

ПРАКТИКИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЕЛЕМЕНТ СПОСОБУ ЖИТТЯ

Здоров'я людини, за даними експертів ВООЗ, на 20% визначає спадковість, ще на 20% – екологія, на 10% обумовлюється системою охорони здоров'я та на 50% – залежить від способу життя [1, с. 51]. При цьому слід відмітити і зворотний зв'язок: адже стан здоров'я може суттєво вплинути на спосіб життя, а за інвалідності людини повністю визначати спосіб її життєдіяльності в різноманітних сферах.

Під здоров'ям ми розуміємо безперервний процес пристосування, що зумовлює максимальну тривалість життя, якістю якого індивід задоволений і в кожній точці життєвого шляху характеризується станом оптимальної рівноваги функціонування організму та соціальною активністю людини [2].

Спосіб життя розглядався як один із визначальних чинників впливу на здоров'я ще засновником античної медицини Гіппократом, який приділяв значну увагу, поряд із впливом природних факторів, харчуванню, умовам праці та іншим складовим способу життя. В європейській медицині доби Середньовіччя здоров'я мислилося як певна "похідна" від праведного чи неправедного способу життя з огляду на його відповідність християнському вченню. Починаючи з XV ст., наука, а з нею і медицина потроху звільняються від релігії. Увага учених дедалі більше спрямовується на з'ясування законів природничих наук, що бурхливо розвиваються, а не на якісь надприродні сили, європейська медицина приймає твердження античного лікаря Галена про необхідність лікувати хворобу, а не хворого. На сучасному етапі розвитку науки спостерігається актуалізація холістичного підходу до розуміння здоров'я, що повертає проблематику способу життя до сфери уваги не лише медиків, а й філософів, психологів, соціоло-

гів. Поведінка, пов'язана із здоров'ям та хворобою, розглядається у працях С.В.Касла та С.Кобба, Г.Левенталя, Д.Механіка, Р.Клаймера, Д.Крачця, І.Журавльової, В.Димова та ін.

Метою статті є розгляд саморуйнівних життєвих практик, пов'язаних із здоров'ям, у контексті дослідження поведінкових аспектів способу життя.

Спосіб життя – одна з найважливіших категорій, що інтегрує уявлення про певний вид (тип) людської життєдіяльності. Значна увага проблемам способу життя приділялася в радянській соціології, особливо в контексті вивчення соціалістичного способу життя. Спосіб життя при цьому визначався як загальносоціологічна категорія, в якій фіксуються об'єктивні можливості, що визначають способи та міру залучення умов життя індивіда в процес життєдіяльності, а також суб'єктивні моменти свідомого вибору шляхів реалізації цих можливостей у певних видах та формах діяльності [3, с. 68]. Причому існують форми діяльності суб'єкта, які не відповідають цілям збереження, підтримки чи відтворення життя [3, с. 64].

До основних чинників, що визначають спосіб життя людини відносять: рівень її загальної культури, освіченість; матеріальні умови життя; статеві та вікові особливості; стан здоров'я; характер екологічного середовища; особливості трудової діяльності (професії); особливості сімейних взаємин та виховання; звички людини; можливості задоволення біологічних та соціальних потреб [4, с. 242]. У контексті соціологічної проблематики значного поширення набуває категорія “здорового способу життя” як певного еталону активності індивіда та взаємодії його з навколишнім середовищем, що зумовлює збереження здоров'я. При розгляді здорового способу життя в межах соціології медицини радянського періоду значна увага приділялася орієнтованості дій особистості в напрямі зміцнення особистого та суспільного здоров'я. В розумінні здорового способу життя переважав медико-гігієнічний підхід, який акцентував важливість дослідження саме повсякденного життя людей [5, с. 96]. Таким чином, у

контексті вивчення здорового способу життя більша увага приділялася особистісно-мотиваційним аспектам порівняно із дослідженням способу життя, де ширше розглядалися соціальні умови його формування.

Здоровий спосіб життя в межах соціології медицини визначався через оцінку міри соціально-біологічної адаптації людини до навколишнього середовища [5, с. 96]. Проте цей погляд видається дещо обмеженим. У сучасних умовах великого значення набуває прискорення темпів розвитку та зростання інтенсивності соціальних змін. Це потребує інтенсифікації адаптаційних процесів і, як наслідок, зростає вірогідність виникнення стресових ситуацій, які вичерпують ресурси особистості. А отже, високий запит соціального середовища на постійну адаптаційну поведінку здатен вичерпати не лише психологічні, а й фізичні ресурси людини, спричинити зниження загальних адаптаційних можливостей організму і завдати шкоди здоров'ю [6, с. 233].

Досліджуючи практики, пов'язані із здоров'ям та хворобою, зосередимо увагу на самозбережувальному та саморуйнівному типах поведінки. При цьому визначатимемо самозбережувальну поведінку як активність індивіда, що спрямована на охорону, поліпшення або відновлення здоров'я і базується на самооцінці здоров'я та рівні задоволеності здоров'ям. Саморуйнівна поведінка – це активність індивіда, що призводить до протилежних наслідків: погіршення здоров'я та скорочення тривалості життя.

Отже, для дослідження суто життєвих практик, пов'язаних із здоров'ям, категорія здорового способу життя виявляється недостатньою внаслідок того, що вона не охоплює поряд із самозбережувальними саморуйнівні практики, оскільки це не вкладається в концепцію здорового способу життя. До того ж у сучасному суспільстві “висока міра соціально-біологічної адаптації” здатна через зростаючу кількість стресових ситуацій призвести до погіршення стану здоров'я. Тому доцільніше, на наш погляд, використовувати більш загальну категорію “спосіб життя”, а не обмежуватися в контексті досліджень практик, пов'язаних із здоров'ям, вивченням лише здорового способу життя.

Зважаючи на значну широту даної категорії, будемо розглядати спосіб життя через такі поняття, як рівень життя, якість життя, уклад життя та стиль життя. У межах поняття *рівень життя* практики, пов'язані із здоров'ям, можуть бути розглянуті в аспекті міри задоволеності матеріальних, духовних та культурних потреб, тобто з акцентом на певних об'єктивних характеристиках. Це поняття є найбільш усталеним, та в науковій літературі воно розкривається через порівняно обмежений набір кількісних показників [7; 8].

Стосовно *якості життя*, то на сьогодні в науковому співтоваристві відсутній єдиний підхід до розуміння цього феномена. Існує значна кількість теорій якості життя [9]. Основні соціологічні підходи до дослідження якості життя можна згрупувати в такі блоки: теорії потреб, що акцентують увагу на об'єктивних аспектах задоволення потреб; персонально-утилітарні теорії, які зосереджуються на відчуттях щастя, задоволення та виконанні бажань; теорії достатку, де якість життя оцінюється за аналогією з рівнем життя [8, с. 413]. У межах нашого дослідження, розглядаючи поняття “якість життя”, виділимо його суб'єктивний аспект. Тобто під якістю життя розуміємо відчуття індивіда стосовно задоволеності його потреб, що найбільш повно проявляється у соціальному самопочутті.

Поняття *уклад життя* більше орієнтоване на характеристику умов життя, ніж на суб'єктивний, динамічний аспект практик, проте слід відмітити значущість цього поняття для аналізу зумовленості способу життя історичними традиціями. Як приклад застосування такого підходу для соціологічного аналізу практик, пов'язаних із здоров'ям, можна навести дослідження норм вживання алкоголю у “мокрих” культурах, де воно дозволяється та соціально заохочується, та у “сухих” культурах, де воно не заохочується або забороняється [10].

Стиль життя розглядатимемо як поведінкові особливості життя людини, унікальну сукупність рис, форм поведінки та звичок, які визначають неповторну картину існування індивіда [11, с. 171]. Отже, конкретні звички та

риса поведінки можуть бути розглянуті як елементи індивідуального стилю життя.

Певна поведінка, як зазначалося, може значно зашкодити здоров'ю, саме тому поряд з поняттям самозбережувальної поведінки при дослідженні практик, що пов'язані із здоров'ям, слід розглядати й саморуйнівну поведінку. Саморуйнівну та самозбережувальну поведінку визначати мемо залежно від *об'єктивних* наслідків подібної активності для здоров'я людини. При цьому звернемо увагу на те, що *суб'єктивні* оцінки такої поведінки індивідом можуть не відповідати та навіть суперечити об'єктивним критеріям.

Як самозбережувальна, так і саморуйнівна поведінка мають певні різновиди. Зокрема, вони можуть бути пов'язані з активними діями людини, а можуть набувати форми утримання від певної активності. Надалі зосередимося лише на розгляді активних практик. Одним з критеріїв їх розрізнення може бути міра усвідомлення наслідків відповідних практик. Тоді самозбережувальна поведінка може бути представлена як:

➤ активність індивіда, що зумовлює поліпшення, збереження та відновлення здоров'я, ґрунтується на обізнаності щодо позитивних наслідків застосовуваних практик та переконанні людини в їх необхідності;

➤ активність індивіда, що об'єктивно спричиняє поліпшення, збереження та відновлення здоров'я, але суб'єктивно не осмислюється індивідом як така, що пов'язана із здоров'ям, а детермінована переважно культурно-історичним контекстом.

Відповідно саморуйнівна поведінка охоплює:

➤ активність індивіда, що призводить до погіршення здоров'я *внаслідок* його необізнаності стосовно правил самозбережувальної поведінки. Тут можна вести мову про низьку культуру здоров'я і відповідні такій культурі життєві практики;

➤ активність, що *суб'єктивно* розглядається індивідом як така, що спрямована на збереження здоров'я, проте *об'єктивно* шкодить йому. Зокрема, її можуть провокува-

ти суперечливі рекомендації традиційної, народної та “популярної” медицини (непрофесійні поради, що їх отримує людина у повсякденному спілкуванні);

➤ активність індивіда, що призводить до погіршення здоров'я, *незважаючи* на поінформованість про те, що подібна поведінка є шкідливою. Особливо показовими виступають такі приклади саморуйнівної поведінки, як паління та вживання алкоголю, інформація щодо шкідливості яких є вельми поширеною (реклама сигарет та алкоголю завжди супроводжується попередженням про можливу шкоду для організму).

Така саморуйнівна поведінка, як споживання алкоголю може призвести до захворювань, пов'язаних із розладами психічної діяльності, соматичними та неврологічними порушеннями, падінням працездатності та деградацією особистості й зрештою до скорочення тривалості життя. За даними Державного комітету статистики України, у січні–червні 2007 р. від випадкових отруєнь та дії алкоголю померли 3953 людини, 4218 осіб померли внаслідок алкогольної кардіоміопатії, ще 2134 – від алкогольної хвороби печінки і 946 у результаті розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю [12].

Дані соціологічних досліджень свідчать про поширення цієї руйнівної практики серед населення України. За даними моніторингу Інституту соціології НАН України, протягом кількох років спостереження повністю утримуються від алкоголю лише близько 20% населення. Для порівняння зазначимо, що взагалі не палять понад 60% населення України.

Актуалізація будь-яких практик, пов'язаних із здоров'ям, суб'єктивно визначається співвідношенням витрат та винагород, тому за умови значного фізичного дискомфорту людина здатна припинити демонстрацію практик, що шкодять здоров'ю. Водночас споживання спиртних напоїв може призвести до формування залежності у вигляді постійного продукування саморуйнівної практики внаслідок значної аддиктивної дії алкоголю. У випадку із виникнен-

ням аддиктивних розладів відмова від паління чи алкоголю потребує медичного втручання.

Розглянемо деякі соціальні чинники, що призводять до формування на особистісному рівні саморуйнівної поведінки як елементу стилю життя на прикладі вживання алкоголю. При дослідженні цієї проблеми особливу увагу слід звернути на ініціацію споживання алкоголю. Нещодавнє дослідження Американського національного інституту з питань зловживання алкоголем і алкоголізму засвідчує, що чим раніше дитина почала вживати алкоголь, тим вищий ризик формування алкогольної залежності у дорослому віці [13].

Одним із чинників, що сприяє хабітуалізації саморуйнівних практик, зокрема надмірному споживанню алкоголю, є когнітивні очікування, що впливають на ініціацію та подальшу підтримку такої поведінки. Для молоді особливо характерним є очікування, що алкоголь зніме загальну напруженість та тривогу і загалом підвищить задоволення від життя. Згідно з цим уявленням, яке часом називають моделлю взаємного впливу, підлітки починають вживати алкоголь, сподіваючись, що це підвищить їх авторитет серед однолітків [6, с. 639].

Інший чинник пов'язаний із проблемою здобуття егоїдентичності у юнацькому віці [11, с. 227]. Криза ідентичності, яка супроводжується відчуттям душевного розладу, створює в цей віковий період підґрунтя для “запуску” саморуйнівної поведінки. Відчуття непристосованості, самотності та тривоги може спонукати підлітка до демонстрації поведінки, що є кардинально протилежною очікуванням батьків та навіть однолітків. Багато саморуйнівних практик (вживання алкоголю та наркотиків) досить швидко спричиняє виникнення залежності, тому подібні експерименти з “негативною ідентичністю” мають певні наслідки і на фізіологічному рівні.

До того ж певні переконання стосовно впливу на здоров'я вживання алкоголю можуть формуватися в контексті відповідних практик. Вживання задовольняє потреби,

суб'єктивно шкода не відчувається, тоді формується переконання, що така практика є не надто шкідливою. І, як наслідок, вживання алкоголю може взагалі не розглядатися в контексті впливу на здоров'я людини. Така ситуація підкріплюється ще і ставленням до здоров'я як до необмеженого ресурсу, оскільки сфера здоров'я зазвичай не є проблемною для молоді людини.

Особлива небезпека у формуванні відповідних саморуйнівних практик здоров'я полягає в тому, що і нікотин, і алкоголь дорослі люди мають можливість придбати на законній підставі. Реклама таких товарів супроводжується раціональним зверненням до потенційного споживача стосовно їхньої шкоди. Проте самі рекламні ролики та плакати орієнтовані більше на емоційну сферу, пропонуючи разом із товаром демонстрацію соціального успіху, привабливого іміджу тощо. Відповідно емоційна спокусливість реклами долає раціональні перестороги. Результати досліджень дають підстави стверджувати, що коли настанови були сформовані під впливом емоцій, то і змінюватися вони будуть переважно під їхнім впливом, так само як і настанови, сформовані у відповідь на логічну аргументацію [14, с. 299]. Оскільки споживання алкогольних виробів не зникає під впливом раціональних попереджень, можна припустити, що особистісні настанови на певні практики, які об'єктивно можуть шкодити здоров'ю, формуються скоріше під впливом емоцій.

Важливим чинником різноманітних проявів саморуйнівної поведінки є також стан аномії в суспільстві. Саморуйнівна поведінка за таких умов може бути розглянута, як засіб втечі від реальності, при цьому саморуйнація не обмежується алкоголізмом та наркоманією, а має найрізноманітніші прояви.

Отже, холістичний підхід до проблеми здоров'я зумовлює актуалізацію досліджень способу життя в контексті його впливу на здоров'я. При розгляді життєвих практик, які пов'язані із здоров'ям, видається продуктивним звернення до категорії стиль життя, яка дає змогу виявити саме

поведінкові особливості людини у сфері здоров'я. Рівень життя, якість життя та уклад життя також впливають на формування самозбережувальних та самооруйнівних практик здоров'я. Дія цих зовнішніх чинників специфічно переломлюється в особистісній площині і зрештою впливає на вибір осмислених чи неосмислених практик.

Література

1. Григорьев Л.И., Орлов В.А., Фудин Н.А. Медико-социологический мониторинг соматического здоровья и образа жизни детей и молодежи // Социология медицины. – 2004. – № 2.
2. Див. докл.: Нечушкіна О. Життєві практики, пов'язані із здоров'ям: спроба класифікації // Соціальні виміри суспільства. Вип. 9. – К., 2007.
3. Образ жизни: теоретические и методологические проблемы социально-психологического исследования. – К., 1980.
4. Психология здоровья. – СПб., 2006.
5. Изуткин А.М., Петренко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. – К., 1981.
6. Карсон Р., Батчер Дж., Минка С. Анормальная психология. – СПб., 2004.
7. Бестужев-Лада И.В. Методологические проблемы построения системы показателей уровня, качества, уклада, стиля и образа жизни общества // Проблемы построения системы показателей образа жизни. – М., 1997.
8. Козаченко И.А., Николаевский В.Н. К вопросу о методологических основаниях измерения качества жизни // Методологія, теорія та практика сучасного суспільства. – Харьков, 2005.
9. http://mirslouvrei.com/content_soc/TEORII-KACHESTVA-ZHIZNI-5509.html.
10. Cockerham William C. Medical sociology. – New Jersey, 1998.
11. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применения). – СПб., 2003.
12. www.ukrcensus.gov.ua
13. <http://voanews.com/ukrainian/archive/>.
14. Майерс Д. Социальная психология. – СПб., 2004.