

Показники амплітуди тонуусу м'язів (в ум. од.)
кінцівок до і після сеансу гідромасажу

Назва кінцівки та м'язу	Стан до сеансу	Стан після сеансу	Ступінь достовірності, Р
Ліва рука двоголовий м'яз	2,49±0,40	2,90±0,37	> 0,05
триголовий м'яз	3,85±0,27	4,24±0,39	> 0,05
Права рука двоголовий м'яз	3,36±0,33	3,63±0,19	> 0,05
триголовий м'яз	3,82±0,48	3,79±0,38	> 0,05
Ліва нога ВМГ	5,72±0,25	5,13±0,42	> 0,05
ТМГ	1,78±0,34	2,61±0,33	> 0,05
Права нога ВМГ	5,53±0,28	4,93±0,32	> 0,05
ТМГ	1,9±0,38	2,30±0,48	> 0,05

ЛІТЕРАТУРА

1. Азбакиєва Х.А., Титова І.В. Влияние гидромассажа на динамику некоторых показателей нервно-мышечной и сердечно-сосудистой систем в условиях среднегорья // Проблемы использования условий гор в системе подготовки спортсменов высшей квалификации. – Алма-Ата, 1974. – с.3-4.
2. Дубровский В.И. О средствах восстановления в спортивном плавании // Плавание, вып. 2. – М.: ФИС, 1979, - с. 18-19.
3. Олефиренко В.Т., Виноградова И.М. Влияние общих контрастных ванн на гемодинамику у здоровых людей // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1975. вып.2. - с. 151-154
4. Олефиренко В.Т. Актуальные вопросы гидро- и бальнеотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1977, №6. – с. 1-9.
5. Олефиренко В.Т. Водотеплолечение. Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1986. – с. 36-73.
6. Геселевич В.А. и соавт. Применение различных средств восстановления на этапах подготовки к соревнованиям борцов высокого класса. – Методические рекомендации. – М., 1979. – 33 с.
7. Загорская Н.А., Журавлева А.И. Влияние последовательного применения гидроэлектрических ванн и подводного душа-массажа на функциональное состояние организма спортсмена // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1980. №3. – с.9-12.
8. Загорская Н.А. Журавлева А.И., Кудюков А.С. Комплексное применение физических методов восстановления у тяжелоатлетов. Методические рекомендации. - М., 1981. – 22 с.
9. Королев П.М. Восстановление и стимуляция работоспособности спортсменов (обзор патентной информации) // Теория и практика физической культуры, 1985. №6. –с. 19-21.
10. Ясногорский В.Г. и соавт. Восстановление спортивной работоспособности физическими факторами // Теория и практика физической культуры, 1986. №6. – с. 25-27.

Ю.М. ПАНИШКО, В.В. ТАРАСОВ

ФІЗИЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗОВНІШНЬОЇ ГІДРОТЕРАПІЇ

*Стаття присвячена фізіологічним основам зовнішньої гідротерапії**Статья посвящена физиологическим основам внешней гидротерапии**The Article is devoted to physiological bases of external hydrotherapy*

Про те, що вода лікує людей при її споживанні багато вже написано. Не менше відомо і про зовнішнє застосування води з метою оздоровлення, загартовування та лікування багатьох хвороб. Зовнішній вплив води у всіх видах водолікування здійснюється через шкіру. І саме зараз слід нагадати про функцію шкіри.

Шкіра – зовнішній покрив тіла людини, який здійснює функцію захисту організму від зовнішніх впливів, а також чуття, дотику, обміну речовин, виділення, терморегуляції. У дорослої людини площа шкіри складає 1,4 - 2,1 м² (в середньому 1,9 м² при масі 70 кг). Товщина шкіри коливається від 0,5 до 4 мм. В епідермісі розрізняють шари: базальний, шипуватий, які складають ростковий шар, зернистий, блискучий та роговий шар. Клітини рогового шару, які злущуються, замінюються клітинами базального шару. Клітини зернистого та блискучого шарів містять велику кількість сірковмісних амінокислот і коли вони заповнюються кератином, тоді відмирають. Повне оновлення клітин епідерміса відбувається за 20 діб. Епідерміс утворює сальні, потові, молочні залози та волосся. Секрет залоз (шкірне сало) змазує епідерміс та волосся. Потові залози беруть участь в терморегуляції і можуть виділяти декілька літрів поту на добу, випарування якого з поверхні шкіри забирає надлишок тепла і запобігає перегріванню організму. З потом виводяться деякі продукти обміну, зокрема, сечовина, деякі солі.

В дермі розрізняють 2 шари: сосочковий та сітчастий. В сосочковому шарі поряд із сполучнотканинними клітинами містяться сітка тонких колагенових та еластичних волокон, а також гладенькі м'язові волокна.

Епідерміс і дерма можуть містити пігментні клітини, які захищають тканини від ультрафіолетових променів. Кровоносні судини в глибоких шарах утворюють шкірну артеріальну сітку. Лімфатичні судини розташовані в сосочковому шарі дерми і зв'язані з підсосочковою та підшкірною лімфатичною сіткою.

Практично через шкіру дифундують всі гази. Але шкірне дихання (поглинання кисню та виділення вуглекислого газу) складає лише 1,0-1,5% всього газообміну. Шкіра відіграє значну роль в обміні речовин – водно-сольовому, вуглеводному, білковому, ферментативному. Через шкіру всмоктуються деякі речовини, які розчиняються в жирах, на чому базується дія деяких лікарських речовин, які наносяться на шкіру та кремів. Велика кількість чутливих нервових закінчень, розташованих в шкірі, забезпечує швидку реакцію на постійні зміни зовнішнього середовища.

Однією з найбільш розповсюджених теорій шкірної чутливості є теорія про наявність механічних рецепторів для 4 основних видів шкірної чутливості: тактильної, теплової, холодової та болювості.

В шкірі знаходиться велика кількість чутливих до дотику, тиску, вібрації, тепла, холоду, а також болювих подразнень нервових закінчень. Ці нервові закінчення мають різну анатомічну будову, знаходяться в різних шарах шкіри і розподілені нерівномірно по всій її поверхні. У людини в основним типом рецепторів є вільні нервові закінчення розгалужених нервових волокон, які розташовані вздовж дрібних судин, а також більш глибоко локалізовані розгалуження тонких нервових волокон навколо волоссяної сумки. Рецепторами дотику вважають дотикові меніски (диски Меркеля), розташовані в нижній частині епідермісу контактом вільних нервових закінчень з модифікованими клітинними структурами, яких особливо багато в шкірі пальців рук. В сосочковому шарі дерми розташовані рецептори тиску та вібрації, а також рецептори болю (Мейснера). Більш глибоко розташовані пластинчасті тільця Фатера-Пачіні, які розглядаються як рецептори тиску та вібрації.

Рецепторів дотику та тиску (механорецепторів) в шкірі людини понад 600000. Відчуття тепла виникає при подразненні терморекцепторів, яких біля 300000, в тому числі теплових –

Шкірний аналізатор – це сукупність анатомо-фізіологічних механізмів, які забезпечують аналіз та синтез механічних, термічних, хімічних подразнень, що попадають із зовнішнього середовища на шкіру і деякі слизові [1, С. 54-64].

Чутливі шляхи шкірного аналізатора проходять через спинний та довгастий мозок в зорові шляхи в задню центральну завивину тім'яної ділянки кори головного мозку. Частина гілочок від зорових шляхів з'єднується з ретикулярною формацією стовбура мозку.

Тепер і час згадати про фотосинтез. Згідно з вченням В.В. Волкова (2002), шкіра має пряме відношення до фотосинтезу. Зміна спектральних складових світла, які впливають на шкіру, змінює біологічний ритм фотосинтезу в людині. Шкіра – водій біоритму фотосинтезу. Передача сигналу здійснюється із шкіри в центральну нервову систему – в кору великих півкуль головного мозку.

Якщо розглядати кору великих півкуль головного мозку пошарово, то назовні перший шар буде відповідати легеням, 2 шар – серцю, 3 шар – печінці, 4 шар – шкірі, 5 шар – підшлунковій залозі, 6 шар – нирці. Таким чином, шкіра представлена 4 шаром кори, який асоціативно зв'язаний нервовими провідниками з усіма шарами кори. Тому шкіра в процесі фотосинтезу керує всіма органами. “Шкіра – це нервова система, яка знаходиться на периферії людського організму”.

Шкіра передає інформацію Світла в ЦНС, яка в свою чергу віддає накази іншим органам. Фотосинтетична здатність людини (ФЗЛ) прямо пропорційно залежить від площі шкіри людини і зворотно пропорційна від його маси тіла:

$$\text{ФЗЛ} = \text{S шкіри} / \text{М тіла}$$

Для дорослої людини з масою тіла в 70 кг і площею тіла 1,9 м², ФЗЛ становить 0,0027 м²/кг. Стає зрозумілим, що чим менша маса людини і чим більша площа його шкіри, тим вища здатність до фотосинтезу.

Людина, за своєю суттю, є чотирьохшарова сфера, побудована так само як все в Природі. В дорослому віці людина на 61% складається з води, 19% з білку, 15% з жиру, 5% мінералів і 1% вуглеводів.

Людина – сфера, втрачаючи протягом життя воду, подібна до краплі води, яка випаровується, щезає з поверхні Землі. Людина так само “випаровується”, втрачаючи і воду, і клітини. Відповідно до водно-клітинних втрат зменшується радіус людини-сфери. Старіння починається зі шкіри, потім цей процес захоплює м'язи, кості, внутрішні органи. Менше цей процес захоплює ЦНС, кровотворний мозок, серце, тобто вектор старіння направлений ззовні всередину в той час, як вектор омолодження направлений з середини назовні [2, С. 50-56].

В механізмі дії води на шкіру враховують наступні моменти: психотерапевтичну, механічну, термічну та фізико-хімічну. Цей комплекс діючих факторів викликає місцеві та загальні нейрорефлекторні реакції організму.

Водні процедури створюють сприятливий психоемоційний фон. Під час проведення водних процедур цей позитивний ефект може бути підсилений особою, яка здійснює водні процедури.

Вода впливає на організм також механічно, що досягається гідростатичним тиском, рухом води (вихрові ванни, підводний гідромасаж), тиском газів (вуглекислі, азотні, перлинні та інші ванни). Механічний вплив можна підсилити за рахунок різного типу душів: струминних, циркулярних, голчатих. Вода, що падає на тіло людини, масажує тканини, підсилює кровотік, покращує обмін речовин в них. Механічне подразнення при гідротерапії посилюється розтиранням шкіри щітками, руками або ручним масажем. Фізико-хімічні властивості води особливо проявляються при призначенні для зовнішніх процедур мінеральних вод [3, С. 6-21].

Мінеральні води – підземні води, що мають підвищений вміст біологічно активних мінеральних (інколи органічних) складових, для яких характерні специфічні фізико-хімічні властивості, що і використовуються з лікувальною метою.

Найбільш важливими показниками класифікації мінеральних вод є: мінералізація, іонний склад, газовий склад, температура, кислотність – лужність, радіоактивність. Мінералізація всіх розчинених у воді біологічно активних елементів, за виключенням газів, визначається в г/л, або в мг/л. Розрізняють: слабо мінералізовані мінеральні води (1-2 г/л); води малої мінералізації (2-5 г/л), середньої (5-15 г/л), високої мінералізації (понад 15 г/л), розсолні мінеральні води (понад 150 г/л).

За іонним складом мінеральні води поділяються на хлоридні, гідрокарбонатні, сульфатні, натрієві, кальцієві, магнієві. За наявністю газів і специфічних елементів розрізняють вуглекислі, йодо-бромні, сульфідні, миш'якомістні, залістисті, азотні, хлоридно-натрієві, метанові, радіоактивні (радонові) мінеральні води. За температурою розрізняють мінеральні води холодні (до 20°C), теплі (20-30°C), гарячі (37-42°C), дуже гарячі (понад 42°C). Кислотність – лужність мінеральних вод має велике значення при їх оцінці, вона визначається водневим показником (рН). За водневим показником мінеральні води поділяють на сильно кислі (рН<5,5), слабо кислі (рН = 5,5-6,8) нейтральні (рН = 6,8-7,2), слабо лужні (рН = 7,2-8,5), сильно лужні (рН>8,5). Радіоактивність мінеральних вод визначають в спеціальних одиницях – в Бк/л.

Різниця вмісту солей, кислот, газів, мікроелементів, органічних речовин дозволили класифікувати лікувальні мінеральні води (В.В.Іванова, Г.А.Невраєва, 1964) в основні бальнеологічні групи:

1. Група А – води без специфічних компонентів. Лікувальний ефект від цієї групи обумовлений лужним іонним складом

2. Група Б – вуглекислі води. Лікувальний ефект від цієї групи обумовлений наявністю великої кількості розчиненого СО₂ (понад 1,1 г/л), а також іонним складом та загальною мінералізацією

3. Група В – сульфідні води. В цих водах вміст сірководню не менше 10 мг/л, при зовнішньому застосуванні – 50 мг/л. Лікувальний ефект визначається кількістю сульфідів і залишиною рН.

4. Група Г – води залізисті, миш'яковисті з високим вмістом марганцю, міді, алюмінію та деяких інших мікроелементів. В залізистих водах вміст заліза складає понад 20 мг/л, в миш'яковистих – понад 0,7 мг/л.

5. Група Д – води бромні, йодні з високим вмістом органічних речовин. Вміст бромну складає 25 мг/л та йоду – 5 мг/л.

6. Група Є – води радонові, які містять не менше 185 Бк/л радона

7. Група Ж – крем'янисті терми, де вміст кремнію понад 50 мг/л, температура понад 35°C [4, С. 234-237].

Мінеральні води впливають на організм людини всім комплексом фізичних якостей і розчинених речовин. Із багатьох типів мінеральних вод в бальнеотерапевтичній практиці широко застосовують хлоридно-натрієві, вуглекислі, сульфідні, радонові, азотні.

Хімічний склад хлоридних мінеральних вод подібний з хімічним складом внутрішнього середовища організму людини, тому ці мінеральні води мають помітний вплив на фізіологічні системи організму і забезпечують терапевтичний ефект при різних захворюваннях.

Важлива особливість дії вуглекислих мінеральних вод при зовнішньому їх застосуванні полягає в тому, що вони створюють сприятливі умови для функціонування серцево-судинної системи. Крім вуглекислих мінеральних вод при серцево-судинній патології застосовують сульфідні (сірководневі) мінеральні води. Специфічним діючим фактором радонових мінеральних вод є радон (більш точно – α -частинки, які виникають під час його розпаду). Ефективність радонових мінеральних вод обумовлена стимулюючим впливом на імунобіологічну реактивність організму разом з обезболюючою і протизапальною дією.

За своїм терапевтичним впливом азотні мінеральні води нагадують дію радонових вод.

Йодо-бромні мінеральні води – це природні води, які містять не менше 5 мг/л йоду та 25 мг/л бромну при різній мінералізації та температурі.

Йодо-бромні мінеральні води за хімічним складом відносять до хлоридно-натрієвих вод з мінералізацією 10-25 г/л і містять 25-100 мг/л бромну та 5-45 мг/л йоду. Лікувальний ефект цих мінеральних вод обумовлений, головним чином, дією розчинних в воді солей та активних мікроелементів – йоду та бромну. Вони мають знеболюючу дію, сприяють покращенню кровообігу, нормалізують функцію центральної нервової системи, щитоподібної та інших ендокринних залоз, обмін речовин. Застосовуються для ванн, басейнів, душів, орошень, кишкових промивань, компресій. Використовуються для лікування серцево-судинної, нервової, травної, рухової, ендокринної систем.

Особливу роль в гідротерапії відіграє температура води. Питома теплоємність води складає 1,0. Теплопровідність води в 28 разів перевищує теплопровідність повітря. Такі фізичні характеристики води обумовлюють її здатність як забирати, так і віддавати тілу визначену кількість тепла, викликаючи або обігрівання людини, або його охолодження.

Одна з основних функцій шкіри у людини – терморекція. Більш 80% всієї тепловіддачі відбувається через шкіру шляхом конвекції, випаровування, випромінювання.

В.І. Басакін (1981) надає інформацію про термотопографію шкіри осіб різного віку, що були досліджені в денний час (16⁰⁰ – 17⁰⁰) шляхом одночасного вимірювання температури шкіри лоба, грудей, плеча, передпліччя та стопи в положенні лежачи на спині. Дані представлені в таблиці 1.

Ці показники можуть бути орієнтиром температури шкіри при проведенні гідротерапевтичних процедур [5, С. 940-942].

Тепловідчуття людини є індивідуальним і залежить від того, з якою частиною тіла контактує вода. Тобто, одна і та сама температура води по різному сприймається шкірою стоп, тулуба, верхніх кінцівок. В загальній ванні з прісною водою кордон між температурами зігрівання і охолодження складає 35,0-35,5°C (Л.А.Серебряна, 1983). При температурі води понад 35,5°C тепло з води переходить в організм, при температурі води нижче 35°C тепло з організму переходить у воду. Тому при температурі води в ванні 36-37°C температура шкіри починає підвищуватися, а при температурі води понад 37°C підвищується внутрішня температура тіла [6, С. 19-26].

Людина – це тепловий об'єкт, який складається з 2-х шарів: зовнішнього – пойкилотермної «оболонки» (шкіра, дистальні відділи кінцівки) та гомойотермного «ядра» (внутрішні органи голови, тулуба, глибоких тканин проксимальних відділів кінцівок). Температура пойкилотермної оболонки змінюється в залежності від температури зовнішнього середовища. Реакція організму на водну процедуру залежить від функціонального стану організму, його реактивності, віку та статі людини,

тривалості впливу води, зони та площі впливу, частоти процедури; вона пропорційна різниці між температурою тіла та води. Величина шкірного кровотоку дорослої людини в комфортних умовах зовнішнього середовища в стані спокою складає $0,16 \text{ л/м}^2/\text{хв.}$, а під час роботи – $1,0 \text{ л/м}^2/\text{хв.}$ В комфортних умовах при роботі доля серцевого викиду в шкірну судинну сітку складає лише 5%. При дуже високій зовнішній температурі шкірний кровоток може досягнути $2,6 \text{ л/м}^2/\text{хв.}$ В таких умовах до 20% серцевого викиду може направлятися в шкірну судинну сітку для профілактики перегріву тіла. Температура шкіри лінійно пов'язана з величиною шкірного кровотоку. Підсилений кровоток в шкірі підвищує її температуру. Якщо температура оточуючого середовища нижче, чим температура шкіри, то зростає втрата тепла шляхом конвекції та радіації. Рух повітря, води навколо тіла підсилює віддачу тепла шляхом конвекції та випаровування, що приводить до падіння середньої шкірної температури. Таким чином, зростають температурні градієнти «ядро – шкіра» та «шкіра – навколишнє середовище», що призводить до подальшої тепловтрати шляхом конвекції та радіації [7, С. 121-125].

Таблиця 1

Температура різних ділянок шкіри (в °С) осіб чоловічої статі різного віку

Вік, років	Ділянки шкіри				
	лоб	груди	плечі	передпліччя	стопа
1-3	$34,60 \pm 0,02$	$36,20 \pm 0,05$	$35,90 \pm 0,03$	$35,30 \pm 0,03$	$34,50 \pm 0,03$
4-7	$34,10 \pm 0,03$	$36,10 \pm 0,04$	$35,40 \pm 0,05$	$34,90 \pm 0,05$	$32,70 \pm 0,02$
8-12	$33,70 \pm 0,02$	$35,70 \pm 0,03$	$34,70 \pm 0,03$	$34,40 \pm 0,02$	$29,60 \pm 0,02$
18-25	$33,40 \pm 0,02$	$35,10 \pm 0,03$	$34,40 \pm 0,04$	$33,20 \pm 0,01$	$26,70 \pm 0,07$
36-60	$33,10 \pm 0,03$	$34,80 \pm 0,03$	$34,10 \pm 0,01$	$32,10 \pm 0,03$	$24,40 \pm 0,05$
61-90	$31,80 \pm 0,02$	$33,50 \pm 0,02$	$32,20 \pm 0,03$	$31,90 \pm 0,03$	$19,20 \pm 0,06$

Тепловий баланс людини регулюється фізіологічними та біохімічними реакціями. Фізіологічні реакції полягають у звуженні або розширенні судин шкіри у відповідь на вплив теплої або холодної води.

Біохімічні реакції полягають у підвищенні або зменшенні обміну жирів, вуглеводів та навіть білків.

Індиферентні та теплі процедури суттєво не міняють обмін речовин в організмі. Холодні та гарячі водні процедури сприяють активації обміну речовин, посилюються процеси гальмування в ЦНС. Прохолодні та холодні водні процедури при нетривалому впливі мають тонізуючий ефект, що супроводжується звуженням периферичних судин, підвищенням артеріального тиску, м'язового тону, деяким покращенням працездатності серця. Гідро- та бальнеотерапія активує механізми імунобіологічного захисту організму.

Прохолодні та холодні водні процедури тренують механізми терморегуляції та сприяють загартовуванню організму [8, С. 52-71].

ЛІТЕРАТУРА

1. Р. Шмидт. Соматовисцеральная чувствительность: виды кожной чувствительности, проприоцепция, боль // Физиология человека: в 4-х томах. Т.2./ Под ред. Р. Шмидта, Г. Тевса. Пер. с англ. – М.: Мир, 1985. – с. 54-64.
2. Волков В.В. Медицина бессмертия и 280 лет земной жизни. – СПб: Валери СПД, 2002. – С. 50-56.
3. Серебряна Л.А., Кенц В.В., Горчакова Г.А. Водолечение. – К.: Здоров'я, 1983. – с. 6-21.
4. Минеральные воды // Курорты. Энциклопедический словарь / Гл.ред. Е.И.Чазов. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – С. 234-237.

5. Басакин В.И. Возрастные особенности физической терморегуляции // Физиология человека, 1981, Т. 7, № 5. – С. 940-942.

6. Олефиренко В.Т. Водотеплолечение. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1986. – с. 19-26.

7. Коц Я.М. Спортивная работоспособность в особых условиях внешней среды // Спортивная физиология: Учебн. для ИФК /Под ред. Я.М.Коца. – М.: ФИС, 1986. – С. 121-136.

8. Бяльский А.М., Ладный А.Я., Панышко Ю.М., Самолецкий А.М. Некоторые средства и методы восстановления работоспособности. Методические рекомендации. Львовский областной отдел здравоохранения. – Львов. – 1988. – С. 52-71.

М.М. ПИЛИПІВ, І.В. ВАНДА

**СОЦІАЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ СПОСОБУ ЖИТТЯ:
(НА МАТЕРІАЛАХ м. ЛЬВОВА)**

Розглянуто диференціацію способу життя м. Львова, застосувавши методіку аналізу соціальної території. Наведено огляд соціально-географічних аспектів формування компонентів способу життя, зважаючи на глобальні, національні та регіональні тенденції розвитку міста.

Рассмотрено дифференциацию образа жизни г. Львова, используя методіку анализа социальной территории. Наведён обзор социально-географических аспектов формирования компонентов образа жизни, учитывая современные глобальные, национальные и региональные тенденции развития города.

As the result of social area analysis methodology application in Lviv the differentiation of the life style is regarded. The social geographical issues of life style constructs formation, taking into account modern global, national and regional tendencies of city development, are reviewed.

Поняття “спосіб життя” широко вживається як у побутовому, так і науковому мовленні. Вітчизняні дослідження представлені найширше у кількох напрямках, зокрема медичному (аспект здорового способу життя”), соціологічному (“стиль життя”, формування суб-культур) та економічному (оцінки низки показників). З географічної точки зору завданням дослідження способу життя є виявлення просторової диференціації його проявів та факторів формування. Надзвичайно актуальним є розгляд міського способу життя, оскільки реалії суспільного розвитку найінтенсивніше проявляються саме у містах, особливо великих. В українській соціальній географії питання вимірювання способу життя, як і його диференціації, не розвинені. У своєму дослідженні ми звернулися на теоретико-методичні напрацювання зарубіжних соціо-географів, що були апробовані нами для дослідження міст США, Канади, Західної Європи та інших регіонів світу. Також нами взято до уваги сучасні тенденції розвитку міст на поч. ХХІ ст., оскільки вони значною мірою визначають необхідність розгляду тих чи інших ознак як характерних для змін соціального життя міста.

В сучасній українській економічній науці “спосіб життя” пропонується розуміти як “всі види життєдіяльності людини, в процесі яких створюються блага (труд, суспільно-політична діяльність) та формуються потреби, як духовні (побут, духовність, культура), так і фізіологічні (раціональне харчування). Для оцінки способу життя населення регіону найчастіше використовуються такі компоненти, як “спорт”, “харчування”, “злочинність”, рідше – “культура та духовність”, найрідше – “туризм” і “санаторно-курортне дозвілля та оздоровлення” [3, с. 5].

Наукові дослідження соціальної диференціації простору міст, зокрема за способом життя населення, беруть початок від школи соціальної екології 20-х рр. ХХ ст. З 1950-х рр. розпочинається нова хвиля соціально-географічних досліджень міст, зокрема розроблено методологію аналізу соціальної території (Шевки та Белл, 1955). Останні розглядали місто як цілісну частину суспільства і вважали, що динаміка суспільного розвитку найяскравіше відображається у великих містах. Зміни сукупно виражаються у поступовому переході від традиційного примітивного до сучаснішого цивілізованого способу життя, і мають три головних напрямки прояву – соціальний ранг, урбанізованість та сегрегованість [4, с. 215]. Вони узагальнюються як конструкти (ознаки), кожна з яких характеризує тенденції, що проявляються у певних соціальних інститутах. Соціальний ранг (економічний статус) описується через тенденцію посилення стратифікації суспільства за критеріями спеціалізації (зокрема, професійної) та соціального престижу. Урбанізованість (сімейний статус) пов’язується у послабленні традиційної організації сім’ї як соціального інституту. Сегрегованість