

остракізму. Люди здебільшого уникають спілкування з такими родинами; в свою чергу і сім'я намагається приховати інвалідність дитини від сусідів та знайомих задля збереження своєї репутації. Зрозуміло, що це негативно позначається на душевному стані родини (оскільки призводить до хронічного психотравмування) і загалом на розвитку дитини.

Можна зрозуміти тих батьків, які відмовляються віддавати свою дитину до закритого закладу. Відомо, що перебування в інтернатному закладі системи соціального захисту призводить до госпіталізації підопічних, а оскільки в таких інтернатах передбачається, що мешканці житимуть в них усе життя, то так їх і виховують: гірш розвинених — у слухняності та в покорі, щоб було зручно за ними доглядати, а кращих — навчають основ грамоти та трудових умінь, але з орієнтацією на їх постійне проживання в інтернатному закладі, спочатку — в дитячому, а потім — в дорослому. Як правило, ці спецдитбудинки розташовуються далеко від дому і діти, проти свого бажання та бажання батьків, позбавляються родинного кола (що є порушенням прав і дитини, і її сім'ї). Це стало причиною для розгортання потужного громадського руху батьків за права своїх дітей проживати разом з рідними і навчатися на рівні своїх потреб і можливостей. Позитивний вплив цих громадських зусиль на сьогодні можна відзначити у галузі соціального сервісу, але вони поки що майже ніяк не позначились на роботі закладів спеціальної освіти. Причинами такого стану речей, є, скоріше, нескоординованість громадських зусиль і недосить точна адресованість соціальних запитів і замовлень, через що на рівні осіб, які повинні фахово відповідати на соціальне замовлення громадян (платників податків), поки що спостерігається фактичне ігнорування означеної проблеми. Нині вкрай важливим є визнання конституційного права на освіту цієї категорії громадян і конструктивні кроки в його реалізації.

Історико-психологічні розвідки доводять, що нинішній рівень інтелектуальної норми не є біологічно притаманною якістю людини, а результатом культурного поступу, винайдення й засвоєння людством дедалі складніших способів розумових дій і відповідних засобів їх трансляції молодшому поколінню.

Рекомендації. Світовою тенденцією є розвиток соціальної політики та практики в напрямі створення цілої культурної галузі, мета якої — реабілітація розумово відсталих осіб і створення їм умов для їх максимально самостійного проживання в громаді. Важливу ланкою в цьому процесі є проходження курсу раннього втручання і навчання в спеціальній школі кожної дитини, незалежно від рівня її розумового розвитку. Ця мета може бути досягнута завдяки узгодженій роботі фахівців різних профілів: політиків, правників, економістів, управлінців, педагогів, соціальних працівників та ін. Під впливом їхньої активності поступових змін зазнаватимуть стереотипи суспільної свідомості у ставленні до розумово відсталих — від сприймання їх як патологічних і тому безнадійних щодо свого розвитку створіння до розуміння цих осіб як соціокультурних реліктів, як людей, котрі у прадавні часи, якщо й не вважалися цілком розумово повносправними, проте були значно ближчими до цього

рівня, ніж у наш час, коли інтелектуальний рівень, необхідний для самостійного, гідного проживання у суспільстві, стає дедалі вищим.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Голдберг Д., Бенджамин С., Крід Ф.* Психиатрия в медицинской практике. — К.: Сфера, 1999. — С. 216.
2. *Закон України про освіту.* Відомості Верховної Ради. — 1991. — № 34. — С. 451.
3. *Замский Х.С.* Умственно отсталые дети — М.: НПО «Образование», 1994.
4. *За пределами ухода в сообществе, опыт нормализации и интеграции / Под ред. Ш. Рамон.* — Амстердам — Киев, 1996.
5. *Кравченко Р.І.* Соціальна робота з розумово відсталими людьми. — К., — 2001. — С. 6-8.
6. Конституція України. — К., 1996.
7. *Уорд Адриан.* Новый взгляд. — Тарту: Изд-во Тартус. ун-та, 1995. — С.19.

УДК 615.825

В.О. КУКСА,
кандидат педагогічних наук

ДО ЕВОЛЮЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “ЗДОРОВ’Я”

В ракурсе исторического генезиса рассматриваются концептуальные взгляды на предмет “здоровье” и проблемы его оптимального определения. Интерпретация оздоровительной квалиметрии касается профессионального развития студентов, включая также ту группу, которая имеет особые потребности, связанные со здоровьем и адаптацией к условиям жизни.

In an aspect angle of historical genesis the conceptual views on a subject “health” and problems of its optimum definition are under the focus. On the basis of methodological principles the author’s position on definition and characteristic of separate components of health is constructed pursuant to concepts, available in a scientific revolution. The interpretation healthy Qualimetrica concerns professional development of a student with Special Needs.

Метою нашого дослідження є еволюційний аналіз визначень такого людського феномена, як “здоров’я”, поняття, що виникло за кілька тисячоліть до нашої ери. Цей факт засвідчують священні Веди, потаємні Упанішади, витоки йогічних даршан, манускрипти єгипетських жерців, післясократівські школи кініків, еллінів. В їх текстах прямо чи опосередковано оспівувались

велич здорового тіла, цілющий вплив космічних потоків на організм людини, ментальний дух крилатого дракона (енергію сексуальності), несамовиті дії нечистої сили і т. ін.

Основні методи дослідження — теоретичний аналіз й узагальнення проблем, що стосуються суб'єктів фізичної реабілітації, яких у всьому цивілізованому світі, в умовах навчання у вищих навчальних закладах, відносять до категорії так званих студентів з особливими освітніми потребами.

Уявлення про здоров'я на різних історичних етапах. Історичний пріоритет у підходах до тлумачення сутності здоров'я належить грецьким філософам, які високо поцінювали тілесність, вважаючи її найвищим благом природи. Але античні філософи ще не мислили категоріями прав людини та її правами на здоров'я, як це вироблено сучасною цивілізацією. Вже Арістотель висловлював думку про те, що досконала тілесність є здоров'ям, а спосіб одержання користі від тіла не повинен обтяжуватись хворобами. На той час у повсякденному житті здоров'я розглядалось як відсутність хвороб. Антична концепція здоров'я мала, скоріше, аристократичний, ніж демократичний характер, оскільки поширювалась на вибраних і була більшою мірою спрямована на поліпшення здоров'я окремої людини (аристократа), ніж усієї держави по відношенню до суспільного здоров'я.

Із часом відбулося змістовне розширення концепції здоров'я. Римляни сприйняли її грецький варіант, зробивши акцент на гігієні та помірності в харчуванні. На відміну від Арістотеля, який зробив людину відповідальною за свою долю, уявлення римлян про здоров'я почало охоплювати душевне здоров'я та соціальне благополуччя. Саме в ті часи зміст соціальної проблематики здоров'я набув боротьби (з ідеологічним присмаком) між двома іпостасями — душею і тілом, заповнивши думки мудреців і вчених упродовж останніх двох тисячоліть у вирішенні цієї дилеми, розв'язання якої, можливо, залишиться такою ж гострою у III тисячолітті.

Із утвердженням християнства концепція здоров'я в черговий раз кардинально змінилася. Здоров'я більшою мірою було визнано і віднесено до сфери духовного, ніж фізичного. В епоху Відродження головним стає дух. Вважалось, що без Христа кожен грішник стає хворим. Повсякденна гігієна тіла і вправи не визнавалися корисними, оскільки по-християнськи тільки епізодичні водохрещення (омивання) і постійні відмовлювання гріхів здатні підтримувати здоров'я. Християнський радикалізм стосовно виняткового духовного уявлення про здоров'я іноді призводив до забуття тілесних потреб людського організму: лікуватися повинна душа, оскільки від неї всі хвороби тіла, тобто від гріха. У німецькому тілі зростає дух, і фізичне здоров'я тут не тільки не необхідне, але й згубне, бо відводить помисли від ідеї спасіння. Звідси нігілізм до усього чуттєвого тілесного. На відміну від греко-римських і християнських концепцій Нова епоха започаткувала визнання здоров'я безумовною цінністю, що належить не вибраним, а всім людям. Надалі здоров'я ставало більш демократичним, що в період переходу феодалізму до буржуазно-економічного устрою позначилось на посиленні

уваги до суспільної гігієни, розширенні медичного забезпечення, на розвитку оздоровчої, а з XIX ст. — і фізкультурно-спортивної системи.

Уперше офіційне визначення здоров'я подав Річард Сігеріст (США). У XX ст. концепції й теоретичні уявлення про здоров'я поступово розширювались, і ця модель вже включала фізичне здоров'я такою ж мірою, як і душевне. Те визначення поняття “здоров'я”, яке на початку 1940 р. запропонував Р. Сігеріст, виявилось набагато ширшим від античних уявлень про фізичне і душевне здоров'я: “Здоров'я — це не просто відсутність хвороб: це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям” [9]. Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров'я не тільки як фізичний чи душевний стан людини, але й як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на визначення поняття “здоров'я” в контексті концепції Р. Сігеріста, що й було в 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: “Здоров'я — це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб”.

Наведене поняття, що проіснувало кілька десятиліть постмодерного періоду, стало результатом ентузіазму, який був викликаний міжнародним співробітництвом і великими сподіваннями, що покладались на медицину та її роль у житті людей і суспільства. З цього приводу відомий історик Арнольд Дж. Тойнбі зазначав, що XX століття згадуватимуть головним чином не як століття космічних завоювань, політичних конфліктів, технічних винаходів або світових війн, а насамперед як століття, в якому суспільство насмілилось уперше замислитись про здоров'я всього людства як про практичне завдання [3].

14 листопада 1997 року ВООЗ на розгорнутій дискусії прийняла рішення щодо поправки до поняття “здоров'я”, погодившись на тому, що “здоров'я — це динамічний стан”, залишивши решту змісту визначення практично без змін.

Створенню дійової теорії здоров'я в пострадянській практиці тривалий час не давала змоги відсутність системного підходу для розуміння сутності здоров'я. Навіть коли А.А. Богданов описав теорію систем (1928), вона не була прийнятою сталінськими філософами, і першість пізніше дісталася австрійцю Л. Берталанффі. Фармакологізована медицина упродовж усього XX ст. залишалася недосконалою, бо базувалася на частково вивчених і неповних знаннях з антропології, морфології, генетики, фізіології та біохімії людини. У науковій медицині і досі відсутня фундаментальна теорія здоров'я. Існує лише міжнародна класифікація хвороб. Ті теорії здоров'я, що інколи з'являються у наукових виданнях (В.П. Петленко, А.Г. Щедрина та ін.), були приречені на провал, оскільки обґрунтовані на окремі взяті часткові знання. Основні категорії, які в них фігурують, це філогенез і онтогенез, соціальне та біологічне, норма і патологія. Але в основі повинно лежати філософське розуміння Всесвіту і людини (макрокосму і мікрокосму), як його невід'ємної частини. А оскільки в наш час ще не існує стрункої системи

створення планети і Всесвіту, криза медицини багато в чому є наслідком кризи науки наук – філософії (В. Фролов, В. Коновалов, В. Кучеренко).

Підступи ортодоксальної академічної медицини до створення теорії людини і її здоров'я завжди будуть наштовхуватися на серйозні методологічні труднощі, адже здоров'я не є її практично-теоретичним предметом і вона не володіє понятійним апаратом і професійними моделями основних складових системи “людина – здоров'я”. Хоча медицина і застосовує міждисциплінарний підхід у межах системного аналізу, який уже півстоліття існує в біології і кібернетиці (Л. Берталанффі, А. Акоф, К. Боулдінг та ін.), то з погляду підходів до предмета практичної діяльності медицини її професійний досвід складається з чинників хвороби, клінічного мислення і процесів патогенезу, а не здоров'я, оздоровчого мислення й валеогенезу.

Не стала стимулом для створення теорії здоров'я і теорія функціональних систем П.К. Анохіна. Потрібен був кризовий момент у житті суспільства, щоб з'явилася нова наука – валеологія, на яку ще ціле десятиліття по тому вчені мало звертали уваги, але щоб згодом бурхливо, у 90-ті роки, вона дістала в росіян державну підтримку в новій парадигмі здоров'ятворення замість колишньої профілактичної системи охорони здоров'я. В Україні перша хвиля валеології через відсутність кадрів невдовзі спала, але саме вітчизняним академіком М.М. Амосовим була чітко і конструктивно визначено нову парадигму здоров'я: “Щоб бути здоровим, слід кожен день включати власні зусилля, причому постійні та значні. Замінити їх не можна нічим”. Але більша частина населення України ще не здатна взяти на себе відповідальність за власне здоров'я і радикально змінити свій спосіб життя.

М.М. Амосов аналізує здоров'я з позицій максимальної продуктивності органів при збереженні якісних меж нормативних функцій (2002). Інші сучасні визначення мають подані далі тлумачення.

Існування, яке припускає найповнішу участь у різних видах суспільної та іншої здатності організму зберігати відповідно до віку стійкість за умов різких коливань кількісних і якісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної та структурної інформації (І.І. Брехман, 1988).

Стан усталеності організму до дії патогенних факторів, фізична, психічна і соціальна адаптованість до змінних умов життєдіяльності (В.П. Казначеев, 1994).

Стан організму, який визначає його адаптивні можливості і становить потрібнісно-мотиваційну й інформаційну основу життєдіяльності організму (В.П. Петленко, 1997).

Такий стан організму, при якому відсутні не лише захворювання або функціональні відхилення від норми, але й зберігається високий рівень функціонування різних систем, а також гармонійність розвитку і здатність регуляторних систем підтримувати гомеостаз (постійність внутрішнього середовища) (В.В. Колбанов, 1998).

Нормальний психосоматичний стан людини, яка здатна реалізувати свій

потенціал тілесних і духовних сил з тим, щоб оптимально задовольнити систему матеріальних, духовних і соціальних потреб (В.А. Ліщук, 1999).

До головних показників здоров'я відносять: а) рівень імунного захисту і стійкості; б) рівень і гармонійність фізичного розвитку; в) функціональний стан організму та його резервні можливості; г) нормативність статевого розвитку і сексуальної поведінки; д) наявність дефектів розвитку і захворювання; е) рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних установок.

Для оцінки суспільного здоров'я ВООЗ рекомендує медико-демографічні показники захворюваності, інвалідності, фізичного розвитку населення з такими індикаторами: а) відрахування валового національного доходу; б) доступність первинної медико-соціальної допомоги; в) охоплення населення медичною допомогою; г) рівень імунізації населення; д) якість допомоги вагітним кваліфікованим персоналом; е) стан харчування (окремо дітей і вагітних); є) середня тривалість майбутнього життя; ж) гігієнічна грамотність населення.

Здоров'я студентів. Отже, здоров'я характеризується рівнем виражених ознак для кожної особи (або групи осіб). З-поміж таких груп населення з 20-х років минулого століття стали окремо досліджувати постійно зростаючу групу студентської молоді. Здоров'я студентів визначається за такими показниками: загальна захворюваність, інфекційна захворюваність, індекс здоров'я, відсоток часто і тривало хворіючих студентів, поширеність і структура захворюваності, відсоток студентів з нормальним фізичним розвитком, розподілених за групами здоров'я.

Індекс здоров'я визначається за кількістю студентів, які жодного разу не зверталися до лікаря впродовж року. Він зростає вдвічі від I курсу (приблизно 8%) до V курсу (15%). За цей час майже вдвічі збільшується кількість студентів, які часто (більше ніж чотири рази за поточний навчальний рік) і тривалий час хворіють [2].

Студенти-адаптанти. Існує категорія студентів, які не в змозі додержувати за звичайних умов і ситуацій спосіб життя на такому самому рівні, як це вирішують інші особи. Вони становлять категорію студентів з особливими освітніми потребами, які внаслідок своєї психофізичної недостатності мають обмежений або знижений потенціал функцій для забезпечення нормальної дієздатності у сферах культурно-побутової й освітньо-професійної діяльності. Саме визначення цього словосполученого терміна-поняття покликано витіснити з широкого вжитку такі назви, як “аномальні люди”, “інвалід”, “люди з відхиленням від норми”, і терміни, що їх конкретизують (спастик, алалік, дизартрик, опорник, візочник, дебіл, ідіот, даун та ін.), як визначення, що вказують на ненормальність чи неповноцінність людини. Крім психофізичної недостатності осіб, що мають право навчатися в університетах, виокремлюють також суб'єктів з соціальною недостатністю, що зумовлюється обмеженням діяльності при зниженні чи відсутності можливості виконувати функції, які є звичайними для особи даного віку, статі, особливостей соціальної та культурної поведінки, тобто з

порушенням реалізації “життєвих ролей”. У цьому разі особливі освітні потреби можуть бути зумовлені проблемами соціокультурних факторів (виховання поза сім’єю в державних інтернатах, спецшколах, спецустановах, сироти, жертви несприятливих умов соціалізації, соціально дезадаптовані особи, наркомани і т.ін.).

Поняття про людей з особливими освітніми потребами (“Children with Special Needs”) почало з’являтися у країнах Західної Європи і США ще на початку 90-х років минулого століття [5]. Його зміст стає для традиційної педагогіки ніби закликком для пошуку “обхідних” шляхів у вирішенні завдань всебічного розвитку осіб, які в умовах норми досягаються усталеними в культурі способами виховання формами масової освіти з метою поліпшення якості життя і достойного виживання.

Головними причинами все ще недостатньої уваги до студентів з особливими освітніми потребами виступають: неготовність суспільної свідомості визнати необхідність у створенні для цієї категорії людей умов для реалізації прав “рівної особистості”; відсутність спеціалізованих споруд у навчальних корпусах (пандусів, перехідних рекреацій для візочників тощо; зручних туалетів, місць для сидіння в навчальних аудиторіях, технічних пристроїв і засобів допомоги, обладнання та інвентарю, пристосованих саме для тих людей, які мають порушення сенсорної системи, пересуваються у візках, на милицях тощо); відсутність комплексних рішень в архітектурно-будівельних елементах, складність проїзду в міському транспорті; відсутність професійних організаторів і методистів зі спеціальною підготовкою; недостатня мотивація в самих інвалідів щодо самовдосконалення й самоствердження, виховання самодисципліни та ін.

Висновки. Освітні заклади на рівні міністерств і обласних відділів повинні визнати за необхідне: 1) забезпечити умови для залучення й адаптації інвалідів в будь-які заклади вищої професійної освіти як соціально повноправних особистостей; 2) розширити поле навчального соціуму для юнацтва і молоді, які втратили або тимчасово мають знижену працездатність.

Сучасні наукові уявлення вивчення запитів, актуальних і потенційних можливостей, перспектив особистісної реалізації молоді дають змогу виокремити для різних категорій осіб з порушеннями психофізичного розвитку особливі освітні загальні запити до відповідних органів і служб:

1) в аспекті часу — початок спеціальної освіти (залежно від того, в якому віці виникла хвороба і як вона впливає на стан здоров’я, мотивацію та можливості здобувати освіту, включаючи самоосвіту взагалі);

2) в аспекті змісту освіти — форма навчання (включаючи і дистанційну, але пам’ятаючи, що цією формою навчання неможливо замінити живого спілкування, якого так бракує хворобливим людям), вид освітньої спеціалізації, подовженість терміну навчання залежно від успішності засвоєння навчальної програми, проходження навчально-професійної практики у спільних групах зі здоровими студентами;

3) наявність у навчальному закладі елементарних умов навчання для молоді неоднакового рівня підготовки, диференційованих соціальних

можливостей і різного стану здоров’я (спеціальне побутове обладнання, технічні пристрої, гігієнічно-профілактичні кімнати, рекреації та ін.);

4) розподілення й працевлаштування студентів з особливими потребами після закінчення вищого навчального закладу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Амосов Н.М.* Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. — М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2002. — 590 с.
2. *Здоровье студентов* / Под ред. Н.А. Агаджаняна. — М.: Изд-во РУДН, 1997. — 200 с.
3. *Тойнби Ар. Дж.* Цивилизация перед судом Истории: Сб. / Пер. с англ. — М.: Айрис Пресс Рольф, 2002. — 592 с.
4. *Sigerist H.E.* Medicine and Human Welfare; “Health”. — New Haven London: Yale University Press, Oxford University Press, 1941, P. 53-104;
5. *Wall S.* Neutrality and responsibility // J. of philosophy. — N.Y., 2001. — Vol. 98. — № 8. — P. 389-410.

УДК 027.6—056.262

А.В. ЛИТВИН

УЧАСТЬ БІБЛІОТЕК У ПРОЦЕСІ КОМПЕНСАЦІЇ СЛІПОТИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Проанализирован опыт работы специализированных библиотек для людей с нарушением зрения. Подчеркнута социальная роль, которую выполняют специализированные библиотеки в оказании им помощи.

The paper sums up the experience of specialized libraries for the blind. The role of the special libraries in the support of the disabled users is emphasized.

Зміни, які відбуваються у нашому суспільстві, ставлять нас в умови, коли ми вже не можемо не помічати проблем, пов’язаних з життям та діяльністю людей з особливими потребами. До їх числа ми можемо віднести бібліотечно-інформаційне обслуговування незрячих або слабозорих. Спеціалізовані бібліотеки для такої категорії читачів створювалися в Україні як установи, основним напрямком діяльності яких є сприяння їх реабілітації та інтеграції у суспільство.