

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра спортивної медицини, здоров'я людини

Жарська Н.В.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

Лекція з навчальної дисципліни

„ Діагностика і моніторинг рівня здоров'я ”

для студентів спеціальності 014.14 Середня освіта (здоров'я людини)

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на засіданні кафедри спортивної
медицини, здоров'я людини
„28” серпня 2018 р. протокол № 1
Зав.каф _____ Шиян О.І.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

1. Індивідуальне здоров'я як категорія соціальної медицини .

1.1. Основні визначення здоров'я

1.2. Фізичний розвиток як показник здоров'я

2. Суспільне здоров'я як категорія соціальної медицини

2.1. Демографічні показники здоров'я

2.2. Захворюваність як критерій оцінювання здоров'я

1.Індивідуальне здоров'я як категорія соціальної медицини

1.1. Основні визначення здоров'я

Протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економно використовувати здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

Вивчення різних аспектів здоров'я як якісної цінності людини та суспільства, вивчення складних взаємозв'язків між чинниками навколишнього середовища та здоров'ям людей є важливим завданням дисципліни “Безпека життєдіяльності”.

Здоров'я людей належить до числа як локальних, так і глобальних проблем, тобто тих, що мають життєво важливе значення як для кожної людини, кожної держави, так і для всього людства в цілому.

Поняття “здоров'я” належить до числа складних медико-філософських уявлень. Нині існує відносно велика кількість різноманітних за напрямом, структурою та змістом визначень поняття “здоров'я”. Т.І. Калью на основі вивчення світового інформаційного потоку документів склав перелік 79 визначень сутності здоров'я людини, але і він є далеко не повним.

Взагалі “здоров'я” – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (спадкових і набутих) і соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення в підтримці стану здоров'я або в появі і розвитку

хвороби, що у преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я записано: “Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад”. Таке визначення поняття “здоров'я” є найбільш чітким, зрозумілим, повним і вміщує, насамперед, біологічні, соціальні та психологічні аспекти даної проблеми.

Узагальнюючи всі наведені визначення поняття “здоров'я”, доцільно сказати, що здоров'я треба розуміти як процес збереження й розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя.

Учені запропонували поняття “величини здоров'я”, яке визначається чотирма суспільно вагомими категоріями:

тривалістю життя,

тривалістю розумової та фізичної працездатності,

відтворенням потомства, рівнем самопочуття.

Робити висновки про стан здоров'я можна суб'єктивно та об'єктивно. У першому випадку людина сама робить висновки про стан свого здоров'я, у другому – висновки робить лікар, котрий обстежує цю людину.

2. Суспільне здоров'я як категорія соціальної медицини

Стан здоров'я населення характеризується системою показників, які визначають запас фізичних сил та дієздатність організму кожного індивіда (характеристики фізичного розвитку), особливості відтворення населення (демографічні показники), особливості адаптації населення до умов зовнішнього середовища (дані про різні види захворюваності). Усі вони характеризують здоров'я не безпосередньо, а опосередковано. Комплексне вивчення й оцінювання здоров'я населення можливі тільки при належно налагодженій і достовірній статистиці.

1.2. Фізичний розвиток як показник здоров'я

Одним із найоб'єктивніших показників стану здоров'я населення є стан його фізичного розвитку. Широке застосування показників фізичного розвитку пояснюється, передусім, тим, що, на відміну від даних про захворюваність, смертність, інвалідність, вони дають безпосередню позитивну характеристику здоров'я населення.

Фізичний розвиток – це сукупність морфологічних та функціональних ознак, які характеризують розвиток та формування організму в процесі його росту й підпорядковуються загальним біологічним закономірностям. Стан фізичного розвитку необхідно розглядати як результат взаємодії внутрішніх та зовнішніх впливів (рис. 1). До перших належать вроджені якості: спадковість, особливості внутрішньоутробного розвитку та ін., до других – сукупність чинників зовнішнього середовища. Ці чинники можна поділити на природно-кліматичні (клімат, рельєф місцевості) та соціально-економічні

(рівень економічного розвитку країни, умови праці й побуту, характер професії, матеріальний, культурний і духовний рівень суспільства).

Систематичне вивчення фізичного розвитку населення зумовлюється запитами медицини, спорту, педагогіки, соціології. Особливо велике значення вивчення стану фізичного розвитку має при оцінюванні здоров'я молодого покоління, спостереження за яким починається з моменту народження дитини в пологовому будинку. Надалі воно проводиться в дитячих поліклініках, дошкільних закладах і школах, середніх та вищих навчальних закладах, під час призову до лав армії тощо. Дослідження фізичного розвитку особливо доцільне, коли воно проводиться в комплексі з вивченням інших показників здоров'я: захворюваності, народжуваності, смертності, а також у зв'язку з умовами праці й побуту. Узагальнені матеріали масових досліджень стають основою для формування регіональних (місцевих), вікових та статевих стандартів, установлення закономірностей росту та розвитку дітей та підлітків, оцінювання ефективності оздоровчих заходів.

Рівень фізичного розвитку оцінюють за такими групами показників:

1) антропометричні – зріст (стоячи), маса тіла, обвід грудної клітки, а при поглиблених дослідженнях – зріст сидячи, обвід голови, плеча, передпліччя, стегна, гомілки;

2) фізіометричні – життєва ємкість легень та м'язова сила кистей рук;

3) соматоскопічні – тип будови тіла, ступінь розвитку мускулатури та підшкірної жирової клітковини, форма грудної клітки, ніг, стоп, вираженість вторинних статевих ознак.

Отримані результати досліджень підлягають статистичній обробці, після чого можливе оцінювання як індивідуальних, так і групових показників фізичного розвитку. При індивідуальному оцінюванні фізичного розвитку дані індивіда порівнюються зі стандартними величинами певних ознак. Оцінювальні таблиці фізичного розвитку формуються для всіх вікових та статевих груп і складаються з трьох основних показників – зросту, маси тіла, обводу грудної клітки.

Виділяють такі групи фізичного розвитку: “середній розвиток”, “вищий за середній”, “високий розвиток”, “нижчий за середній”, “низький розвиток”. Індивідуальне оцінювання фізичного розвитку потребує суворо індивідуального підходу з обов'язковим обліком сукупності антропометричних, фізіометричних та соматоскопічних ознак.

У практичній діяльності лікарів, учителів фізичної культури і тренерів, соціологів буває необхідним оцінювати рівень фізичного розвитку колективів. Оцінювання рівня фізичного розвитку групи людей передбачає розподіл всіх обстежуваних на групи фізичного розвитку з врахуванням статі і віку. Чим більший відсоток осіб із середнім, вищим за середній та високим рівнем фізичного розвитку, тим кращий рівень фізичного розвитку колективу загалом і навпаки. Широко застосовується порівняльна характеристика рівнів фізичного розвитку різних колективів або одного колективу за різні проміжки часу (у динаміці).

Антропометричні виміри з огляду на їх простоту й доступність, а також велику інформативність широко застосовуються від народження до дорослого віку. Важливо зазначити, що в початковому періоді багатьох хронічних захворювань дитячого віку гальмування росту або порушення співвідношення поміж зростом та масою тіла є першим сигналом неблагополуччя ще до початку видимих хворобливих проявів. Часто невмотивована дисгармонія фізичного розвитку відображує вроджену або спадкову патологію на тканинному або нейроендокринному рівні. Окрім того, учені встановили наявність безпосереднього зв'язку поміж досліджуваними антропометричними параметрами та станом імунологічної реактивності організму.

Фізіометричні показники характеризують можливості м'язової системи, що певною мірою свідчить про фізичну підготовленість. Особливого значення ці показники набувають у спортсменів. Установлено, що результативність спортивних досягнень до 60% зумовлена рівнем фізичного розвитку, а в силових і сило-спритностних видах спорту сукупний вплив віку, маси тіла і зросту зумовлює спортивний результат на 75 – 80%.

Останнім часом при вивченні фізичного розвитку дедалі більшого значення набуває визначення відповідності між віком соматичного (тілесного) розвитку та паспортним віком, так званий “біологічний” вік. За ступенем відповідності біологічного та паспортного віку виділяють п'ять соматичних типів:

- 1 – уповільнений тип росту й розвитку;
- 2 – уповільнений тип розвитку;
- 3 – середній тип росту і розвитку;
- 4 – прискорений тип розвитку;
- 5 – прискорений тип росту і розвитку.

В основу цієї типології покладено зв'язок між антропометричними показниками і ступенем статевого дозрівання. Виявлено чітку залежність між визначеним соматичним типом та функціональними показниками стану серцево-судинної системи, а також зв'язок рівня фізичного розвитку з фізичною працездатністю і шкільною успішністю.

З 50-х років минулого століття було встановлено прискорення темпів фізичного розвитку, що полягало в такому:

- 1) підвищення вихідних параметрів маси й довжини тіла при народженні;
- 2) прискорення темпів розвитку в усіх вікових групах;
- 3) більш ранній психічний і фізичний розвиток дітей та підлітків;
- 4) абсолютне збільшення кінцевих показників розвитку в дорослого населення; таке прискорення темпів розвитку отримало назву “акселерація”.

Існує низка теорій виникнення акселерації: геліогенна, конституційного відбору, аліментарна, радіохвильова, урбанізаційної травми. Зокрема, встановлено залежність прискорення фізичного розвитку населення від величини населеного пункту: найпомітніше соматичні зміни проявляються у великих містах, значно менше – у сільській місцевості. Сучасне місто

характеризується глибокою диференціацією як промислової праці, так і побуту, зниженням фізичних навантажень, поширенням постійних значних психоемоційних перевантажень, зумовлених прискореним темпом життя. У місті на людину впливає значний потік різнопланових вражень та інформації, які через інтелектуальну та емоційну сфери викликають зміни в нервово-психічній діяльності. Ці чинники у сполученні зі своєрідним екологічним середовищем міста (загазованість атмосферного повітря, високий рівень шуму тощо) накладають значний відбиток на психосоматичний розвиток людини. Прихильники геліогенної теорії пов'язували акселерацію з активізацією сонячної активності, а аліментарної – з поліпшенням харчування, зокрема, зі зростанням у раціоні частки тваринних білків.

Разом з тим жодна із вказаних теорій не могла вичерпно пояснити суть акселерації. На сьогодні найвірогіднішою видається теорія сукупного впливу підвищеної сонячної активності та магнітного поля Землі, які хвилеподібно змінюються.

Проте вже з 70-х років ХХ ст. антропологи Норвегії, Італії, Японії та деяких інших країн встановили стабілізацію явищ акселерації. Останніми роками в науковій літературі з'явилися відомості про повернення деяких антропологічних показників до параметрів 60-х років ХХ ст. Явище, зворотне акселерації, отримало назву "деселерація" (зменшення розмірів тіла та уповільнення термінів статевого дозрівання).

2.1. Демографічні показники здоров'я

Демографія – наука про населення в його суспільному розвитку. Ґрунтуючись на біологічних, економічних, соціальних, географічних та інших даних, демографія досліджує закономірності явищ і процесів, які відбуваються в структурі, розташуванні, переміщенні та динаміці народонаселення (рис. 2).

Відомості про населення, окрім їхнього величезного значення для економіки, необхідні для успішної діяльності установ охорони здоров'я та спортивно-масової роботи.

Статистичне вивчення народонаселення проводиться у двох основних напрямках:

1. Установлення чисельності та складу населення на певний момент часу (статистичні дані). Склад населення вивчається за такими основними ознаками: стать, вік, національність, професія та вид праці, сімейний стан, освіта, місце проживання тощо.

2. Вивчення зміни кількості населення в її динаміці (рух населення). Розрізняють механічний та природний рух населення. Механічний рух населення зумовлюється переселенням із сільської місцевості в міста, із одних районів і країн в інші. Природний рух населення пов'язаний із народжуваністю та смертністю.

З точки зору здоров'я, віковий та статевий склад населення становлять особливий інтерес у зв'язку з тим, що їх зміни впливають на характер,

виникнення та поширення хвороб серед населення, а також на особливості занять фізичною культурою і спортом.

Зіставляючи чисельність населення у віці від 0 до 14 років із чисельністю населення 50-ти років і більше, можна мати уявлення про особливості складу населення тієї чи іншої території.



Рис. 2. Напрямки вивчення демографічних показників

Так, прогресивним називається той тип відтворення населення, в якому частка населення у віці від 0 до 14 років переважає частку населення у віці 50 років і старше. Наприклад, на Африканському континенті в країнах, що розвиваються, можна спостерігати такий віковий склад населення, при якому на 100 мешканців припадає одна стара людина. Прогресивний тип відтворення населення забезпечує можливість подальшого збільшення його чисельності за рахунок природного приросту. У той самий час у структурі захворюваності населення при цьому типі переважають хвороби дитячого віку, а дозвілля і фізичний (зокрема спортивний) розвиток молоді потребує постійної уваги.

При регресивному типі відтворення населення частка людей похилого і старшого віку переважає частку молодих. Це містить загрозу скорочення чисельності населення. На сьогодні кожний восьмий мешканець Західної

Європи є людиною старшої вікової категорії. Регресивний тип відтворення населення характерний і для України. У структурі захворюваності країн, які характеризуються регресивним типом відтворення населення, переважають хвороби обміну речовин, серцево-судинна патологія, злоякісні новоутворення. Тому в цих країнах фізична культура набуває якісно іншого значення, ніж у країнах із прогресивним типом відтворення населення: у спортивному русі акцент робиться на його оздоровчому та реабілітаційному аспектах.

Стаціонарним називається тип відтворення населення, в якому його частка у віці від 0 до 14 років дорівнює частці населення віком 50 років і старше.

Статова структура населення визначається низкою чинників:

1) співвідношенням між кількістю хлопчиків і дівчаток при народженні. Ця величина майже постійна – на 100 дівчаток народжується 104 – 105 хлопчиків. У молодому віці кількість чоловіків і жінок приблизно однакова. Унаслідок вищої смертності серед чоловічого населення в похилому віці, кількість жінок переважає кількість чоловіків;

2) інтенсивністю та напрямком міграційних процесів як між країнами, так і в середині однієї країни. Зазвичай найбільші можливості щодо реалізації міграції є в молодих людей, які ще не створили власних сімей. Водночас це призводить до зменшення народжуваності, депопуляції, економічної стагнації та репресивності в місцях від'їзду. Натомість у місцях прибуття мігрантів може спостерігатися зростання злочинності або захворюваності;

3) наявністю воєнних подій. Установлено, що найзначніші зміни в статевому складі населення викликають війни. Якщо впродовж останніх століть основні втрати від воєнних дій припадали на доросле чоловіче населення, то, починаючи з Другої світової війни, частка втрат серед мирного населення (жінок та дітей) сягає 70 – 85% з усієї сукупності санітарних втрат.

Загалом міграційні процеси суттєво впливають на здоров'я не тільки мігрантів, але й корінного населення. Наш час характеризується інтенсивною міждержавною міграцією. Зазначений вид міграції дістав назву зовнішньої. Окрім неї, є ще внутрішня міграція населення в межах однієї країни. Унаслідок міграційних процесів змінюються чисельність, віковий і статевий склад населення. Так, чисельність населення молодого й середнього віку (переважно чоловічої статі) у місцях виїзду зменшується, натомість у місцях в'їзду вона відповідно зростає. Механічний рух населення має значення і для санітарного стану країни: він може сприяти перенесенню інфекційних захворювань, виникненню та поширенню інших захворювань.

Ще більшого значення для оцінювання здоров'я населення мають відомості про природний рух населення – зміну чисельності населення певної території в результаті взаємодії таких загальних демографічних явищ як народжуваність і смертність. Окрім того, до природного руху населення належать шлюби й розлучення. Останні впливають на показники здоров'я не безпосередньо, а опосередковано: установлено, що перебування в шлюбі позитивно впливає на стан здоров'я та тривалість життя чоловіків, тоді як, за

даними американських соціологів, розлучення є важким стресом, інтенсивність якого при оцінюванні за 10-бальною шкалою трохи менша, ніж смерть одного з подружжя.

До основних показників природного руху населення належать такі: 1) коефіцієнт народжуваності; 2) коефіцієнт смертності; 3) коефіцієнт природного приросту населення (вираховується як різниця поміж коефіцієнтами народжуваності і смертності).

Високий природний приріст населення може розцінюватись як сприятливе явище тільки при низькій смертності. Малий приріст при високій смертності є несприятливим показником. При низькій смертності малий приріст населення свідчить про низьку народжуваність, що також є несприятливою ознакою. У всіх випадках від'ємний природний приріст населення свідчить про очевидне санітарне або соціальне неблагополуччя. На жаль, від початку 90-х років в Україні реєструється щорічний від'ємний приріст населення, що становить пряму загрозу самому існуванню української нації.

Один із основних показників здоров'я – всебічна характеристика смертності населення. Показники смертності населення найповніше характеризують умови існування населення. Поліпшення економічних умов, упровадження фізичної культури в повсякденне життя, підвищення рівня охорони здоров'я та успіхи медицини в боротьбі з різноманітними захворюваннями позитивно впливають на зниження рівня смертності.

Розглядаючи основні причини смертності населення, учені встановили, що за останні десятиріччя в структурі смертності відбулися суттєві зміни. Так, якщо на початку ХХ ст. перше місце серед причин смерті займали випадки інфекційних захворювань (60%), то вже в 60-х роках вони скоротилися в кілька разів, поступившись неінфекційним захворюванням із хронічним перебігом. Серед останніх великого значення набули серцево-судинні захворювання та злоякісні новоутворення. В економічно розвинутих країнах перше місце серед причин смерті займає травматизм (до 70 – 80%). Найчастіше випадки смерті внаслідок дорожньо-транспортних пригод спостерігаються серед чоловіків 15 – 24 років. У багатьох країнах вони становлять 40% і більше від усіх випадків смерті чоловічого населення в цій віковій групі.

Аналіз вікової структури смертності дозволив установити, що найвищі рівні смертності притаманні ранньому дитячому (особливо до 1 року) та похилому (старше за 60 років) віку. Мінімальною є смертність у віці 10 – 14 років. У будь-якому віці смертність серед чоловіків переважає смертність серед жінок.

Комплексним показником оцінювання стану здоров'я може бути середня тривалість життя. У результаті зниження дитячої та загальної смертності середня тривалість життя населення в економічно розвинутих країнах значно зросла. На сьогодні у 26 країнах вона досягла 70 років або перевищує цю цифру. Існує суттєва різниця між середньою тривалістю життя чоловіків і жінок: в Україні жінки живуть довше за чоловіків у середньому на 10 років, у

США та Японії – на 6 років, Швеції – на 5 років. Середня тривалість життя – це важливий узагальнювальний критерій, який характеризує як біологічні, так і соціальні закономірності: рівень життя та стан здоров'я населення, розвиток фізичної культури і спорту, систему охорони здоров'я тощо.

2.2. Захворюваність як критерій оцінювання здоров'я

Захворюваність показує рівень, частоту та поширеність усіх хвороб разом і кожної зокрема як серед населення загалом, так і в окремих статевих, соціальних, професійних та інших групах.

Для вивчення її характеристики захворюваності населення виокремлюють такі поняття:

- 1) власне захворюваність;
- 2) хворобливість;
- 3) патологічна ураженість.

Власне захворюваність – це сукупність нових, уперше виявлених у поточному році випадків захворювань. Цей показник чітко реагує на зміни умов зовнішнього середовища.

Хворобливість – сукупність усіх наявних серед населення захворювань, виявлених як у поточному році, так і в попередні роки, з приводу яких хворі звернулися за лікарською допомогою цього року. Цей показник менше залежить від впливів зовнішнього середовища.

Патологічна ураженість визначає стан патології всього населення або його окремих груп, який встановлюється під час медичних оглядів. Вона враховує не тільки наявні захворювання, але й патологічні стани, які на момент обстеження ще не спонукали їхніх носіїв звертатися за медичною допомогою.

Відомості про розмір і характер захворюваності в різних групах населення необхідні для правильного оцінювання тенденцій у зміні стану здоров'я населення, ефективності медичних та соціальних заходів, зокрема планування різноманітних видів фізкультурної та спортивно-масової роботи.

Розрізняють 3 основні напрямки вивчення захворюваності:

- 1) згідно з даними про звернення за медичною допомогою;
- 2) згідно з даними медичних оглядів;
- 3) згідно з даними про причини смерті.

Відомості про загальну захворюваність населення за зверненням за медичною допомогою найповніше відображують як поширеність захворювань, так і стан здоров'я населення. Дуже важливою позитивною якістю відомостей про захворюваність, згідно зі зверненням, є можливість аналізу за сезонами календарного року.

Система обліку інфекційних захворювань дозволяє своєчасно й оперативно сповіщати санітарно-епідеміологічні установи та органи охорони здоров'я про кожен випадок інфекційних захворювань для запобігання поширенню або виникненню їх спалахів.

До захворювань із тимчасовою втратою працездатності належать ті випадки захворювань, які викликали невихід на роботу чи навчання. Саме цим зумовлено те велике соціальне значення вказаного виду захворюваності і та значна увага, що їй приділяють.

Облік захворюваності на основі даних диспансерного методу спостереження за здоров'ям різних груп населення – це огляди школярів, підлітків, студентів, робітників та ін. Значні контингенти населення підлягають медичним оглядам для вивчення певних захворювань: туберкульоз, злоякісні новоутворення, венеричні хвороби тощо. За допомогою цього методу виявляються і враховуються переважно випадки хронічних захворювань, з приводу яких населення не зверталось до медичних закладів, а також випадки початкових проявів деяких захворювань. При профілактичних медичних оглядах пацієнти визначаються як “практично здорові”, які в майбутньому впродовж певного часу не звертатимуться за медичною допомогою, та як “хворі, що потребують медичної допомоги”.

Установлено, що деякі захворювання значно частіше виявляються при спеціальних медичних оглядах, ніж при зверненнях у поліклініку. Зокрема, частота варикозного розширення вен за даними первинного звернення в поліклініку становить у середньому 1,6 випадку на 1000 населення, тоді як при цілеспрямованих медичних оглядах виявляється до 26,7 випадку на 1000 оглянутих.

Детальне розроблення медичного свідоцтва про смерть суттєво доповнює відомості про загальну захворюваність. Аналіз таких документів дозволяє встановити захворювання, які стали причиною смерті, та спланувати завдання зі зниження смертності й збільшення тривалості життя. Окрім того, у кожній віковій групі реєструється певна кількість захворювань, які мають вирішальне значення для рівня смертності населення цього віку. Так, у чоловіків віком 20 – 24 роки перше місце серед причин смерті займає дорожньо-транспортний травматизм, тоді як у старших вікових групах (50 – 60 років) на першому місці серед причин смерті перебувають серцево-судинні та онкологічні захворювання.

Кожен із зазначених методів вивчення захворюваності має свої особливості. Так, у захворюваності, за даними звернень, переважають гострі або хронічні захворювання в стадії загострення. У той час, як у захворюваності, що виявляється шляхом медичних обстежень при масових профілактичних оглядах і диспансерному спостереженні, найчастіше реєструються хвороби, які протікають без виразних симптомів (особливо в початкових стадіях та на стадії компенсації) і часто не можуть бути виявлені самим хворим. До таких захворювань належать туберкульоз, глистні інвазії, серцево-судинні й онкологічні захворювання тощо. Під час обліку захворюваності за причинами смерті виявляються найтяжчі захворювання.

Таким чином, жоден із зазначених методів вивчення захворюваності сам по собі не може охарактеризувати захворюваність ні загалом, ні за окремими хворобами. Щоб мати повне й вірогідне уявлення про захворюваність

населення необхідне комплексне використання всіх методів вивчення захворюваності в їхній сукупності.

Література:

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.
2. Основи екології та охорона навколишнього природного середовища: Навч. посібник / За ред. В.С. Джигиря. – Львів, 1999. – 238 с.
3. Алексеенко И.Р., Кейсевич Л.В. Последняя цивилизация? Человек. Общество. Природа. – К.: Наукова думка, 1997. – 412 с.
4. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О. Бачинського. – К.: Вища школа, 1995. – 238 с.
5. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
6. Словарь по этике / Под ред. А.С. Кона. – 5-е издание. – М.: Политиздат., 1983. – 445 с.
7. Васильев В.Н. Здоровье и стрессы. – М.: Знание, 1991. – 160 с.
8. Казаков В.А. Психология діяльності та навчальний менеджмент: Підручник у 2-ох ч. Ч.1: Психологія суб'єкта діяльності. – К.: КНЕУ, 1999. – 244 с.
9. Биология. Пособие для подг. отд. мед. ин-т. / Под общей ред. Н.Е. Ковалева. – М.: Высшая шк., 1985. – 384 с.
10. Безопасность жизнедеятельности: Учебник для вузов / Под общей ред. С.В. Белова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Высшая шк., 1999. – 448 с.