

ДЕТЕРМІНАНТИ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я І ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Стаття присвячена аналізу психологічних, соціальних, демографічних детермінант ставлення до здоров'я і здорового способу життя.

Ключові слова: ставлення до здоров'я, здоровий спосіб життя.

Статья посвящена анализу психологических, социальных, демографических детерминант отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

Ключевые слова: отношение к здоровью, здоровый образ жизни.

Постановка проблеми. Стан здоров'я населення України викликає велику тривогу. В нашій країні катастрофічно зменшується кількість здорового населення. За даними одних дослідників, в Україні можна вважати здоровими 20 % населення, за іншими – що лише 5 % населення здорові насправді; за даними соціологічних опитувань лише 15 % українців вважають себе здоровими [11]. Особливу тривогу викликають соціально залежні і професійно зумовлені дефекти здоров'я населення (туберкульоз, психічні і венеричні захворювання, соціально та екологічно зумовлена втома, неврози). Значній частині населення притаманна дезадаптація, хронічна перевтома, зниження розумової і фізичної працездатності, що зумовлені тривалою дією негативних фізичних і соціальних чинників та призводять до загострення психосоматичних захворювань хронічного перебігу. Показники стану здоров'я населення України, свідчать, що хронічні неінфекційні хвороби є визначальними в структурі захворюваності і смертності населення нашої країни і залежать, в першу чергу, від способу життя (поширеності шкідливих звичок, зміні традицій харчування, підвищенні рівня психоемоційних навантажень, зниженні фізичної активності населення тощо).

У ситуації, що склалася, все більшого значення набуває формування психологічної культури здорового способу життя (ЗСЖ) населення, яка сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, запобігає розвитку хвороб [13], адже очевидно, що найважливіша роль у збереженні і формуванні здоров'я належить самій людині, її способу життя, її системі цінностей, настановам, рівню гармонізації її внутрішнього світу і стосунків з оточенням.

Метою статті є аналіз, упорядкування багатогранності психологічних, соціальних, демографічних детермінант ставлення до здоров'я і здорового способу життя.

Результати дослідження. Ставлення до здоров'я і ЗСЖ є системою індивідуальних, вибіркових зв'язків особи із різними явищами навколишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю особи, а також певна оцінка індивідом свого фізичного і психічного стану [13]. ЗСЖ – комплекс раціональних поведінкових правил, що гарантують індивіду максимальний захист від чинників ризику навколишнього середовища, які мають негативний вплив на нього. Маючи достатньо високий рівень загальної інформованості щодо принципів збереження та зміцнення здоров'я, значна кількість людей не дотримуються правил ЗСЖ [3]. За даними досліджень, проведених останніми роками [12], на особовому рівні і на рівні суспільної свідомості відсутнє системне уявлення про здоров'я як соціальну цінність, а в способі життя більшості людей відсутні реальні дії, спрямовані на підтримку свого здоров'я [13; 3].

Можна стверджувати, що є два типи чинників, що впливають на поведінку людей – *внутрішні чинники* (індивідуальні знання, переконання і відношення) і *зовнішні чинники* (культура, соціальні норми, економічні аспекти життя людини); особистий вибір завжди здійснюється в певному соціокультурному контексті, в поведінковому середовищі, яке створюється очікуваннями інших людей, правилами і нормами суспільного життя. Тобто моделі поведінки людини стосовно свого здоров'я знаходяться під сильним впливом суспільних груп, сім'ї, соціального середовища і культури суспільства [18].

В численних дослідженнях, присвячених культурі ціннісного ставлення до здоров'я і ЗСЖ, в якості основної перемінної найчастіше використовується самооцінка особою стану здоров'я. Суб'єктивна *оцінка стану здоров'я* є віддзеркаленням об'єктивного стану індивідуума (на афективному і когнітивному рівні його психіки) та відображає сукупність інтерорецептивних відчуттів особи, особливостей біохімічного, гормонального та нервового стану [8], тобто є важливою детермінантою настрою і загального стану особи (на фізіологічному і психофізіологічному рівні) та впливає на культуру ЗСЖ і ставлення особистості до здоров'я [13]. За висновками О.В. Решетнікова [14] результати *самооцінки* досліджуваними *стану здоров'я* мають, безумовно, суб'єктивний характер та залежать від таких факторів: психологічні особливості індивіда (песимістична чи оптимістична позиція щодо життя, недовірливість як риса особистості); самопочуття на момент опиту; стан здоров'я оточуючих; частота і тяжкість захворювань, перенесених респондентом в останні роки; інформованість про результати медичного обстеження; стан навколишнього середовища; ступінь задоволеності

рівнем медичного обслуговування. **Психофізіологічним** фактором, що впливає на самооцінку стану здоров'я, є специфіка міжпівкульної організації мозку [17]: особам з лівобічними ознаками асиметрії притаманна нижча середня самооцінка здоров'я і самопочуття та більша кількість скарг, переважно вегетативного типу.

Досліджуючи зв'язок між **матеріальним (економічним) статусом** і показниками здоров'я та ЗСЖ, дослідники виходять з припущення, що рівень доходу має істотно впливати на психологічний стан людини, і позначатися на реальному стані здоров'я і культурі ЗСЖ. Проте, емпіричні дані відносно цієї проблеми також вельми суперечливі: за даними І.Б. Назарової малозабезпечені чоловіки вірогідніше за умовно забезпечених мають проблеми зі здоров'ям (у жінок такого ефекта не спостерігається) [10]; В. Дж. Брауном, Н.Л. Русиною встановлено U-образну залежність, згідно якої "погане здоров'я частіше спостерігається в осіб з середнім достатком" [1]. В цілому, залежності між доходом і самооцінками здоров'я не виявлено.

Залежність між **соціальним статусом** респондентів та їх оцінкою стану власного здоров'я є дещо краще вивченою. Як показують дані досліджень [14], краще за інших своє здоров'я оцінюють співробітники комерційних організацій, що переважно пов'язується з їхнім віком; як "задовільне" частіше оцінюють власне здоров'я працівники бюджетних організацій, і це пов'язано з тим, що більшість з них має вищу освіту; на останньому місці за рівнем самопочуття знаходяться пенсіонери [12].

За даними Д. Дауда [13], який проаналізував результати декількох медико-соціальних і соціально-психологічних досліджень, "у пацієнтів з суб'єктивним відчуттям **релігійності** є позитивнішою оцінка стану свого здоров'я". До схожих висновків прийшли й російські дослідники [10]: віра проявляє себе в самооцінці фізичного здоров'я, що дозволяє припустити, що "певна релігійна культура, пов'язана з дотриманням ... ЗСЖ".

У контексті дослідження **емоційних чинників** культури ЗСЖ привертають увагу роботи О.С. Копіної, О.А. Суислової та Є.В. Заїкіна [13], в яких об'єктивізовано зв'язки між самооцінкою стану здоров'я і психоемоційною напругою. На основі застосування розробленої ними "Методики експрес-діагностики психоемоційної напруги та її джерел" зроблено такий висновок: в цілому, низька самооцінка здоров'я пов'язана з підвищеним рівнем стресу і низькими показниками задоволеності життям.

Отже, у перелічених дослідженнях у якості чинників, що впливають на самооцінку людиною стану власного здоров'я та

опосередковано на культуру здоров'я і ЗСЖ, визнані: психофізіологічні, психоемоційні, демографічні та психосоціальні, а також ступінь релігійності. Але важливими факторами самооцінки стану здоров'я залишаються самопочуття і досвід переживання хвороби на момент опитування [14]. Такі характеристики стану особи як суб'єктивна та об'єктивна тяжкість захворювання, ступінь обмеженості, яку відчуває хвора людина, окрім психологічних детермінант, – є формуючими чинниками внутрішньої картини хвороби та ВКЗ [7]. Припущення щодо залежності ціннісного ставлення людини до здоров'я і ЗСЖ від того, в якому стані вона знаходиться, існує навіть на рівні буденної свідомості, проте, характер зв'язку між **тяжкістю стану** та ставленням до здоров'я, ЗСЖ не піддавався систематизованому вивченню.

Інша група досліджень, результати яких можуть бути використані при вивченні емоційних та психосоціальних чинників культури здоров'я і ЗСЖ, стосується *індивідуальної поведінки* стосовно здоров'я та її “зумовленості” соціальними і психологічними факторами. Найбільш систематизовано та глибоко ця проблема розглянута в роботі S.E. Taylor [18]. Автор наводить *групу чинників*, які впливають на реалізацію ЗСЖ: соціальні, емоційні і когнітивні фактори, симптоми, що сприймаються, та фактори, які стосуються доступності медичного обслуговування.

За результатами дослідження N.H. Gottlieb і Green, п'ятьох “здорових навичок” (відносно паління, фізичної активності, ваги тіла, вживання алкоголю та сну), “здорові стилі поведінки зазвичай реалізовувалися тими, хто ... був молодший, мав більший дохід, мав кращу освіту, переживав стрес нижчий за середній рівень та мав доступну соціальну підтримку” (остання оцінювалась за тим фактом, чи перебували досліджені в шлюбі чи ні, та чи відвідували вони церкву). Встановлені зв'язки між *соціально-психологічними* характеристиками особи та її ЗСЖ – в цілому, особи з низьким рівнем освіти, доходів, соціально-економічним статусом, чоловіки, та ті, хто не має постійного лікаря, менш вірогідно схильні реалізовувати здорову поведінку, ніж ті, хто має кращу освіту, високий рівень доходів та соціально-економічний статус, жінки та ті, хто має постійного лікаря [18].

У якості *психологічних чинників* поведінки стосовно здоров'я S.E. Taylor перелічує, посилаючись на відповідні дослідження: групові цінності, самооцінку, відчуття психологічного благополуччя, здатність людини до передбачення проблем, персональні цілі, локус контролю. Так, J.E. Donovan, S.L. Jessor і F.M. Costa вважають, що на практичну реалізацію ЗСЖ впливають *цінності*, пов'язані зі

специфікою культури чи соціально-економічної групи, до якої відноситься конкретний індивід [18]. Крім цінностей, певну роль в реалізації деяких навичок, які впливають на здоров'я, "можливо відіграють **емоційні фактори**, а позитивна здорова поведінка знаходиться під їхнім впливом". За даними R.R. Lau і S. Klepper **самооцінка** також пов'язана із реалізацією здорової поведінки, оскільки особи, які мають вищу самооцінку, більш схильні практикувати "здорові навички, порівняно з тими, самооцінка яких нижча. Основний результат досліджень Mechanі і Cleary – "в цілому, позитивна поведінка, пов'язана зі здоров'ям, вірогідніше практикується людьми, які відчувають **психологічне благополуччя** і віру в те, що їхнє здоров'я в порядку. Крім того, позитивна поведінка, пов'язана зі здоров'ям, є частиною такого стилю життя, який відображає здатність людини до передбачення проблем, мобілізації до зустрічі з ними та їх активного вирішення". Отже, поведінка, спрямована на зміцнення та підтримку здоров'я, аналогічна іншим аспектам життя, що потребують планомірної активності з рішення задач [18].

Форми поведінки, які впливають на здоров'я, також певною мірою пов'язані з **персональними цілями** людини. Наприклад, дослідження Eiser і Gentle виявило, що оцінка, яку досліджені давали формам здоров'язберігаючої поведінки, а також ступінь їх залучення у таку поведінку були пов'язані з тим, чи дійсно вони сприймали ці елементи поведінки як такі, що сприяють досягненню їх персональних цілей. Загальна мета – просто "бути здоровим" є лише частковим предиктором цих навичок, а намір щодо змінення поведінки у більш здоровому напрямку дещо "підривається", коли компрометуюча здоров'я навичка обслуговує інші цілі [18].

Когнітивні фактори, згідно аналізу S.E. Taylor, визначають, чи реалізують люди певні типи здорової поведінки. Такі когнітивні фактори включають: переконання в тому, що реалізація специфічних форм поведінки стосовно здоров'я є корисною (вигідною для здоров'я); віру в те, що це може сприяти запобіганню певних захворювань; відчуття уразливості до хвороби (загрози та серйозності хвороби), почуття самоефективності (відчуття особи, що він (вона) особисто здатний практикувати оздоровчу поведінку [18].

Дещо більше уваги приділено дослідниками проблемі впливу **локусу контролю** на поведінку особи стосовно здоров'я [2]. При цьому звертається увага на те, що система уявлень про здоров'я і причини хвороб "взагалі" може не бути ідентичною структурі уявлень про власне здоров'я і причини власних хвороб. Тобто в цілому, більшість людей визнає важливість індивідуального контролю і

відповідальності особи за здоров'я, але коли мова заходить про власне здоров'я, вони скоріше схильні посилатися на зовнішні обставини. Так, за дослідженнями Л.В. Стоянової [16], “більшість респондентів у системі власних поведінкових стереотипів схильні бачити в якості факторів, які зумовлюють їх здоров'я, скоріше зовнішні, ніж внутрішні причини”, і лише кожний четвертий пов'язує своє здоров'я, головним чином, із власною поведінкою. В. Дж. Брауном і Н.Л. Русиною встановлений зв'язок між рівнем освіти респондентів і екстернальністю-інтернальністю *локуса контролю* стосовно здоров'я: менш освічені люди (особливо чоловіки) проявляють вищу екстернальність; особи з вищою і незавершеною вищою освітою, навпаки, прагнуть приписати самій людині відповідальність за обраний стиль поведінки і ЗСЖ [2].

Lau та Strickland, які в своїх роботах спирались на концепцію *локуса контролю* Rotter, встановили, що особи, яким притаманний внутрішній локус контролю вірогідніше приймають відповідальність за власне здоров'я, практикують позитивнішу поведінку стосовно здоров'я, дбайливіше оберігають себе від нещасних випадків та активніше збирають інформацію про здоров'я, ніж особи, які характеризуються зовнішнім локусом контролю [18]. А. Lohaus, G.M. Schmitt і Wallston із співавторами розробили спеціалізовані шкали, які вимірюють інтернальність, соціальну і фатальну екстернальність стосовно здоров'я.

Що стосується вивчення саме ставлення до здоров'я і ЗСЖ як однієї з детермінант поведінки стосовно здоров'я, коло досліджень відповідного плану вельми обмежене, а переважна більшість з них – медико-соціологічні, що визначають відмінності ставлення до здоров'я і культури ЗСЖ у різних груп людей, виділених за демографічними та соціальними ознаками, переважно – за статтю та віком.

Спостереження доводять, що як для жінок, так і для чоловіків характерна розбіжність між нормативними уявленнями про здоров'я і ЗСЖ та реальною поведінкою [13]. Встановлені такі *гендерні відмінності* ставлення до здоров'я і ЗСЖ: вища термінальна цінність здоров'я у жінок – жінки раніше починають піклуватися про своє здоров'я, надають більше уваги правильному харчуванню, частіше звертаються до лікарів в профілактичних цілях, рідше практикують шкідливі для здоров'я звички [3]; жінки більш схильні звертатися по допомогу неспеціалістів (друзів, знайомих, родичів), тоді як для чоловіків є характернішим не звертати уваги на нездужання, тобто реагувати за принципом заперечення [5]; постійне піклування та відповідальність за рідних та близьких спонукає жінок підтримувати

інтенсивний ритм життя та високий життєвий тонус; жінки в цілому більш чутливі до змін свого самопочуття, вони частіше переживають почуття страху, коли дізнаються про погіршення свого здоров'я [13]; жінок відрізняє висока інтернальність локуса контролю стосовно хвороби, а “чоловіки частіше сподіваються на щастя” [12]; “в цілому усвідомлюючи власну відповідальність за стан свого здоров'я, чоловіки ... не приховують свого пасивного ставлення до будь-яких загроз для здоров'я”; “жінки більш відповідально ставляться до власного здоров'я та, до здоров'я членів сім'ї”; відповідальніше ставитися до власного здоров'я більшість чоловіків “може примусити наявність серйозного захворювання або серйозних больових симптомів”. Таким чином, для жінок в цілому характерний вищий рівень адекватності ставлення до здоров'я і ЗСЖ, порівняно з чоловіками.

Відповідальне ставлення до здоров'я і ЗСЖ як динамічне особистісне утворення зазнає змін у процесі життєдіяльності особи, тому досліджуються закономірності *вікової динаміки*. Стосовно відношення до хвороби встановлено, що воно має тенденцію до змінення від недооцінки у молодому віці до адекватного розуміння її в зрілому, переоцінки в немолодому та знов недооцінки в старості [7]. У цілому, аналіз наукових публікацій дозволяє сформулювати такі висновки щодо зв'язку між віком і відповідальним ставленням до здоров'я, ЗСЖ: існує пряма вікова динаміка значущості здоров'я [2; 3; 5; 12]; зворотна залежність між віком і рівнем відповідальності за збереження свого здоров'я – “молоде покоління відрізняє більша інтернальність стосовно здоров'я” [2]; до 30 років турбота про здоров'я переважно зумовлена мотивом самозбереження, після – фактичним станом здоров'я [13]. Отже, з віком ставлення до здоров'я і ЗСЖ набуває суперечливого характеру: цінність здоров'я зростає, а рівень поведінкової активності, спрямованої на його підтримку і зміцнення, та інтернальності стосовно здоров'я знижується.

На думку деяких сучасних дослідників [1; 5; 13], *рівень освіти та дохід* є найбільш істотними чинниками, які формують спосіб життя і рівень культури здоров'я. Увага до стану здоров'я та культури ЗСЖ сучасних *керівників середньої і вищої ланки* зумовлена тим, що уміння піклуватися про своє здоров'я (фізичне і психічне) розглядається як професійно-важлива якість менеджера, яка забезпечує високу ефективність управлінської діяльності. В цілому, на когнітивному рівні сучасних керівників відрізняє адекватне уявлення про здоров'я [5]; їх нормативні уявлення про ЗСЖ відповідають сучасним уявленням про поведінку, пов'язану зі здоров'ям [13]; проте їм притаманний достатньо низький рівень

активності поведінки, пов'язаної із здоров'ям [3]; більшість з них не схильна звертатися за професійною допомогою, вважаючи за краще вирішувати виникаючі у них проблеми із здоров'ям самостійно; для менеджерів вищої ланки характерні нижчі цінності здоров'я та рівень поведінкової активності щодо нього [13]. Отже, для сучасних керівників характерна розбіжність нормативних уявлень про ЗСЖ і реальної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, тобто скоріше пасивне та споживацьке ставлення до свого здоров'я.

До числа небагатьох вітчизняних досліджень, в яких розглянуто зв'язок між окремими психологічними показниками та культурою здоров'я і ЗСЖ, можна виділити роботу Л.В. Стоянової [16]. До "особистісних факторів соціального здоров'я", автор зараховує психічну і нервову напругу, задоволеність партнером, ступінь довіри оточуючим, соціальної комфортності, суб'єктивної задоволеності своїм матеріальним станом, життям і здоров'ям.

Сучасні дослідники проявляють інтерес до виділення окремих типів людей по *відношенню до свого здоров'я*, що має велике прикладне значення. Так, у якості параметра типології С.Г. Добротворська [13] обирає "готовність особистості до ЗСЖ" та вивчає можливості валеологічно-педагогічного впливу на поведінку представників окремих груп. М.Я. Віленський за параметром локалізації контролю виділяє *два типи* людей з точки зору "їх ставлення до здоров'я та орієнтації в цьому питанні". До першого типу віднесені "інтерналі" – особи з доброю самооцінкою здоров'я, які відчувають відповідальність за результати своєї діяльності (зокрема в сфері здоров'я). До другого типу віднесені "екстернали", в яких погана самооцінка здоров'я. Вони вважають, що зовнішні сили і умови відіграють основну роль.

Л.В. Стоянова [16] одержала таку "типологію на основі цільових поведінкових настанов респондентів по відношенню до свого здоров'я": виважено-аналітичний тип (орієнтується у підтримці власного здоров'я переважно на себе, а не на інститут охорони здоров'я; намагається не приймати ліки й обмежуватися природними засобами), вольовий тип (виключає з власного життя шкідливі звички й орієнтується на щорічні ретельні обстеження), пасивний тип (орієнтується на мінімальну активність у підтримці власного здоров'я). В цьому випадку для виділення окремих груп були прийняті особливості поведінки особи стосовно здоров'я, а не її психологічні особливості чи особливості ставлення до здоров'я.

Висновок. У сучасних дослідженнях ставлення до здоров'я розглядається як важливий чинник самооцінки здоров'я, поведінки стосовно нього, та, як результат, – самого здоров'я. Аналіз наукових досліджень дозволяє зробити висновок про існування і специфіку

впливу демографічних (стать, вік), психосоціальних (рівень освіти і доходів, соціально-економічний статус, віросповідання, характер зайнятості) та психологічних (групові цінності, самооцінка, відчуття психологічного благополуччя, здатність людини до передбачення проблем, персональні цілі, почуття самоефективності, локус контролю, глибина віри, психоемоційна напруга) детермінант на ставлення до здоров'я та культуру ЗСЖ. Ставлення до здоров'я і ЗСЖ є багатограним і ще недостатньо дослідженим.

Список використаних джерел

1. Браун В.Дж. Социальные неравенства и здоровье / В.Дж.Браун, Н.Л.Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т.2. – Вып.1. – С. 44-57.
2. Браун В.Дж. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму / В.Дж.Браун, Н.Л.Русинова // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. В.М. Фирсов. – СПб., 1996. – С.132-159.
3. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С.Васильева, Ф. Р. Филатов. – М.: Прогресс, 2001. – 352 с.
4. Волошко Н.І. Психологічна культура здоров'я: навч.-метод. посіб / Н.І.Волошко. – К.: Наук. світ, 2008. – 163 с.
5. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н.Гурвич. – СПб.: Ювента, 1999. – С. 54-102.
6. Зязюн І.А. Педагогіка добра: ідеали і реалії: Науково-методичний посібник / І.А.Зязюн. – К.: МАУП, 2000. – 312 с.
7. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция / В. Е.Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 57-64.
8. Корхова И.В. Методы оценки здоровья / И.В.Корхова // Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века / Под ред. Н. М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – С. 224-252.
9. Максименко С.Д. Психологічні засади пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя молоді // Практична психологія та соціальна робота. – 2008. – № 6 (111). – С. 72 – 76.
10. Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения / И.Б.Назарова // Бюллетень российской социологической сети. – 2001. – № 3. – С. 46-53.
11. Паніна Н. В. Спосіб життя і психологічний стан населення за умов переходу від тоталітаризму до демократії: Автореф. дис....докт. соціолог. наук / Н. В.Паніна. – К., 1993. – 28 с.

12. Прозоров Ю.А. Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды и оценки населения, врачей и экспертов / Ю.А.Прозоров. – Симферополь, 1996. – 184 с.
13. Психология здоровья / Под. ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
14. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины / А.В.Решетников. – М.: REFFL-book, 2000.– 238 с.
15. Рибалка В.В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці: навч. посіб / В.В.Рибалка. – Одеса: Букаєв Вадим Вікторович, 2009. – 575 с.
16. Стоянова Л.В. Социальное здоровье как жизненный ресурс украинского общества // http://www.sociology.kharkov.ua/rus/chten_01.php
17. Хомская Е.Д. Межполушарная организация мозга и субъективная оценка здоровья /Е.Д.Хомская, Е.В.Будыка // Вестник Московского университета. Серия “Психология”. – 1995. – № 2. – С.20-29.
18. Taylor S.E. Health Psychology. – 3-rd edition. – N.-Y.: McGraw-Hill, Inc., 1995. – 781 p.

The article is devoted to the analysis of psychological and social determinants in the formation of attitude toward a health and healthy lifestyle.

Key words: attitude toward a health, healthy lifestyle.

Отримано: 20.07.2010

УДК 159.9

О.В. Гаврилов

Психолого–педагогічна характеристика легкої, помірної, тяжкої та глибокої розумової відсталості

У статті подана психолого-педагогічна характеристика розумової відсталості за ступенем інтелектуального порушення: легкий, помірний, тяжкий і глибокий; описані діагнози розумової відсталості відповідно до 10-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб, прийнятого ВООЗ.

Ключові слова: легка, помірна, тяжка, глибока розумова відсталість, Міжнародна класифікація хвороб, ступінь інтелектуального порушення.