомлених ідеалів, особливості життєвих цілей, загалом ментальність людини.

Соціальне здоров'я характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв'язками з людьми і соціальними інститутами, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо. Ефективність процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя залежить від спрямованості виховного процесу, форм та методів його організації.

Обов'язковим компонентом національної освіти мають бути знання про формування, збереження і зміцнення здоров'я людини. Тим більше, що за останнє десятиріччя внаслідок різких негативних явищ, в першу чергу, еколого-економічної кризи, стан здоров'я населення різко погіршився. Насамперед, це стосується дітей та підлітків.

Здоров'я – це комплексне поняття, воно не може бути виведене за рамки філософської концепції людини, науковим виразом якої виступає філософське вчення про людину, яке орієнтується на те, що людина є результатом природної, біологічної та соціальної еволюції і як породження цієї еволюції повинна бути оптимально пристосована до природних умов її життя і створеною нею культури. Вище викладене показує важливу роль виховання у кожної людини відношення до здоров'я, здорового способу життя як до головної людської цінності. Формування загальної культури особистості в сучасному суспільстві виступає центральною потребою системи освіти. Провідне місце у вирішенні цієї проблеми займає формування культури здорового способу життя.

Методологічною основою формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді є гуманістичний підхід, сутність якого полягає у створенні сприятливої ситуації для їх готовності до

сприйняття й адекватного реагування на виховні дії шкільного та соціального середовища. Рівень цієї готовності характеризується здатністю дітей та молоді перетворювати зовнішні вимоги на внутрішні спонуки, мотиви поведінки з пробудженням їх самосвідомості і відповідальності за власну культуру.

Поняття «здоровий спосіб життя» розглядається у співвідношеннях тріади: здоров'я - здоровий спосіб життя - культура здоров'я.

Здоров'я за визначенням ВООЗ — це стан повного фізичного, душевного (духовного) та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи фізичних вад. Тому здоров'я розглядається не лише як ресурс, а як мета життя. За Національною програмою «Діти України» визначено чотири аспекти здоров'я: фізичне, психічне, духовне, соціальне. Поняття «здоров'я» нерозривно пов'язане із поняттям «здоровий спосіб життя» як сценарій життєдіяльності, спрямованої на збереження та покращення здоров'я дітей.

Спільною рисою у визначенні здорового способу життя є його спрямованість на формування здорової людини. Він виступає як дієвий і надійний засіб збереження та зміцнення здоров'я, є основою первинної профілактики захворювань, однією з найбільш ефективних форм їх запобігання.

Потрібно зазначити, що відсутність загальноприйнятого визначення змісту і структури здорового способу життя, як це не парадоксально, обумовлене відсутністю добре розробленої теорії здоров'я. Тобто, для розуміння змісту і структури здорового способу життя необхідно визначитися з поняттям «здоров'я».

Немає у людини цінності більшої за здоров'я. Здоров'я людей належить до числа глобальних проблем, що мають життєво важливе значення для всього людства. Саме тут загострення сьогоденних та майбутніх протиріч може призвести в перспективі до катастрофічних наслідків [13].

Складовими частинами, умовами здорового способу життя є чинники здоров'я:

- природа (космос та навколишнє природне середовище), гармонійне співжиття з природою;
- духовність;
- сприятливий психологічний мікроклімат у мікро – та макросередовищі, тобто в сім'ї, колективі класу, суспільстві; мажор (чекання завтрашньої радості);
 - збалансоване харчування, яке ґрунтується на натуральній їжі;
 - раціональний добовий режим;
 - оптимальний руховий режим;
 - загартовування;
 - гігієнічні навички.

Здоровий спосіб життя виключає, наявність шкідливих звичок. Таким чином, здоровий спосіб життя учнів має охоплювати, вплив природного та соціального середовища, духовний світ, форми і види діяльності, відпочинку та досвід використання чинників здоров'я в повсякденному житті. Особливе місце в його реалізації має зайняти здоров'язберігаюча педагогіка, побудована на принципах гуманізації та «бережливого ставлення вчителя до здоров'я дітей у навчально-виховному процесі загальноосвітньої школи» [13].

З метою створення позитивних умов для формування здорового способу життя основними напрямками педагогічного та культурно-просвітницького впливу на молодь, на нашу думку, мають стати:

- формування в молоді навичок соціальної діяльності щодо запобігання нещасним випадкам;
- формування уявлень щодо необхідності проходити медичні обстеження згідно із затвердженими нормами; про важливість дотримання основних санітарно-гігієнічних норм;
- поліпшення роботи з масового фізичного виховання;

- організація статевого виховання з метою запобігання небажаної вагітності і венеричних хвороб;
- розробка ефективних культурно-просвітницьких методів протидії поширення ВІЛ/СНІДу і хімічних залежностей – тютюнової, алкогольної, наркотичної, токсикоманії;
- педагогічна корекція поведінки відповідно до умов дотримання здорового способу життя [6, 35].

Необхідно зауважити, що специфіка педагогічного впливу на особистість повинна ґрунтуватися на вікових особливостях особистості.

Результатом сформованості здорового способу життя є культура здоров'я як інтегративна якість особистості і показник вихованості, що забезпечує певний рівень знань, умінь і навичок формування, відтворення та зміцнення здоров'я і характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я та здоров'я оточуючих. Методологічним підґрунтям є діяльнісний і системний підходи до формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

У вітчизняних педагогічних дослідженнях основну увагу дослідники приділяють можливості формування культури здоров'я особистості в процесі виховання і навчання. Тому культуру здоров'я визначають як систему знань, вмінь, навичок, які характеризуються і проявляються в способі життя і ставленні до власного здоров'я і здоров'я інших (В. Оржеховська, В. Горащук, С. Кириленко, Н. Малярчук, та ін.).

Для обґрунтування використання поняття культура здоров'я в педагогічних дослідженнях необхідно зупинитися на двох основних підходах, що зустрічаються в науковій літературі. По-перше, дослідники розглядають культуру здоров'я особистості з позиції освітньої мети і тоді ключовими визначеннями для цього феномену будуть обсяг знань, вмінь, навичок і доцільність їх застосування особистістю в соціокультурному середовищі. Даний підхід зустрічається у працях В. Оржеховської, В. Горащука, С. Кириленко, О. Кириченка, М. Голікова, В. Макаренка,

В.Тонконога та ін. Так, В.Оржеховська культуру здоров'я визначає як невід'ємну складову загальної культури особистості, що забезпечує певний рівень знань, умінь, навичок з питань формування, відтворення, зміцнення здоров'я та характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного здоров'я і здоров'я оточуючих [9]; В.Горащук – як важливий складовий компонент загальної культури людини, обумовлений матеріальним і духовним середовищем життєдіяльності суспільства, що виражається у системі цінностей, знань, потреб, умінь і навичок людини з формування, збереження і зміцнення її здоров'я [3]; В.Макаренко – як сформованість уявлень про здоров'я і здоровий спосіб життя; знання про засоби збереження і зміцнення здоров'я; усвідомлення базових ресурсів свого організму; усвідомлення відповідальності за стан власного здоров'я; розвиток навичок психофізичної саморегуляції і самоконтролю; відсутність шкідливих звичок [7]. По-друге, дослідники акцентують увагу на феномені культури здоров'я як психічному утворенні особистості (О.Ахвердова, В.Магін, Т.Латишева, В.Кожановтаін.). Так, Т.Латишева із співавторами визначає культуру здоров'я як індивідуально-цілісну структуру самосвідомості, що проявляється в єдності фізичних, біологічних, психологічних, соціальних і духовних складових її особистості, що визначають його спосіб життя, її персональний зміст властиво здоров'я [6]; О.Ахвердова – як інтегративне особистісне утворення, що є проявом гармонійності, багатства і цілісності особистості, універсальності її зв'язків із оточуючим світом і людьми, а також здатності до творчої і активної життєдіяльності [1].

Однією з необхідних умов ефективного виховання прагнення до ведення ЗСЖ є мотивація оздоровчої діяльності. Критеріями формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді можна вважати:

- на рівні фізичного здоров'я: прагнення до фізичної досконалості, ставлення до власного здоров'я як до найвищої соціальної цінності, фізична

розвиненість, загальна фізична працездатність, загартованість організму, дотримання раціонального режиму дня, виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування;

- на рівні психічного здоров'я (психологічного комфорту): відповідність пізнавальної діяльності календарному віку, розвиненість довільних психічних процесів, наявність саморегуляції, адекватна самооцінка, відсутність акцентуацій характеру та шкідливих поведінкових звичок;

- на рівні духовного здоров'я: узгодженість загальнолюдських та національних морально-духовних цінностей, наявність позитивного ідеалу, працелюбність, відчуття прекрасного у житті, в природі, у мистецтві;

- на рівні соціального здоров'я (соціального благополуччя): сформована громадянська відповідальність за наслідки нездорового способу життя, позитивно спрямована комунікативність, доброзичливість у ставленні до людини, здатність до самоактуалізації, саморегуляції, самовиховання. Формування здорового способу життя, культури здоров'я, підвищення їх виховних можливостей потребує максимальної уваги до мотиваційної сфери дітей та молоді у прагненні бути здоровими. Мотивація на здоровий спосіб життя - це система ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонук до збереження, відновлення і зміцнення здоров'я.[14]

Здоровий спосіб життя – це реалізація комплексу дій у всіх основних формах життєдіяльності людини: трудовій, суспільній, сімейно-побутовій; якщо говорити конкретніше, то мова йде про фізіологічно адаптаційні можливості людини до впливів зовнішнього середовища та зміну станів внутрішнього середовища.

Доведено, що ніякі побажання, накази, покарання не можуть змусити людину вести здоровий спосіб життя, берегти і зміцнювати власне здоров'я, якщо немає усвідомленої мотивації на здоровий спосіб життя.

Формування мотивації здоров'я має базуватися на двох важливих принципах віковому та діяльнісному.[26]

Перший принцип: виховання мотивації до збереження власного здоров'я необхідно починати з раннього дитинства.

Другий принцип стверджує: мотив здоров'я слід створювати через оздоровчу діяльність по відношенню до себе, тобто формувати нові якості шляхом вправ. На цьому принципі була заснована вся соціальна еволюція людини. На основі усвідомленої мотивації і формується власний спосіб здорової поведінки.

Студентська молодь заслуговує першочергову увагу в даному питанні, так як не тільки продуктивною силою, а й найбільш активною частиною суспільства, якій буде довірено подальший розвиток української держави. На заклади вищої освіти покладається велика відповідальність за формування у студентів високої вимогливості до себе, щоденної потреби здійснення трудових дій, вмінню і прагненню до здорового способу життя. [18]

Говорячи про мотивацію здорового способу життя, в першу чергу люди повинні навчитися розуміти, що їхнє здоров'я – величина непостійна.

По-друге, дитина засвоює найкраще, ті правила, що виконують люди, які є для неї авторитетами, а точніше, її батьки. А далі, протягом життя – друзі, однодумці і близьке оточення.

У групі (фітнес, розсилки, форуми) завжди легше підтримувати в собі мотивацію, особливо під час її «падіння». А цей час завжди приходить. Енергія, що циркулює в групах допомагає «підняти» мотивацію і дає людині нові сили для просування. [23]

Ще один дієвий спосіб підтримати в собі мотивацію – візуалізація бажаного. Уявіть те, до чого ви хочете прийти, кінцевий результат, і усвідомлено йдіть до мети.

Серед форм і методів процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя пріоритетна роль належить активним методам, що ґрунтуються на демократичному стилі взаємодії,

спрямовані на самостійний пошук істини і сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи й творчості. До них також належать соціальне проектування, метод відкритої трибуни, ситуаційно-рольова гра, соціально-психологічний тренінг, інтелектуальний аукціон, «мозкова атака», метод аналізу соціальних ситуацій з морально-етичним характером, гра-драматизація тощо.[20]

Доцільно застосовувати традиційні методи: бесіда, диспут, лекція, семінар, роз'яснення, переконання, позитивний і негативний приклади, методи вироблення звичок, методи вправ, контролю і самоконтролю, створення громадської думки тощо.[15] Застосування цих методів сприяє утворенню у дітей, учнівської та студентської молоді адекватної моральної самооцінки, дає можливість організувати дієву роботу з формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, знецінити і зруйнувати негативні мотиви, перебудувати і змінити негативні форми у поведінці дітей та молоді на позитивні; підтримати, посилити позитивні моральні спонуки, активізувати їх прояви чи загальмувати негативні мотиви, знизити їх силу, утримати учня від прояву негативної мотивації на здоровий спосіб життя.

Охорона здоров'я людини та виховання здорових дітей були основними проблемами в усі часи. Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю у державі є людина, її життя і здоров'я. У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано: «Здоров'я - це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад». Таке визначення поняття «здоров'я» є загально визнаними у міжнародному спілкуванні.[17]

Потребою кожної людини є здоровий стан організму, в поєднанні зі здоровими умовами довкілля. Діти й підлітки ще не замислюються, що здоров'я слід берегти і для цього потрібні знання і навички здорового способу життя. Вирішення проблеми здоров'я людини закладено у самій людині, у знанні і розумінні нею проблем формування, збереження, зміцнення і відновлення власного здоров'я, а також в умінні дотримуватися

правил здорового способу життя. Дітям необхідно усвідомити, що наше майбутнє - за здоровими людьми, бо лише фізично і морально здорова людина здатна творити і приносити користь людям.

Особливу шкоду здоров'ю наших дітей завдають тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв, наркотичних речовин, поширення інфекційних хвороб (ВІЛ/СНІД, туберкульоз та ін.). Ці негативні явища можуть увійти практично в кожен дім, кожна сім'ю. [24]

Саме тютюн, алкогольні напої та наркотики послаблюють імунну систему організму, зумовлюють численні захворювання, а в нашій країні, на жаль, дуже багато курців серед дівчат та жінок. Жінки - це берегині, продовжувачки роду, а пристрасні та молоді курці та ті, що вживають алкогольні напої, не можуть народити здорових дітей. Навчальним закладам необхідно планувати і проводити медико-педагогічне навчання батьків з питань імунопрофілактики та збереження здоров'я дітей і підлітків із залученням медичних працівників. Організація та проведення заходів з питань імунопрофілактики передбачає інформування батьків про імунітет та шляхи зміцнення імунітету, збереження здоров'я дітей. [6]

З літературних джерел ми встановили, щоб бути здоровим, потрібні здорові життєві навички та здорові звички. Вже не доводиться доказувати, що принципи ЗСЖ – необхідні умови здоров'я. За словами академіка Е. Чазова, проблема тепер в тому, щоб ці принципи засвоїв і виконував кожний. Особливо це важливо, щоб це розуміли і дотримувались учні. Сьогодні, людині початку ХХІ століття, доводиться вчитися здоров'ю! При цьому необхідно врахувати, що спосіб життя людини не складається сам по собі залежно від обставин, а формується протягом життя цілеспрямовано і постійно. [2]

Соковня-Семенова (2000) виділяє наступні види мотивації:

Самозбереження. Коли людина знає, що, та або інша дія напряду загрожує її життю, вона цю дію не чинить. Формулювання мотивації «Я не скоюю певні дії, оскільки вони загрожують моєму здоров'ю і життю».

Підкорення етнокультурним вимогам. Людина живе в суспільстві, яке протягом довгого часу відбирало корисні звички, навички, виробляло систему захисту від несприятливих чинників зовнішнього середовища. Формулювання мотивації «я підкоряюсь етнокультурним вимогам тому що хочу бути рівноправним членом суспільства, в якому живу. Від мого здорового способу життя залежать здоров'я і благополуччя інших».

Отримання задоволення від самовдосконалення. Формулювання мотивації «відчуття здоров'я приносить мені радість, тому я роблю все, щоб зазнати це почуття». Можливість для самовдосконалення.

Формулювання мотивації «якщо я буду, здоровий, я зможу піднятися на більш високий ступінь суспільної сходинки». [5]

Досягнення максимально можливої комфортності. Формулювання мотивації «Я здоровий, мене не турбує фізична і психічна незручність». Академік Е.А. Чазов стверджує: «непросто позбутися звичок, закріплених протягом багатьох років». От чому так важливо формувати навички здорового способу життя з дитинства. Правильна організація вище вказаних умов несе в собі величезну можливість для формування культури здорового способу життя.

На формування здоров'я студентської молоді в процесі навчання впливає безліч факторів, які умовно можна розділити на дві групи. Перша група – це об'єктивні фактори, безпосередньо пов'язані з навчальним процесом (тривалість навчального дня, навчальне навантаження, обумовлене розкладом, перерви між заняттями, стан навчальних аудиторій і т.д.). Друга група чинників – суб'єктивні, особистісні характеристики (режим харчування, рухова активність, організація дозвілля, наявність або відсутність шкідливих звичок і т.д.). В реальних умовах навчання і побуту саме друга група чинників, що характеризує спосіб життя студентів, в більшій мірі впливає на здоров'я. [19]

З метою вивчення відношення до власного здоров'я та активності занять фізичними вправами та спортом, студентам першого курсу

факультету фізичного виховання Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини було запропоновано дати відверті відповіді на поставлені питання. Участь у дослідженні взяли 45 студентів.

На запитання: «Чи вважаєш ти, що твій організм розвивається нормально і не має відхилень від норми?», студентам було запропоновано варіанти відповідей:

- А) практично здорові
- Б) є незначні відхилення від норми
- В) абсолютно здорові
- Г) хворі



Рис.1 Оцінка власного здоров'я

Дослідження, показали, що більшість студентів вважають себе скоріше здоровими: 65% Оцінки власного здоров'я молодими людьми показують, що в більшості своїй вони скоріше не задумуються про своє здоров'я, ніж дійсно володіють ним. Самооцінка здоров'я може служити важливим індикатором стану і динаміки здоров'я студентів на додаток до об'єктивних медичних досліджень. З іншого боку, самооцінка здоров'я відображає суб'єктивну характеристику людини, її задоволеність умовами життя, певний якісний результат соціальної політики. Саме останнім часом в нашій країні все більшого поширення набувають різні соціальні програми, спрямовані на зміцнення і збереження здоров'я, формування здорового

способу життя. Молодь повинна бути більш здоровою і краще підготовленою до того, щоб виконувати свої обов'язки в суспільстві. Необхідно враховувати, що в підлітковому та юнацькому віці закладається ставлення до харчування, фізкультури, паління, формується спосіб життя, сексуальна поведінка і одночасно проявляються фактори ризику хронічних захворювань старшого віку. Різко змінюється структура загроз здоров'ю, що включають алкоголь і наркотики, правопорушення, групове насильство і небажану вагітність

Незважаючи на високу оцінку власного здоров'я, у студентів залишаються серйозні проблеми зі здоров'ям. У структурі проблем, що стосуються захворюваності студентів перше місце займає втома (відзначили 36% студентів), легкі нездужання (16%), пригнічений психологічний стан (18%), головний біль (12%), простудні захворювань (22%), захворювань серцево-судинної (10%) і травної системи (11%). На захворювання алергією вказали 12% студентів, зубів - 20%, захворювання сечостатевої системи (урологія, гінекологія) 5%.

На запитання: «Як часто Ви відвідуєте лікаря за станом здоров'я?», студенти відповіли наступним чином:

- Раз на місяць – 5%
- Раз на 2-3 місяці – 20%
- Раз на 6 місяців – 25%
- Раз на рік – 46%

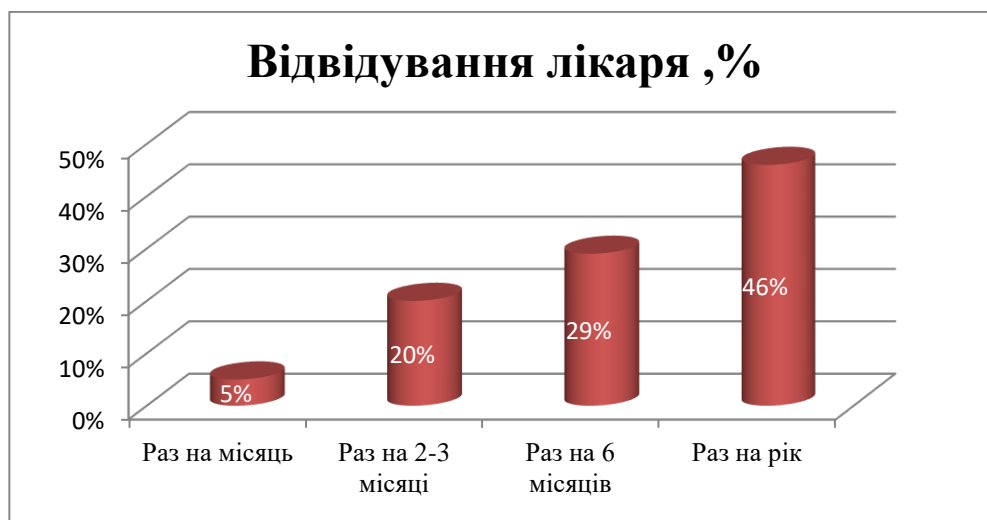


Рис.2. Частота візитів до лікаря

Трохи менше половини студентів вважають за краще звертатися до лікаря не частіше ніж один раз на рік. Зрозуміло, більшість таких звернень пов'язано з необхідністю отримати довідку про стан здоров'я, а не пройти профілактичний медичний огляд. У зв'язку з триваючим розвитком організму студентів в період навчання, він більш схильний до різних несприятливих впливів. Це призводить до ускладнення процесу адаптації та розвитку цілого ряду захворювань. Зростання захворюваності студентів знижує ефективність навчального процесу, а в подальшому обмежує їх професійну діяльність.

Серед способів зміцнення власного здоров'я поряд із заходами, які не вимагають від студентів особливих зусиль (прийом вітамінів і прогулянки на свіжому повітрі), лідируючі позиції займають заняття фізичною культурою і спортом. Студенти факультету паралельно із обов'язковими дисциплінами професійного циклу постійно здійснюють підвищення спортивної майстерності в обраному виді спорту. Варто відзначити позитивний вплив на стан здоров'я та самопочуття студентів факультету. Слід звернути увагу, що менше третини студентів мають можливість підтримувати регулярний і повноцінний режим харчування.

Крім занять передбачених навчальним планом студенти факультету фізичного виховання для зміцнення здоров'я використовують такі заходи:

- Приймають вітаміни – 31%
- Намагаються більше бувати на свіжому повітрі – 40%
- Займаються спортом – 35%
- Харчуються регулярно і повноцінно – 31%
- П'ють чай із цілющих трав –15%
- Займаються аеробікою, фітнесом – 23%
- Роблять ранкову зарядку – 14%
- Включають в харчування біодобавки – 6%
- Дотримуються режиму (вчасно харчуються і лягають спати) – 5%
- Дотримуються дієти - 10%
- Роблять щеплення (наприклад, проти грипу) - 2%
- Роблять за гартувальні процедури – 3%
- Роблять фізіопроцедури, масаж – 4%
- Волюють вегетаріанську їжу – 2%
- Регулярно відвідують лікарів в профілактичних цілях – 8%

У формуванні здорового способу життя важливу роль відіграє не тільки сім'я, освітні установи, але засоби масової інформації, мистецтво і література.[28] Рівень інтересу до інформації про здоровий спосіб життя і способи поліпшення здоров'я в студентському середовищі досить високий. Студентська молодь в тій чи іншій мірі виявляють інтерес до подібної інформації: 45% студентів дуже цікавить така інформація, 38% - цікавить в деякій мірі. Основним джерелом інформації про здоровий спосіб життя – програми телебачення. Більше половини студентів отримують інформацію в пасивному режимі перегляду телепередач (відзначили 60% студентів). Все більшої популярності набувають інтернет ресурси, корисну для себе інформацію знаходять – 41% опитаних. Така різноманітність технічних засобів інформування знижує інтерес студентів до журналів, книг, брошур.

Відсоток студентів, які користуються спеціалізованими джерелами інформації становить –20%.

Важливим фактором формування здоров'я студентів і характеристикою їхнього способу життя є організація харчування. Характер харчування залежить не тільки від об'єктивних умов: організації навчального процесу, місця проживання, матеріального достатку сім'ї, організації харчування в закладі вищої освіти. Цей фактор багато в чому визначається самими студентами, є відображенням їх соціальних установок. Харчування студентів не відрізняється особливою раціональністю і збалансованістю. Половина студентів харчується два рази протягом доби. Ще 15% споживають їжу один раз на день. Ці студенти представляють групу ризику по захворюваннях системи травлення. Для більшості студентів звичайним місцем обіду є їдальня університету, де вважають за краще харчуватися майже половина студентів. Ще 15% обідають продуктами, які приносять з дому. Чверть студентів надають перевагу швидким перекусам (хот-дог, кава). Рівень задоволеності студентів якістю свого харчування не можна назвати високим. Тільки менше половини студентів залишаються, задоволені цим показником. Майже чверть студентів не задоволені.



Рис. 3 Регулярність харчування студентів
Традиційні місця обіду студентів в навчальні дні.

- В їдальні університету–50%
- В кафе, в кафе швидкого харчування – 20%
- Приносять з собою бутерброди з дому–7%
- Купують їжу на вулиці –33%

Навчання у закладі вищої освіти не обмежується лише аудиторними заняттями, тому студенти мають час на дозвілля та вільний час. Існують три дозвільні сфери, в яких студенти найбільшактивні: відвідування спортивних і оздоровчих центрів; кафе і барів; кінотеатрів, дискотек. Найпопулярнішим видом дозвілля у студентів залишаються відвідування кінотеатрів – трохи більше половини студентів відвідують їх з регулярністю один раз на місяць. Друге місце в цьому рейтингу ділять, з одного боку, такі пасивні види дозвілля, як кафе і бари (25% відвідує один раз на місяць, а 20% – один-два рази на тиждень), часте відвідування яких чинить згубний вплив на організм будь-якої людини, з іншого боку, майже третина студентів віддають перевагу активному відпочинку. Вони хоча б один раз на місяць відпочивають на природі або займаються на свіжому повітрі. На третьому місці за популярністю – відвідування спортивних і оздоровчих центрів. Враховуючи те, що для студентів факультету фізичного виховання навчальним планом передбачено підвищення спортивної майстерності, 90% студентів присвячують час фізкультурі і спорту постійно: перша половина дня у них заняття за розкладом, у другій половині дня студенти відвідують спортивні секції відповідно до своїх спортивних навичок. Серед студентів є особи 10%, які уникають постійного відвідування спортивних секцій, Фізична культура і спорт представляють соціально-позитивні види дозвілля. Вони сприяють не тільки задоволення потреби молоді в спілкуванні з однолітками, в саморозвитку, але і є активною формою зміцнення здоров'я, профілактикою різних захворювань масового характеру. Найменш

популярний серед студентів такий вид відпочинку, як відвідування казино і залів ігрових автоматів.

Фізкультурно-спортивна діяльність є одним з основних елементів здорового способу життя. Так, цим заняттям в середньому не менше однієї години в день присвячували 75% студентів факультету, при цьому 72% студентів присвячують заняттям спортом один–два рази на тиждень, а 28% три–чотири рази на тиждень.

Серед основних причин, що спонукають до занять фізкультурою і спортом, студенти відзначають бажання зміцнити власне здоров'я (59%), турботу про зовнішній вигляд (45%) і бажання поліпшити фігуру (60%), підвищити фізичну підготовленість (78%), зняти втому і підвищити працездатність (30%). Але як елемент здорового способу життя фізкультуру і спорт сприймають лише 56%. Серйозні побоювання викликає і той факт, що більшість студентів (70%) не розглядають фізкультурно-спортивну діяльність як спосіб відмовитися від шкідливих звичок (куріння, вживання алкогольних напоїв).

Найбільш привабливими формами фізичної активності половина студентів називають активний відпочинок (прогулянки, подорожі, ігри і заняття на свіжому повітрі), секційні заняття з видів спорту –90%, клубна форма за інтересами – 10%. При цьому заняття в групах, як форма організації фізкультурно-спортивної діяльності, краща для 65% студентів університету. А ось участь в масових фізкультурно-оздоровчих заходах викликає інтерес лише у 35% студентів.

Звичайно, кожен студент знає про негативний вплив на організм вживання тютюну і спиртних напоїв. Проте, практика куріння і вживання спиртних напоїв досить широко поширені в студентському середовищі. Тому ставлення студентів до паління і алкоголю важливо при оцінці їх способу життя. Ставлення до куріння в студентському середовищі цілком укладається в рамки нормативної моделі, згідно з якою куріння представляється шкідливою звичкою, небезпечною для здоров'я. Так, 78%

студентів заявляють, що вони не курять. Можна припустити, що реальне число курців дещо більше, так як деякі можуть приховувати факт свого куріння, а деякі студенти, нерегулярно які вдаються до подібних практик (наприклад, тільки на вечірках, в дружніх компаніях), також можуть відносити себе до числа некурящих. У групі курців існує деяка диференціація за ступенем залученості: більшість студентів заявляють, що викурюють максимум половини пачки сигарет в день (60% курців). Ті, хто викурює пачку і більше, складають 30% від числа тих, що палять студентів. Таким чином, відносно велике число студентів відчувають серйозну залежність від куріння, хоча слід враховувати фактор применшення числа викурених в день сигарет. З тих студентів, які курять, кинути цю звичку намагалися 72%, 28% заявляють, що і не намагалися кинути палити. Куріння виконує у студентів в основному комунікаційну функцію, є способом зав'язати стосунки, підтримувати розмову в компанії. Ще одним комунікативним фактором є вживання спиртних напоїв. Переважна більшість студентів – три чверті – випивають, причому в більшості своїй кілька разів на місяць. Групу ризику становлять 15% студентів, для яких частота вживання алкоголю становить більше одного разу в тиждень. Однак число тих, хто випиває щодня, незначно і становить 2%. Однак, якщо виходити з того, що щоденне вживання міцних напоїв молодими людьми загрожує алкоголізмом, ситуація стає тривожною. Причому, як і щодо куріння, слід враховувати фактор применшення кількості вживаного алкоголю, ця цифра, очевидно, є більш значущою. Важливо відзначити, правда, що майже чверть студентів заявляють, що взагалі не пробували спиртні напої.

Здоров'я і здоровий спосіб життя – якісна передумова майбутньої самореалізації молодих людей, їх активного довголіття, здатності до створення сім'ї і народження дітей, до складного навчального і професійного праці, суспільно-політичної та творчої активності. Однак студенти факультету фізичного виховання не розглядають своє здоров'я як

капітал, який потрібно зберігати і примножувати, щоб в перспективі він приніс свої дивіденди. Молоді люди досить впевнено ставлять здоров'я на перші місця в ієрархії життєвих цінностей і пріоритетів, але при цьому, як показують соціологічні дослідження, вони не вживають належних заходів до збереженню та збільшенню цього капіталу.

Основні вимоги здорового способу життя – рухова активність, раціональне харчування, комфортні умови праці (навчання) і побуту, раціональний режим праці і відпочинку, оптимальна фізичне навантаження, відмова від шкідливих звичок, нормальна інтимне життя, використання традиційних і нетрадиційних засобів оздоровлення. Більшість цих вимог носить суб'єктивний характер, і їх виконання залежить виключно від самої людини. [30]

Проблема здорового способу життя студентів стоїть досить гостро, в студентському середовищі відчувається брак знань на цю тему, і багато хто з них відчувають потребу в отриманні відповідної вдосконалення підготовки висококваліфікованих кадрів тісно пов'язане зі зміцненням і охороною здоров'я, а також підвищенням працездатності студентської молоді.[26] Реальну допомогу в рішенні цих проблем може надати створення цільової програми, спрямованої на зміцнення здоров'я студентів і формування здорового способу життя, яка може розглядатися як частина загальної системи навчально-виховної роботи в університеті. Природно, в такій масштабній роботі повинна бути задіяна не тільки адміністрація університету, викладачі профільних дисциплін, медичні працівники, дослідницькі колективи, а й студентські громадські організації.

Турбота про здоров'я, його зміцнення повинні стати ціннісними мотивами, що формують, регулюють і контролюють спосіб життя. Формування мотивації до здорового способу життя – це створення особистісного розвиваючого освітнього середовища, що формує систему ціннісних орієнтацій і установок активної життєвої позиції, позитивної мотивації до саморозвитку і самовдосконалення, прийняття

відповідальності за своє життя, зацікавленості в підтримці власного здорового способу життя.

Висновки:

1. Аналіз літературних джерел показав, що за останні роки проблема збереження здоров'я молоді, оздоровлення та профілактика найбільш розповсюджених хвороб є предметом фундаментальних наукових досліджень.

2. За енциклопедичним визначенням здоров'я – це природний стан організму, що характеризується його врівноваженістю із навколишнім середовищем та відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (успадкованих та набутих) та соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення у підтриманні стану здоров'я або виникненні і розвитку хвороби, що у преамбулі до статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів».

3. Принцип всебічного і гармонійного розвитку організму передбачає забезпечення планомірного й цілеспрямованого розвитку всіх його органів та систем і фізичних якостей особи. Правильне фізичне виховання великою мірою сприяє повноцінному психічному розвитку дитини та вдосконаленню її рухових функцій.

4. Необхідність формування культури здорового способу життя студентів, збереження й зміцнення їхнього здоров'я визначається об'єктивно існуючою потребою суспільства в підготовці фізично витривалих, мобільних, конкурентоздатних фахівців, готових до високоінтенсивної продуктивної діяльності.

5. Культура здорового способу життя являє собою складне інтегративне утворення, основними компонентами якого є знання про збереження й удосконалювання особистого здоров'я, відношення до здоров'я як самоцінності, ведення здорового способу життя.

6. Для успішного рішення поставленої проблеми необхідно визначити вихідні теоретичні передумови, до яких відносимо валеологізацію освітнього простору, визначення педагогічних умов і рівнів сформованості культури здорового способу життя, модульний підхід до процесу навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андросов М. Психологічне здоров'я особистості в навчальних закладах / М. Андросов // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 4. – С. 27–32.
2. Апанасенко Г. Л. Валеология на рубеже веков / Апанасенко Г. Л. 5. // Наука в олимпийском спорте. – 2000. – Спец.выпуск. – С. 14–21.
3. Ахвердова О.А. К исследованию феномена "культура здоровья" в области профессионального физкультурного образования / О.А. Ахвердова, В.А. Магин // Теория и практика физической культуры. – 2002. – №9. – С.5-7.
4. Бальсевич В. К. Фізична підготовка в системі виховання культури здорового способу життя людини // Теор. і практ. фіз. культ. 1990. № 1. – С. 22–25.
5. Бузян У.В, Спосіб життя й здоров'я школярів: досвід валеології / Здоров'я й освіта: Педагогічні проблеми валеології. Матеріали Другої Всеросійської науково-практичної конференції 25-26 березня 1997 / Під ред. В. В. Колбанова. – Спб., 1997. – С. 20–22.
6. Беспалько В. П. Про можливості системного підходу в педагогіці // Радянська педагогіка. 1990. № 7. – С. 59–60.
7. Бех І. Д. Психологічні джерела виховної майстерності: навч. посібник / І. Д. Бех. – К. : Академвидав, 2009. – 248 с.
8. Бойко О.В. Становлення та розвиток поняття «здоровий спосіб життя» // Морально-духовний розвиток особистості в сучасних умовах: Зб. наук. праць. Книга І. – К., 2000. – С. 117–124.
9. Вайнер Э. Н. Введение в валеологию. Методическое пособие для студентов. – Липецк, 1999. – 95 с.

10. Вайнер Э. Н. Здоровый образ жизни как острая социально-демографическая проблема // Физ. культура й здоровый образ жизни: Тезы III Международ,научно-практ.конфер. — Липецк, 1994. —С. 1–2.
11. Войтенко В.М. Здоровий спосіб життя і рухова активність підлітків // Гуманістично спрямований виховний процес і становлення особистості: Зб. наук. праць. – К., 2001. – С. 64
12. Воронцова В. Г. Педагогічна валеологія й гуманізація освіти: історико-педагогічний аспект //Історія педагогіки сьогодні. / Під ред. В.Г. Воронцової. – Зпп., 1998. – С. 120–134.
13. Ведмеденко Б.Ф. Основні принципи організації виховного процесу спортсменів // Проблеми науково-методичного забезпечення розвитку у молоді інтересу до футболу: Всеукраїнська наук.-практич. конф. – Чернівці, 2000. – С. 38
14. Горащук В. П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика) / В. П. Горащук. – Луганск : Альма матер, 2003. – 388 с.
15. Єременко Г.М. Гігієнічні умови раціональної організації навчання й виховання 6-річних першокласників // Навчання і виховання 6-річних першокласників. – К., 1990. – С. 33–35.
16. Казначеев В.П. Теоретические основы валеологии. – Новосибирск: Наука,Сиб. отд-ние 1993. –121 с.
17. Здіорук С. І. Психологічне обґрунтування використання ЗМІ та різних видів рекламної продукції з метою профілактики нарко-, токсикоманії та алкоголізму / С. І. Здіорук // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 10. – С. 6–9.
18. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей / О. В. Корнієнко – К. :Видавничий центр „Київськийуніверситет”, 2000. – 126 с.
19. Кривошеєва Г. Л. До проблеми формування культури здоров'я студентів університету / Кривошеєва Г. Л. // Зб. наук. ПрацьБердянського

державного педагогічного інституту ім. П. Д. Осипенко (Педагогічні науки) : у 2-х ч. Ч. 2. – Бердянськ, 2002. – С. 171–178.

20. Макаренко В.А. Культура здоров'я как приоритетная задача общественного развития молодежи / В.К.Макаренко, О.Д.Григорьева, Ж.В.Тома // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lib.sportedu.ru/Press/SP/2009N2/p63-67.htm>.

21. Московченко О. Н. Системний підхід до оцінки здорового способу життя // Валеологія, 1999, № 2. – С. 14–18.

22. Панкратьева Н. В. Здоровье – социальная ценность: [вопросы и ответы] / Панкратьева Н. В. [и др.] – М.: Мысль, 1989. – 236 с.

23. Сущенко Л.П. Історичний аспект становлення поняття «здоровий спосіб життя» людини у давньому світі та середніх віках // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з валеології «Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти». – К.: ІЗМН, 1997. – 346 с.

24. Турчин Т. Здоровий спосіб життя молодших школярів у позакласній роботі // Початкова школа. – 2007. – С. 16–17.

25. Освіта – шлях до здоров'я / [Г. В. Степанова, Н. Г. Гусєва, С. М. Довгих, Н. Б. Вагінова] // Безпека життя і діяльності та здоров'я учнівської молоді : зб. наук. праць Бердянського держ. пед. ін-ту імені П. Д. Осипенка. – Бердянськ, 2002. – Ч. 2. – С. 216–218.

26. Оржеховська В.М. Педагогіка здорового способу життя / В.М.Оржеховська // Проблеми освіти : наук.-метод.зб. – К. : Інституті інноваційних технологій і змісту освіти, 2006. – Вип.48. – С. 3-7.

27. Свириденко С. Формування ціннісних орієнтацій як чинник духовного здоров'я особистості / С. Свириденко // Проблеми освіти. – К. : Науково-методичний центр вищої освіти, 2002. – Вип. 29. – С. 72–78.

28. Севрук А.І. Здоров'язберігаючий урок / А.І.Севрук, Е.А.Юніна // Шкільні технології. — 2004. — № 2. — С. 200—207.

29. Титаренко Т. М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя / Т. М. Титаренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 6. – С. 65–69.
30. Фіцула М.М. Педагогіка. – К.: Академія. – 2006. – 478 с.
31. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи / О. Яременко, О. Балакірева, О. Вакуленко та ін. - К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. -207 с.
32. Формуванні здорового способу життя: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український Інститут соціальних досліджень, 2000. – 232 с.
33. Шаповалов Т. Гармонізація культурно-освітнього простору майбутніх педагогів через здоров'язберезувальні технології/ Тетяна Шаповалова// Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія : Педагогіка. — 2014. — Вип.1. — С. 149—153.
34. Шаповалова В. Формування навичок здорового способу життя/ Валентина Шаповалова, Оксана Кравченко / Здоров'я та фізична культура. — 2012. — №19. — С.9—11.
35. Язловецька О.Здоров'язберігаюча педагогіка та технології її реалізації/ Оксана Язловецьк / Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки. — 2014. — Вип.131.— С.234—238.