

Єжова О. О., Кириченко В. І.

# ОСНОВИ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Навчальний посібник





Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Національна академія педагогічних наук України  
Інститут проблем виховання НАПНУ

Єжова О. О., Кириченко В. І.

# **ОСНОВИ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Навчальний посібник

Рекомендовано вченими радами  
Сумського державного університету  
та Інституту проблем виховання НАПНУ

Суми  
Сумський державний університет  
2024

УДК 613.7(075.8)

Є 41

Рецензенти:

*Г. М. Даниленко* – доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків);

*В. А. Сміянов* – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету;

*Д. В. Попович* – докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичного виховання Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського;

*О. В. Васюк* – докторка педагогічних наук, професорка, професорка кафедри педагогіки гуманітарно-педагогічного факультету Національного університету біоресурсів і природокористування України (м. Київ)

*Рекомендовано до видання  
вченими радами Сумського державного університету  
(протокол № 6 від 22 грудня 2023 року)  
та Інституту проблем виховання НАПН України  
(протокол № 14 від 28 грудня 2023 року)  
як навчальний посібник*

**Єжова О. О.**

Є 41 Основи популяризації здорового способу життя :  
навчальний посібник / О. О. Єжова, В. І. Кириченко. – Суми :  
Сумський державний університет, 2024. – 154 с.  
ISBN 978-966-657-969-3

У навчальному посібнику подано теоретичні основи популяризації здоров'я та здорового способу життя й успішні світові практики в освіті та охороні здоров'я. Актуалізовано питання ролі реабілітації та громадського здоров'я в збереженні здоров'я населення й промоції здорового способу життя.

Навчальний посібник адресовано здобувачам спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» першого рівня вищої освіти. Може бути корисним і здобувачам інших спеціальностей галузі «Охорона здоров'я», зокрема спеціальності 229 «Громадське здоров'я».

**УДК 613.7(075.8)**

ISBN 978-966-657-969-3

© Сумський державний університет, 2024

© Інститут проблем виховання НАПНУ, 2024

## ЗМІСТ

	С.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	6
ПЕРЕДМОВА.....	7
РОЗДІЛ 1. Роль і місце реабілітації у збереженні здоров'я населення та популяризації здорового способу життя.....	10
1.1. Провідні поняття курсу.....	10
1.1.1. Поняття «здоров'я».....	10
1.1.2. Поняття «глобальне здоров'я», «громадське здоров'я», «міжнародне здоров'я».....	11
1.2. Сталий розвиток та цілі сталого розвитку.....	16
1.3. Реабілітація як процес оптимізації стану здоров'я.....	21
1.4. Роль фізичного терапевта / ерготерапевта в промоції здоров'я.....	24
РОЗДІЛ 2. Теоретичні основи здорового способу життя.....	31
2.1. Стан здоров'я населення.....	31
2.2. Основні демографічні показники.....	34
2.3. Поняття «спосіб життя» та «здоровий спосіб життя».....	37
2.4. Чинники, що впливають на стан здоров'я.....	40
РОЗДІЛ 3. Складові здорового способу життя.....	49
3.1. Фізична активність.....	49
3.2. Харчування.....	52
3.3. Режим праці та відпочинку.....	57
3.4. Особиста гігієна.....	60
3.5. Соціальні комунікації.....	62

РОЗДІЛ 4. Фізична активність та її вплив на здоров'я людини.....	67
4.1. Сучасні аспекти фізичної активності.....	67
4.2. Методи оцінювання рівня фізичної активності.....	70
4.3. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я з організації фізичної активності різних вікових груп.....	72
РОЗДІЛ 5. Промоція здоров'я і здорового способу життя.....	81
5.1. Визначення поняття «промоція здоров'я».....	81
5.2. Історичні аспекти розвитку популяризації та промоції здорового способу життя.....	82
5.3. Діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я з промоції здоров'я.....	85
5.4. Глобальні конференції з промоції здоров'я.....	87
РОЗДІЛ 6. Міжнародний і вітчизняний досвід популяризації здорового способу життя.....	100
6.1. Школи здоров'я в Європі (Європейська мережа шкіл сприяння здоров'я).....	100
6.2. Клініки, дружні до молоді.....	107
РОЗДІЛ 7. Психосоціальні навички.....	115
7.1. Сутність і витоки поняття «психосоціальні навички».....	115
7.2. Класифікація життєвих навичок.....	118
7.3. Навчання життєвих навичок як складова діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.....	125

РОЗДІЛ 8. Педагогічні засади популяризації здорового способу життя.....	127
8.1. Провідні принципи й закономірності превентивної педагогіки.....	127
8.2. Характеристика основних принципів педагогічної діяльності.....	129
8.3. Сутність і відмінності основних понять «метод», «методика», «технологія».....	130
8.4. Сучасні форми роботи з популяризації здорового способу життя.....	135
8.5. Методичні рекомендації до розроблення заходів із промоції здоров'я та освіти пацієнтів.....	137
РОЗДІЛ 9. Психологічні засади популяризації здорового способу життя.....	141
9.1. Теорії поведінки.....	141
9.2. Характеристика ключових теорій поведінки та їх значення для поширення здорового способу життя серед населення: мотиваційні, стадійні, моделі взаємодії-комунікації.....	141

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я.
ЄМШСЗ	– Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю.
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя.
ПІСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом.
КДМ	– Клініка, дружня до молоді.
МКФ	– Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.
НІЗ	– неінфекційні захворювання.
ООЖН	– освіта на основі розвитку життєвих навичок.
ОРА	– опорно-руховий апарат.
O <sub>2</sub>	– кисень.
ХОЗЛ	– хронічні обструктивні захворювання легень.
ЦСР	– цілі сталого розвитку.
ЦСССДМ	– Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.
ЧСС	– частота серцевих скорочень.
ШЗЄ (SHE)	– Школи здоров'я в Європі (Schools for Health in Europe).
ШСЗ	– Школа сприяння здоров'ю.
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН.
ЯЖ	– якість життя.
ФІТТ	– принцип дозування фізичних навантажень: частота, інтенсивність, час, тип вправ (F – Frequency, I – Intensity, T – Time, T – Type).
ІРАQ	– Міжнародний опитник щодо фізичної активності.

## ПЕРЕДМОВА

У відповідь на виклики часу система вищої освіти України продукує потужний розвиток спеціальностей «Терапія та реабілітація» і «Громадське здоров'я». Фахівці цих спеціальностей повинні відігравати важливу роль у збереженні, зміцненні, формуванні та відновленні здоров'я людини. І хоча їхній функціонал та предмети уваги різняться, спільним провідним напрямом їх професійної діяльності постає покращання здоров'я людини, зокрема, залученням пацієнтів / клієнтів, членів їх сімей, опікунів до здорового способу життя.

На сьогодні в професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта та терапевта мови і мовлення значна увага приділяється просвіті й освіті пацієнта та членів його сім'ї. Саме через освіту ці фахівці навчають пацієнтів правильній роботі з тілом у різних станах здоров'я, запобіганню травм і сприяють усвідомленому вибору здорового способу життя. Безпосередній результат такої діяльності повинен проявитися модифікацією поведінкових патернів, а віддалені наслідки – довгостроковим благополуччям і підвищенням якості життя пацієнтів.

З огляду на це одними з професійних компетентностей фахівців цих спеціальностей визнаються здатності використовувати в професійній діяльності сучасні наукові підходи і теоретико-методичні концепти наук про здоров'я; уміння навчати пацієнта / опікунів / членів сімей профілактиці захворювань, травм, ускладнень та здоровому способу життя; обґрунтовувати та планувати заходи з профілактики захворювань, захисту та зміцнення здоров'я населення та сприяти їх реалізації на практиці.



Ефективність популяризації здорового способу життя серед пацієнтів і населення загалом, профілактичної роботи багато в чому залежить від застосування узгоджених концепцій, теорій і положень у роботі фахівців із реабілітації та громадського здоров'я. Сподіваємося, що навчальний посібник «Основи популяризації здорового способу життя» сприятиме формуванню суголосного розуміння ними важливих сегментів проблемного поля промоції здоров'я і здорового способу життя.

Матеріал навчального посібника структуровано у дев'ять розділів, тематика яких є важливою для професійної діяльності фахівців галузі «Охорона здоров'я». У першому розділі окреслено роль і місце реабілітації у збереженні здоров'я населення та популяризації здорового способу життя. Наступні три розділи присвячено сучасним теоретико-практичним основам здорового способу життя. Наведено сутність складових здорового способу життя, зокрема фізичної активності. Також висвітлено історичні витоки та успішні практики промоції здоров'я в освіті (досвід мережі «Школи здоров'я в Європі») та охороні здоров'я (міжнародний і вітчизняний досвід Клінік, дружніх до молоді). Класифікації і значенню психосоціальних навичок присвячено сьомий розділ. В останніх двох розділах розглядаються важливі аспекти педагогічних та психологічних засад освіти пацієнтів і формування навичок здорового способу життя, змін моделей поведінки. Їх застосування в професійній діяльності працівників сфери охорони здоров'я сприятиме ефективності реабілітації та залученню пацієнтів до модифікації власного стилю життя відповідно до їх станів здоров'я.

Сподіваємося, що посібник допоможе забезпечити належний рівень засвоєння навчального матеріалу курсу «Основи популяризації здорового способу життя»

студентами спеціальності «Терапія та реабілітація» та сприятиме набуттю ними відповідних професійних компетентностей.

Автори будуть вдячні за зауваження, побажання та пропозиції, що дадуть можливість у майбутньому вдосконалити навчальний посібник «Основи популяризації здорового способу життя».

З повагою автори

## РОЗДІЛ 1

### Роль і місце реабілітації у збереженні здоров'я населення та популяризації здорового способу життя

*1.1. Провідні поняття курсу.*

*1.1.1. Поняття «здоров'я».*

*1.1.2. Поняття «глобальне здоров'я», «громадське здоров'я», «міжнародне здоров'я».*

*1.2. Сталий розвиток та цілі сталого розвитку.*

*1.3. Реабілітація як процес оптимізації стану здоров'я.*

*1.4. Роль фізичного терапевта / ерготерапевта в промоції здоров'я.*

*1.1. Провідні поняття курсу*

*1.1.1. Поняття «здоров'я»*

Поняття «здоров'я» є наріжним для багатьох галузей науки, в яких досліджуються проблеми існування та діяльності людини, функціонування її організму (філософія, біологія, медицина, соціологія, психологія, педагогіка тощо). Здоров'я є абсолютною цінністю людини і внаслідок тривалої історії свого вивчення й дослідження має численні визначення, яких деякі дослідники нараховують близько 300.

Однак найбільшого поширення набуло визначення здоров'я, що подане в статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ):

*Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. / «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» [7].*

У такому тлумаченні здоров'я містяться три складові: фізичне, психічне та соціальне здоров'я.

Більшість науковців під «фізичним здоров'ям» розуміють:

- стан функціонування організму в навколишньому середовищі, за якого відсутні болісні зміни;
- стан, за якого можлива успішна адаптація організму до умов навколишнього світу;
- такий рівень росту й розвитку органів і систем організму, основою якого є морфологічні та функціональні резерви.

Соціальне здоров'я передбачає усвідомлення людиною себе як особистості, взаємодію та спілкування з іншими людьми. Воно характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій [1].

Психічне здоров'я зазвичай проявляється у розумовому та емоційному благополуччі людини, що відповідають календарному віку особистості. Психічне здоров'я пов'язане з умінням керувати своїми емоціями, здатністю адаптуватися до соціуму, адекватно оцінювати обставини та ухвалювати рішення, обирати моделі поведінки відповідно до власної мети діяльності й умов середовища.

### *1.1.2. Поняття «глобальне здоров'я», «громадське здоров'я», «міжнародне здоров'я»*

Останнім часом у професійному дискурсі спостерігається збільшення частотності вживання таких понять, як «глобальне здоров'я» та «громадське здоров'я».

Виникнення поняття «глобальне здоров'я» пов'язують із глобалізацією світу [13] і розумінням

вразливості організму людини перед дією різних чинників, що спричинюють захворювання, незалежно від місця проживання, раси, нації.

Однозначного визначення і розуміння поняття «глобальне здоров'я», як власне і «здоров'я», не існує. Одна із дефініцій визначає глобальне здоров'я як спільні транснаціональні дослідження та дії для зміцнення здоров'я всіх [3]. У більшості існуючих на сьогодні визначень підкреслюється міждисциплінарний та багатовимірний характер цього явища. Глобальне здоров'я розглядають також як:

- поточний стан глобальної охорони здоров'я;
- ціль (світ здорових людей як умова глобального здоров'я);
- поєднання науки і практики (для вирішення різних питань, досліджень нових проблем тощо).

Відсутність загальноприйнятого визначення глобального здоров'я дуже часто призводить до його застосування як синонім термінам «громадське здоров'я / Public Health» чи «міжнародне здоров'я / International Health».

Громадське здоров'я також має низку визначень, однак їх дискусійність значно нижча. Ймовірно, це пов'язано із тим, що сучасне розуміння терміна «громадське здоров'я» сформульовано достатньо давно, у середині 19-го ст. [18]. Новий напрям досліджень було виокремлено на основі чотирьох принципів:

- 1) ухвалення рішень на основі даних і доказів (статистика життєдіяльності населення, епідагляд і дослідження спалахів захворювань, лабораторні дослідження тощо);
- 2) зосередження на популяціях, а не на індивідах;
- 3) досягнення соціальної справедливості та рівності у збереженні здоров'я;

4) наголошування на профілактиці, а не на лікуванні [12].

Визначення громадського здоров'я, що якнайкраще витримало випробування часом, запропоновано Уїнслоу понад 100 років тому: «Громадська охорона здоров'я – це наука та мистецтво запобігання хворобам, продовження життя і сприяння фізичному здоров'ю й високій працездатності за допомогою організованих зусиль громади для оздоровлення довкілля, боротьби з інфекційними захворюваннями, навчання особи особистої гігієни, організації медичних і сестринських служб для ранньої діагностики та профілактики захворювань, а також розвитку соціального механізму, який забезпечить кожній людині рівень життя громади, достатній для підтримки здоров'я...» [28]. Інститут медицини (США) наводить сучасне уточнення мети громадського здоров'я: «задоволення інтересів суспільства у забезпеченні умов, в яких люди можуть бути здоровими» [11].

Термін «міжнародне здоров'я» упродовж десятиліть використовувався для вивчення і досліджень здоров'я за кордоном, із географічним фокусом на країнах, що розвиваються, і часто поєднувався з питаннями інфекційних і тропічних захворювань, водопостачання та санітарії, недоїдання, здоров'я матері та дитини [4]. На сьогодні цей термін охоплює ширше коло тем, додаються такі, як хронічні захворювання, травми та різні системи охорони здоров'я.

Освітній консорціум глобального здоров'я визначає міжнародну охорону здоров'я як спеціалізацію, яка «більше пов'язана з практикою, політикою та системами охорони здоров'я... і більше наголошує на відмінностях між країнами, ніж на їх спільності» [27].

Власне «міжнародне здоров'я» характеризується як «застосування принципів громадського здоров'я до

проблем і викликів, що стосуються країн із низьким і середнім рівнем доходу, а також до складного набору глобальних і місцевих сил, які на них впливають» [15].

У дослідженнях J. P. Koplan et al. виокремлено критерії, за якими зручно розрізнити поняття «глобальне здоров'я», «міжнародне здоров'я», «громадське здоров'я» [12]. У таблиці 1.1 наведена порівняльна характеристика цих понять за критеріями: «Географічне охоплення», «Рівень співпраці», «Окремі особи або популяції», «Доступ до здоров'я», «Спектр дисциплін».

Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика сутності понять «глобальне здоров'я», «міжнародне здоров'я», «громадське здоров'я» [12]

<b>Критерій</b>	<b>Глобальне здоров'я</b>	<b>Міжнародне здоров'я</b>	<b>Громадське здоров'я</b>
1	2	3	4
<b>Географічне охоплення</b>	Зосереджено на питаннях, що прямо чи опосередковано впливають на здоров'я, але можуть виходити за межі національних кордонів	Зосереджено на проблемах охорони здоров'я в країнах, відмінних від власної, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем доходу	Зосереджено на проблемах, що впливають на здоров'я населення певної громади чи країни
<b>Рівень співпраці</b>	Розроблення та впровадження рішень часто вимагає глобальної співпраці	Розроблення та впровадження рішень зазвичай вимагає двосторонньої співпраці між країнами	Розроблення та впровадження рішень зазвичай не вимагає глобальної або міжнародної співпраці

Продовження таблиці 1.1

1	2	3	4
<b>Окремі особи або популяції</b>	Охоплює як профілактику серед населення, так і клінічну допомогу індивідам	Охоплює як профілактику серед населення, так і клінічну допомогу індивідам	Переважно зосереджено на профілактичних програмах для населення
<b>Доступ до здоров'я</b>	Справедливість у сфері охорони здоров'я між націями та для всіх людей є основною метою	Прагне допомогти людям інших країн	Справедливість у сфері охорони здоров'я в межах нації чи громади є основною метою
<b>Спектр дисциплін</b>	Висока міждисциплінарна та мультидисциплінарна співпраця в межах і поза межами наук про здоров'я	Охоплює кілька дисциплін, але не підкреслює багатодисциплінарність	Заохочує мультидисциплінарні підходи, зокрема у сфері наук про здоров'я та соціальних наук

Запропоновано таке тлумачення критеріїв:

- географічне охоплення, що передбачає врахування кордонів країн або особливостей адміністративного поділу всередині окремої країни;
- рівень співпраці, що вимагає залучення фахівців з однієї або декількох країн;
- окремі особи або популяції, тобто індивідуальний чи груповий (суспільний) підходи;
- доступ до послуг з охорони здоров'я, особливості якого розглядаються у національному, міжнародному чи місцевому порівнянні;



– спектр дисциплін, чії основні принципи і положення застосовуються на практиці (див. табл. 1.1).

### *1.2. Сталий розвиток та цілі сталого розвитку*

Концепція сталості була вперше визначена у 1987 році як нова концепція розвитку за назвою «Глобальна програма змін», що повинна «забезпечувати відповідність потребам сьогодення без шкоди майбутнім поколінням задовольняти власні потреби» [29]. Такий підхід істотно вплинув на вирішення економічних, соціальних та екологічних проблем на міжнародному рівні [24]. Ключовим результатом реалізації концепції сталості є офіційний документ – Резолюція Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року» (далі Порядок денний в області сталого розвитку), розроблена після конференції Ріо+20 у 2012 році та прийнята світовими лідерами на саміті ООН у вересні 2015 року (Нью-Йорк) [26].

Основними елементами сталого розвитку є економічне зростання, соціальна інтеграція та захист довкілля. Ці елементи тісно взаємозв'язані один з одним і представлені у Порядку денному у сфері сталого розвитку у формі 17-ти цілей сталого розвитку (ЦСР) (рис. 1.1) [26]:



# ГЛОБАЛЬНІ ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ



Рисунок 1.1 – Інфографіка цілей сталого розвитку

Ціль 1. Подолання бідності.

Ціль 2. Подолання голоду, розвиток сільського господарства.

Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя.

Ціль 4. Якісна освіта.

Ціль 5. Гендерна рівність.

Ціль 6. Чиста вода та належні санітарні умови.

Ціль 7. Доступна та чиста енергія.

Ціль 8. Гідна праця та економічне зростання.

Ціль 9. Промисловість, інновації та інфраструктура.

Ціль 10. Скорочення нерівності.

Ціль 11. Сталий розвиток міст і громад.

Ціль 12. Відповідальне споживання та виробництво.

Ціль 13. Пом'якшення наслідків зміни клімату.

Ціль 14. Збереження морських ресурсів.

Ціль 15. Захист та відновлення екосистем суші.

Ціль 16. Мир, справедливість та сильні інститути.

Ціль 17. Партнерство заради сталого розвитку.

ЦСР можна розмістити відповідно до елементів сталого розвитку на трьох рівнях: екологічному, соціальному та економічному (рис. 1.2):

- екологічний рівень, біосфера – цілі 6, 13, 14, 15;
- соціальний рівень, суспільство – цілі 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 16;
- економічний рівень, економіка – цілі 8, 9, 10, 12.



Рисунок 1.2 – Класифікація ЦСР за рівнями: біосфера, суспільство та економіка

Ціль 17 «Партнерство заради сталого розвитку» пронизує усі сфери реалізації ЦСР.

Починаючи з початку реалізації у 2015 році, ЦСР спрямовані на «мобілізацію зусиль для подолання всіх форм бідності, боротьби з нерівністю та боротьби зі зміною клімату, гарантуючи, що ніхто не залишиться осторонь»

[26]. Необхідно зазначити, що ЦСР спрямовані не лише на країни з низьким рівнем доходу, а й на всі країни [26].

Хоча безпосередньо професійних компетентностей фізичного терапевта, ерготерапевта стосується ціль 3 «Міцне здоров'я і благополуччя», що формулюється як «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку», інші ЦСР також мають для них велике значення. Зміцнення здоров'я, як і охорона довкілля, пов'язане із запобіганням шкоди, тобто з профілактикою [9]. Згідно з Всесвітньою конфедерацією фізичної терапії ЦСР «надають можливість фізіотерапевтам продемонструвати свій внесок у сталий глобальний розвиток» [17]. «Реабілітація має безпосередній вплив на здоров'я та самопочуття людей, покращуючи результати їхнього здоров'я. Реабілітація може запобігти погіршенню існуючих станів здоров'я або розвитку нових» [20].

Зобов'язання «нікого не залишити позаду» є постійною метою, закріпленою в Порядку денному у сфері сталого розвитку, і вимагає від усіх суб'єктів, залучених до реалізації ЦСР, вирішувати проблеми нерівності, що стосується вразливих категорій людей, включаючи людей з обмеженими можливостями. Реабілітація може принести користь великій кількості людей, особливо найбільш вразливим, надаючи їм конкретні шляхи для розширення можливостей, незалежності та участі в житті суспільства. Таким чином, реабілітація є основоположним елементом для втілення в реальність зобов'язання «нікого не залишати» [5; 23]. Реабілітація опосередковано допомагає вирішувати ЦСР 8 (Зайнятість) і ЦСР 1 (Нульова бідність) покращанням індивідуального функціонування. Фізична реабілітація збільшує людський потенціал, а отже, зміцнює робочу силу, забезпечує участь та економічну продуктивність окремої людини. Реабілітація дозволяє отримати доступ або повернутися на ринок праці, зменшує

кількість днів обмеження працездатності, запобігає хворобам, покращує самопочуття [10]. Крім того, поліпшення стану здоров'я людини, зростання її автономності щодо самообслуговування дає іншим членам сім'ї, які здійснюють догляд, додатковий час для повернення на роботу або початку професійної діяльності, від якої їм довелося відмовитися.

Робота фізичного терапевта чи ерготерапевта стосується і ЦСР 4 (Освіта). Як зазначено у звіті Global Rehabilitation Alliance: «Реабілітація усуває багато факторів відчуження від освіти (наприклад, недоступність шкільних закладів, відсутність допоміжних технологій, поганий стан здоров'я, упередження та стигма), що дозволяє дітям з обмеженими можливостями отримати освіту, і це може мати позитивний вплив впродовж усього їх життя» [20].

Отже, необхідно враховувати, що «здоров'я та добробут для всіх» часто є передумовою для досягнення багатьох інших ЦСР.

Із ЦСР також пов'язана Глобальна стратегія охорони здоров'я ЄС для покращання глобальної безпеки охорони здоров'я та забезпечення кращого здоров'я для всіх у світі. Стратегія наголошує на трьох ключових пріоритетах у вирішенні глобальних проблем охорони здоров'я:

- покращувати здоров'я та благополуччя людей упродовж усього життя;
- зміцнювати системи охорони здоров'я та сприяти загальному охопленню медичними послугами;
- профілактика та боротьба із загрозами здоров'ю, включаючи пандемії, застосовуючи підхід One Health.

Стратегія запроваджує підхід «здоров'я в усіх політиках», зокрема і в охороні здоров'я, який заплановано реалізувати до 2030 року. Таким чином, встановлюються політичні пріоритети та керівні принципи для формування

глобального здоров'я, і визначаються для цього конкретні напрямки дій.

### *1.3. Реабілітація як процес оптимізації стану здоров'я*

Реабілітація ґрунтується на філософії, відповідно до якої кожна людина має цінність і право відповідати за своє здоров'я [2].

Реабілітація – це комплекс втручань, призначених для оптимізації фізичного, соціального та психічного функціонування індивідів у взаємодії із соціальним оточенням і середовищем [30].

Сьогодні 2,4 мільярда людей різного віку потребують реабілітаційних послуг, що охоплюють допоміжні технології й широкий спектр втручань (функціонування, навчання, освіта, підтримка та консультивання, адаптація середовища тощо), які пропонують спеціалісти з реабілітації в різноманітних реабілітаційних установах [6]. Кожна людина може потребувати реабілітації в певний момент свого життя через вроджені або набуті порушення, хронічні захворювання, ушкодження, травми, дегенеративні стани та інші стани здоров'я й порушення, які можуть обмежувати здатність функціонувати в повсякденному житті. Старіння населення, зростання поширеності неінфекційних захворювань і травм призвели до зростання попиту на послуги з реабілітації. З 1990 р. до 2019 р. кількість людей, які потребують реабілітації, зросла на 63 % [6]. За свідченням науковців, наступними роками потреби в реабілітації будуть зростати.

Це є чітким свідченням сучасних тенденцій у сфері охорони здоров'я: ми живемо довше, але з більшими обмеженнями у функціонуванні [6].

Смертність і захворюваність – це й досі перших два показники, що відображають динаміку здоров'я населення, і на зниженні яких усе ще зосереджені системи охорони здоров'я усіх країн. Функціонування як третій показник здоров'я часто залишається занедбаним аспектом охорони здоров'я, як і реабілітаційні послуги [6].

Дійсно, реабілітаційні послуги дуже часто недостатньо розвинені та не забезпечені ресурсами. Таким чином, вони недоступні або обмежено доступні для переважної більшості населення, яке живе в бідності, у сільській місцевості, зокрема в країнах із низьким і середнім рівнем доходу.

На визначення реабілітаційних потреб істотно впливають соціальні детермінанти здоров'я; доступ до якісних реабілітаційних послуг та допоміжних технологій для будь-якого віку, а також мотивація та участь у програмах реабілітації з подальшим спостереженням. Практика свідчить, що незадоволені потреби в реабілітації є величезними. Більше ніж 50 % осіб, які потребують реабілітації, не мають доступу або не знають, як отримати доступ до необхідних послуг. У деяких країнах із низьким і середнім рівнем доходу перешкоди для людей з інвалідністю настільки значні, що лише 3–5 % із них мають можливість отримати доступ до реабілітаційних послуг, які їм потрібні [6].

На вирішення цих проблем спрямований документ ВООЗ «Реабілітація 2030» (рис. 1.3) [19]. Його розглядають як заклик до дій для розширення масштабів реабілітації у кожній країні світу.

# REHABILITATION

## 2030

### a call for action

Рисунок 1.3 – Логотип заклику до дій  
«Реабілітація 2030»

Як зазначають науковці й практики, «Реабілітація 2030» привертає увагу до глибокої незадоволеної потреби в реабілітації в усьому світі та підкреслює важливість зміцнення систем охорони здоров'я для забезпечення реабілітації [25]. Реабілітація є однією з якісних медичних послуг, яка повинна бути внесена до загального охоплення медичним обслуговуванням, щоб усі люди могли отримати доступ до якісних реабілітаційних послуг, не побоюючись фінансових труднощів. Цей документ зосереджений на:

- скоординованих діях усіх зацікавлених сторін для покращання лідерства у сфері реабілітації, політичної підтримки та інвестицій;
- інтеграції реабілітації в системи охорони здоров'я різних країн та готовності до надзвичайних ситуацій;
- збільшенні високоякісної робочої сили та послуг із реабілітації;
- побудові міцних партнерств і покращанні збору даних про реабілітацію та дослідницький потенціал.

З моменту першого заклику ВООЗ підтримало приблизно 20 країн щодо зміцнення і розвитку систем охорони здоров'я для надання кращих реабілітаційних послуг.



Для розвитку реабілітації системам охорони здоров'я кожної країни рекомендовано [22]:

- інтегрувати реабілітаційні послуги у систему охорони здоров'я;
- забезпечити наявність у лікарнях спеціалізованих реабілітаційних відділень для стаціонарних пацієнтів зі складними потребами;
- забезпечити доступність реабілітаційних послуг як у громаді, так і в лікарні;
- забезпечити наявність різноманітних фахівців із реабілітації (фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови і мовлення, ортезист / протезист тощо);
- забезпечити виділення фінансових ресурсів на реабілітаційні послуги;
- забезпечити реабілітаційні послуги, які покриваються медичним страхуванням;
- запровадити політику фінансування та закупівель, яка гарантує, що допоміжні товари і засоби (інвалідні візки, ходунки, слухові апарати та білі тростини тощо) доступні кожному, хто їх потребує.

#### *1.4. Роль фізичного терапевта / ерготерапевта в промоції здоров'я*

Реабілітація зосереджується на наданні можливості людині навчитися максимізувати свою залишкову функцію з метою мінімізації впливу порушення на повсякденну діяльність [14]. Крім того, під час спілкування з пацієнтами фізичні терапевти та ерготерапевти приділяють багато часу розумінню їх здоров'я та соціальних взаємовідносин. Фізичний терапевт / ерготерапевт з'ясовує ті чинники, що впливають на здоров'я пацієнта, і які може змінити сам пацієнт або, за його рекомендацією, ближнє оточення. Фізичні терапевти та ерготерапевти можуть впливати на

покращання соціальних та фізичних чинників через громаду і громадськість, які впливають на політику щодо соціальних та економічних умов, від яких залежить здоров'я людини. Змінюється політика, покращуються умови проживання.

Як частина міждисциплінарної команди, фізичний терапевт / ерготерапевт виконує різні функції, зокрема, здійснює [8; 21]:

- надання прямих послуг із фізичної реабілітації (фізичної терапії та ерготерапії);

- освіти і навчання пацієнтів та членів їх родин питанням, пов'язаних із профілактикою неінфекційних захворювань та реабілітацією за станів, пов'язаних зі способом життя (наприклад, ожиріння, діабет, хвороби серця);

- профілактику виробничих, спортивних, дитячих, побутових травм тощо;

- підвищення рівня фізичної активності та її промоції роз'ясненням користі фізичних вправ, надання порад щодо внесення відповідних змін до способу життя пацієнтів тощо;

- нагляд за здоров'ям матері та дитини.

Необхідно зазначити, що згідно з Miskan et al. «існує чітка вимога до співпраці між медичними працівниками з різним професійним рівнем, оскільки жодний із них не може надати допомогу, щоб повністю задовольнити потреби пацієнта» [16]. Ключовими членами мультидисциплінарних команд є фізичні терапевти та ерготерапевти, оскільки мають більше можливостей для навчання, освіти, залученню до здорового способу життя пацієнтів та членів їх родин, профілактики ускладнень тощо. Отже, фізичний терапевт / ерготерапевт повинен володіти теоретичними знаннями і практичними навичками у сфері промоції здоров'я та здорового способу життя для

навчання пацієнтів та членів їх родин, необхідними для реалізації вищезазначених функцій.

### Список використаної літератури

1. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Суми : Макден, 2011. 412 с.

2. Принципи реабілітації. *Physiopedia* : вебсайт. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/principles-of-rehabilitation-uk/>.

3. Beaglehole R., Ruth B. What is global health? *Global health action*. Vol. 3. P. 1–2. DOI: 10.3402/gha.v3i0.5142.

4. Brown T. M., Cueto M., Fee E. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health. *American journal of public health*. 2006. Vol. 96, № 1. P. 62–72. DOI: 10.2105/AJPH.2004.050831.

5. Chua K. S., Ng Y. S., Yap S. G., Bok C. W. A brief review of traumatic brain injury rehabilitation. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2007. Vol. 36, № 1. P. 31–42.

6. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*. 2021. Vol. 396, № 10267. P. 2006–2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

7. Constitution of the World Health Organization вебсайт. *World Health Organization*. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

8. Global Health Programme: серія онлайн курсів на платформі *Physiopedia*.

9. Guidott T. L. Health and Sustainability: An Introduction. Oxford : Oxford Scholarship Online, 2015. 512 p.

10. Hou W. H., Chi C. C., Lo H. L., Chou Y. Y., Kuo K. N., Chuang H. Y. Vocational rehabilitation for enhancing return-to-work in workers with traumatic upper limb injuries. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017. Vol. 12, № 12. CD010002. DOI: 10.1002/14651858.CD010002.pub3.

11. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The Future of Public Health*. Washington (DC): National Academies Press (US), 1988.

12. Koplan J. P., Bond T. C., Merson M. H. et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009. Vol. 373 (9679). P. 1993–1995. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

13. Macfarlane S. B., Jacobs M., Kaaya E. E. In the name of global health: trends in academic institutions. *Journal of public health policy*. 2008. Vol. 29, № 4. P. 383–401. DOI: 10.1057/jphp.2008.25.

14. Mauk K. L. Overview of rehabilitation. *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice*. Burlington, Massachusetts : Jones & Bartlett Learning, 2011. 538 p.

15. Merson M. H., Black R. E., Mills A. J. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*. 2nd edn. Sudbury MA : Jones and Bartlett Publishers, 2006. 30 p.

16. Mickan S., Hoffman S. J., Nasmith L. World Health Organizations Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of interprofessional care*. 2010. Vol. 24, № 5. P. 492–502. DOI: 10.3109/13561821003676325.

17. Opportunities for Physical Therapists Among the New United Nations Agenda. *Physiopeedia* : website. URL:

<https://www.physiospot.com/2015/10/27/opportunities-for-physical-therapists-among-the-new-united-nations-agenda/>.

18. Porter R. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. New York : W W Norton & Company, 1997. 833 p.

19. Rehabilitation 2030 Initiative. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>.

20. Rehabilitation for the realisation of human rights and inclusive development. *Humanity and Inclusion and Global Rehabilitation Alliance* : website. URL: [https://www.hi-us.org/sn\\_uploads/document/Study2019\\_Rapport\\_rehab\\_human\\_rights\\_v5\\_Web.pdf](https://www.hi-us.org/sn_uploads/document/Study2019_Rapport_rehab_human_rights_v5_Web.pdf).

21. Rehabilitation in Health Systems. *Physiopedia* : website. URL: <https://members.physio-pedia.com/rehabilitation-in-health-systems/>.

22. Rehabilitation in health systems: guide for action. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>.

23. Sumida M., Fujimoto M., Tokuhiko A., Tominaga T., Magara A., Uchida R. Early rehabilitation effect for traumatic spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001. Vol. 82, № 3. P. 391–395. DOI: 10.1053/apmr.2001.19780.

24. Sustainable Development – concept and action. *United Nations Economic Commission for Europe* : website. URL: [https://unece.org/fileadmin/DAM/oes/nutshell/previous\\_issues/focus\\_sustainable\\_development.htm](https://unece.org/fileadmin/DAM/oes/nutshell/previous_issues/focus_sustainable_development.htm).

25. The Global Need for Rehabilitation : онлайн-курс на платформі *Physiopedia*.

26. United Nations. *The Sustainable Development Agenda* : website. URL: <https://sdgs.un.org/un-system-sdg-implementation/united-nations-economic-commission-europe-unece-24538>.

27. Williams J. H., Des Marais E. A. Global Health Education. *Global Health Education. Social work research*. 2016. Vol. 40, № 1. P. 3–6. DOI: org/10.1093/swr/svw001.

28. Winslow C .E. The untilled fields of public health. *Science*. 1920. Vol. 51 (1306). P. 23–33. DOI: 10.1126/science.51.1306.23.

29. World Commission on Environment and Development. *Our Common Future*. Oxford : Oxford University Press, 1987. P. 27.

30. World Report on Disability 2011. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Охарактеризуйте складові здоров'я за визначенням ВООЗ: фізичне, психічне і соціальне здоров'я. Чому науковці пропонують переглянути визначення здоров'я за ВООЗ?

2. Знайдіть одне з визначень «здоров'я» в джерелах Інтернету та обґрунтуйте його. (Не забудьте зберегти посилання!).

3. Порівняйте сутність понять «глобальне здоров'я», «міжнародне здоров'я», «громадське здоров'я» за критеріями, визначених у статті J. P. Korlan et al. (2009).

4. Наведіть приклади для ілюстрації ролі фізичного терапевта, ерготерапевта в досягненні цілей сталого розвитку.

5. Доведіть, що промоцію здоров'я необхідно розглядати як одне із професійних завдань фізичного терапевта, ерготерапевта.

6. Поясніть вираз «Реабілітація має безпосередній вплив на здоров'я та самопочуття людей, покращуючи

результати їхнього здоров'я. Реабілітація може запобігти погіршенню існуючих станів здоров'я або розвитку нових».

7. Напишіть есе про роль фізичного терапевта / ерготерапевта у популяризації здоров'я і здорового способу життя.

### **Джерела для самостійної підготовки до практичних занять**

1. Koplan J. P., Bond T. C., Merson M. H. et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009. Vol. 373 (9679). P. 1993–1995. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

2. Онлайн-курси на платформі Physiopedia / Фізіоплюс»:

– Understanding Rehabilitation as a Health Strategy Programme: програма з 4 онлайн-курсів:

1. Introduction to Rehabilitation.
2. Rehabilitation in Health Systems.

3. Rehabilitation Infrastructure and the Rehabilitation Team.

– Competent Delivery of Rehabilitation Interventions. URL: <https://members.physio-pedia.com/understanding-rehabilitation-as-a-health-strategy-programme-course/>.

– Global Health for Rehabilitation Professionals. Gain insight into the principles that underpin global health. URL: <https://members.physio-pedia.com/global-health-for-rehabilitation-professionals-course/>.

– The Global Need for Rehabilitation. URL: <https://members.physio-pedia.com/the-global-need-for-rehabilitation-course/>.

## РОЗДІЛ 2

### Теоретичні основи здорового способу життя

*2.1. Стан здоров'я населення.*

*2.2. Основні демографічні показники.*

*2.3. Поняття «спосіб життя» та «здоровий спосіб життя».*

*2.4. Чинники, що впливають на стан здоров'я.*

#### *2.1. Стан здоров'я населення*

Відповідно до концепції Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) МКФ є класифікацією здоров'я за його станами. За МКФ до станів здоров'я належать:

- гострі або хронічні захворювання;
- порушення або розлади;
- травми;
- старіння;
- вагітність;
- стрес [6].

Усі ці стани так чи інакше впливають на рівень функціонування організму людини.

Нинішні зміни в стані здоров'я людей сприяють швидкому збільшенню кількості осіб, які відчувають порушення або погіршення функціонування організму впродовж значної частини свого життя. Якщо додати негативні демографічні тенденції у складі населення, що також сприяють швидкому глобальному зростанню кількості осіб, які відчувають зниження працездатності, то усе це свідчить про величезні незадоволені потреби суспільства в реабілітації. Так, у 21-му столітті спостерігається:



- швидке старіння населення, що супроводжується зростанням хронічних станів здоров'я;
- зростання середньої тривалості життя;
- виживання внаслідок травм / уражень і неінфекційних захворювань (НІЗ);
- зростання глобальних конфліктів, зокрема військових, і стихійних лих, що призводять до значної кількості постраждалих [2; 13; 23].

Відповідно до дослідження глобального тягаря хвороб у 2019 році, приблизно 1 з 3 осіб, мала стан, на який би могли сприятливо вплинути заходи реабілітації. За прогнозами ВООЗ, у віковій структурі населення світу кількість людей старше 60 років подвоїться до 2050 року, водночас більше людей буде мати хронічні захворювання [8; 18]. Водночас саме у віковому періоді від 50 років до 70 років спостерігається найбільша потреба у заходах реабілітації. Це пов'язано зі значною поширеністю розладів опорно-рухового апарату, неврологічних і сенсорних порушень, хронічних респіраторних захворювань [8]. Погіршення стану здоров'я не обмежується старінням населення. Значна кількість дітей та підлітків також мають інвалідність. Травматизація серед людей різного віку зростає через військові конфлікти, стихійні лиха, швидку урбанізацію та технологічний розвиток виробництва. Тому дедалі більше й більше потребується фахівців реабілітації: фізичних терапевтів, ерготерапевтів, терапевтів мови і мовлення, ортезистів / протезистів тощо.

Якщо проаналізувати поширеність захворювань, то до першої трійки порушень входять:

- розлади опорно-рухового апарату;
- сенсорні порушення;
- неврологічні розлади [8].

*Розлади опорно-рухового апарату* по всьому світі є найбільш поширеними і мають найбільшу потребу в

реабілітаційних послугах серед дітей та становлять приблизно дві третини серед осіб 15–64 років. Аналіз даних показав, що біль у попереку є основною причиною передчасного звільнення з роботи та є найбільшим тягарем в усьому світі, а також що це основний стан здоров'я, який сприяє потребі в реабілітаційних послугах у 134 із 204 країн [8].

*Сенсорні порушення* є другою найбільшою групою захворювань із погляду кількості людей (втрата зору і втрату слуху). Діти віком до 15 років і літні люди є найбільшими групами у цій категорії, що може бути пов'язано зі зростанням частоти таких станів, як короткозорість серед дітей шкільного віку, і збільшенням кількості літніх людей із віковими захворюваннями (наприклад, пресбіопія, глаукома, вікова макулярна дегенерація та вікова втрата слуху) [8].

*Неврологічні розлади* є третьою за величиною групою серед захворювань, де інсульт представляє найвищу загальну потребу в реабілітації [8].

Велика кількість людей у всьому світі живуть із наслідками травматичних ушкоджень, і реабілітація є життєво важливою для багатьох із них, особливо для тих, хто живе з довгостроковими наслідками травми [8].

Неінфекційні захворювання (НІЗ), також відомі як хронічні захворювання, можуть значно відрізнитися від гострих станів і вимагати іншого підходу до організації і змісту реабілітаційної допомоги. За даними науковців, у багатьох людей, які постраждали від пандемії COVID-19, також спостерігаються довгострокові наслідки хвороби, незалежно від початкової тяжкості захворювання або тривалості госпіталізації. Хронічні захворювання мають тривалий характер, тому їх вплив на соціальне, фізичне, психічне та економічне благополуччя людини та суспільства загалом надзвичайно високий.

**Довідничок:**

**Вікова макулярна дегенерація** – прогресуюче захворювання, за якого вражається центральна ділянка сітківки, що призводить до значного зниження гостроти зору.

**Пресбіопія (стареча далекозорість)** – природне старіння кришталика, що призводить до порушення акомодациї ока.

**Інсульт** – гостре порушення мозкового кровообігу, що призводить до ушкодження тканин головного мозку і як наслідок, розлади його функцій.

**Неінфекційні захворювання** – велика група захворювань, що зазвичай повільно прогресують, є тривалими або хронічними. Найчастіше серед них виділяють: серцево-судинні, хронічні респіраторні, онкологічні захворювання та діабет.

## *2.2. Основні демографічні показники*

**Демографія** – наука, що вивчає закономірності відтворення населення в їх соціально-економічній зумовленості. До демографічних показників відносять: кількість населення, народжуваність, смертність, тривалість життя та інші.

*Кількість населення* є одним з основних показників у демографії. Цей показник важливий для характеристики населення і країни загалом. Абсолютна кількість населення характеризує загальну величину населення, тобто кількість людей, що проживають на цій території в певний момент. Зміна кількості населення відбувається за рахунок природного і механічного руху. До природного руху

відносять процеси біологічного оновлення населення (народжуваність, смертність), до механічного – територіальне переміщення населення (міграція).

**Старіння** – об’єктивний процес у розвитку людства, а настання демографічної старості – його неминучий результат [1]. Процес старіння проходить нерівномірно у часі через нерівномірність економічного і культурного розвитку країн. Розрізняють дві основні причини старіння, а отже, два типи старіння:

- 1) зниження народжуваності – старіння «знизу»;
- 2) зниження смертності і збільшення середньої тривалості життя – старіння «зверху» [1].

*Народжуваність* – це кількісний показник, що відображає загальну кількість новонароджених упродовж певного періоду на конкретній території.

*Смертність*, відповідно, відображає загальну кількість померлих, незалежно від віку і причини, впродовж певного періоду на конкретній території. Основними чинниками смертності населення є усім відомі: спосіб життя, генетичні особливості організму, якість медичного обслуговування, стан довкілля. У таблиці 2.1 наведена діаграма структури смертності населення України у 2022 році відповідно до нозологій.

Таблиця 2.1 – Структура смертності населення України за статистичними даними 2022 р., % [5]

Назва нозології	Відсоток
1	2
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,84
Новоутворення	10,09
Хвороби крові й кровотворних органів	0,04
Ендокринні хвороби, порушення обміну речовин	0,38

### Продовження таблиці 2.1

1	2
Розлади психіки та поведінки	0,12
Хвороби нервової системи	0,78
Хвороби системи кровообігу	64,15
Хвороби органів дихання	3,48
Хвороби органів травлення	3,93
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,09
Хвороби кістково-м'язової системи	0,05
Хвороби сечостатевої системи	0,39
Зовнішні причини смерті	4,33
Інші	11,33

Відповідно до статистичних даних, у 2022 р. в Україні, як і загалом у світі, НІЗ є основною причиною смерті: на частку серцево-судинних, онкологічних захворювань та хвороб дихання припадає близько 80 % (табл. 2.1). НІЗ забирає життя більше ніж 36 млн людей щорічно (63 % смертей у світі). Заслуговує на увагу висновок вчених, що приблизно половині смертей віком до 75 років в Україні можна було б запобігти за допомогою належної профілактики, лікування та реабілітації.

Демографічна ситуація в Україні характеризується депопуляцією (рис. 2.1), зниженням кількості населення, що зумовлено надзвичайно низьким рівнем народжуваності та високою смертністю. Рівень демографічного старіння високий, однак коефіцієнт довголіття є одним із найнижчих серед європейських країн.

Східні регіони України відзначаються більш гострими проблемами демографічного розвитку, тоді як на Заході, зокрема в Закарпатській, Рівненській та Волинській областях народжуваність найвища, там існує невеликий

природний приріст населення, відмічається більш молода вікова структура населення.

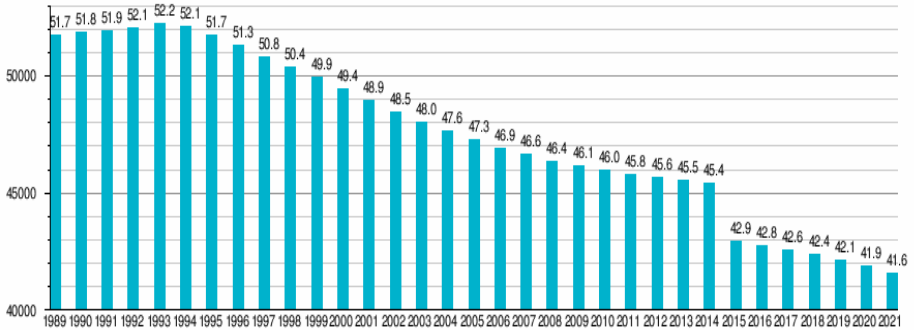


Рисунок 2.1 – Динаміка кількості населення України впродовж 1989–2021 рр.

За підсумками статистичних даних 2021 року в Україні коефіцієнт народжуваності становить 7,3, смертності – 18,5, природного приросту – (–11,2) на 1 000 наявного населення [3].

### *2.3. Поняття «спосіб життя» та «здоровий спосіб життя»*

Під способом життя розуміють стійку типову форму життєдіяльності особистості, що проявляється у звичках, традиціях, стереотипних моделях поведінки тощо. Вважають, що спосіб життя особистості багато в чому визначається соціально-економічними та політичними умовами, і необхідно враховувати, що здатність особистості контролювати їх та керувати ними обмежена. Тобто спосіб життя визначається об'єктивними факторами. Узагальнюючи визначення здорового способу життя у

довідниках та енциклопедіях, можна стверджувати, що спосіб життя – це типова, стійка форма поведінки особистості (групи людей, верств населення, певних класів або суспільства), яка сформована під впливом релігійних, соціальних, правових, політичних, ідеологічних, культурних факторів, конкретних історичних обставин у країні, менталітету народу, впливу зовнішніх обставин та інших факторів [4].

Спосіб життя включає чотири категорії:

- устрій життя (економічна складова);
- рівень життя (соціально-економічна складова);
- якість життя (соціальна складова);
- стиль життя (психологічна складова).

Під *устроєм життя* зазвичай розуміють історично сформовані умови життя, рівень розвитку засобів виробництва, певні традиції життєдіяльності, визначені економічними чинниками (тобто це більш економічне поняття).

*Рівень життя* стосується соціально-економічних відносин, пов'язаних із життєдіяльністю людини у сфері споживання, тобто характеризує матеріальний добробут окремої людини, також визначає узагальнений результат діяльності економіки країни за певний період.

*Якість життя* (ЯЖ) – це сумарна характеристика фізичного, психічного, соціального та матеріального благополуччя людини, основана на її суб'єктивному сприйнятті. ЯЖ визначається якістю тих умов, в яких людина проживає, працює, навчається тощо (наприклад, якість житлових умов, самообслуговування, харчування, освіти, медичної допомоги); вважається, що якість життя відображає соціальний добробут, соціальне і психологічне благополуччя особистості.

*Стиль життя* – це індивідуальні особливості поведінки в процесі життєдіяльності, що формуються на

основі системи життєвих цінностей і суспільних норм, та за допомогою яких виявляються особистісні риси і властивості.

Ураховуючи вищезазначене і поєднуючи сутність понять «здоров'я», «спосіб життя» та «стиль життя», *здоровий спосіб життя* визначаємо як стійку типову форму життєдіяльності особистості (звички, традиції, стереотипні моделі поведінки), що спрямована на формування, збереження, зміцнення, відновлення здоров'я; *здоровий стиль життя* – як індивідуальні особливості поведінки в процесі життєдіяльності, спрямовані на формування, збереження, зміцнення, відновлення здоров'я.

Заслуговує на увагу теоретична модель здорового способу життя (ЗСЖ) В. Кокерхема, яка складається із 8 взаємозв'язаних блоків:

- 1) соціально-демографічні змінні (соціальний клас, вік, стать, раса / етнічність, умови життя);
- 2) соціалізація, життєвий досвід;
- 3) життєвий вибір;
- 4) життєві шанси і можливості;
- 5) готовність до дій;
- 6) діяльність;
- 7) куріння, вживання алкоголю, дієта та інші чинники, що впливають на здоров'я;
- 8) здоровий спосіб життя як повторення (або модифікація) діяльності позитивно спрямованої на здоров'я [9].

***Довідничок:***

***Патерн поведінки*** – (від англ. pattern – зразок, шаблон) звичка, модель поведінки діяти певним чином у конкретній ситуації.

За В. Кокерхемом, модель формування ЗСЖ можна уявити таким чином: належність до певного соціального



класу разом із соціально-демографічними характеристиками особистості визначають її життєві шанси та значно впливають на соціалізацію і життєвий досвід, взаємодія яких зумовлює життєвий вибір. Далі формується готовність до певних дій і вчинків, закріплення патернів поведінки, діяльності спрямованої на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я [9].

#### *2.4. Чинники, що впливають на стан здоров'я*

Загальноприйнятними чинниками, що впливають на стан здоров'я людини, визнано чотири, що вперше були проголошені у 1974 році у звіті канадського міністра охорони здоров'я і добробуту М. Лалонда: *для збереження здоров'я населення важливий не стільки рівень розвитку медицини та медичного обслуговування, стан довкілля, скільки ставлення людини до здоров'я й дотримання нею здорового способу життя* [16] (рис. 2.2).

Виклики сьогодення пріоритезують збільшення уваги до соціальних чинників, від яких прямо або опосередковано залежить здоров'я людини. Маргарет Чен, генеральний директор ВООЗ (2006–2017 рр.), зауважила, що «Охорона здоров'я є важливою детермінантою здоров'я. Спосіб життя є важливим чинником здоров'я. Але... саме фактори соціального середовища визначають доступ до медичних послуг і впливають на вибір способу життя насамперед» [22].

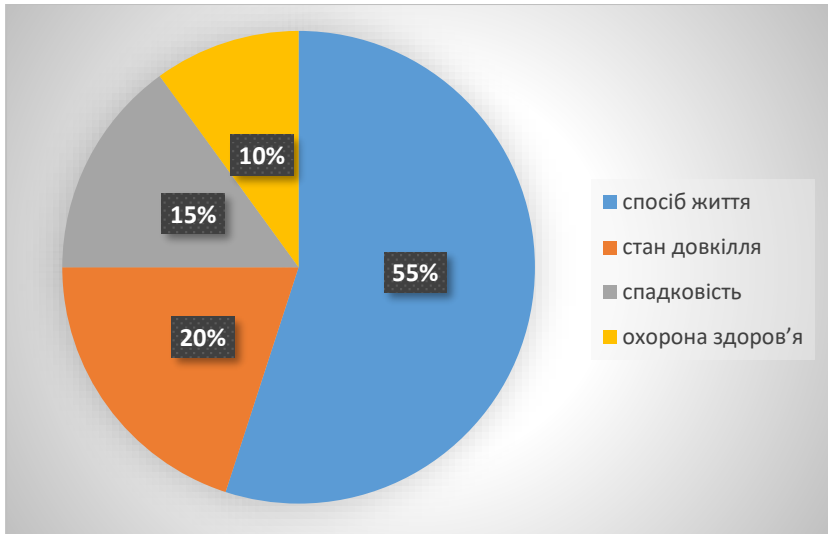


Рисунок 2.2 – Провідні чинники, що впливають на стан здоров'я

Відповідно до сучасних поглядів на особистісні, соціальні, економічні та екологічні фактори, що впливають на стан здоров'я, необхідно розуміти, що не існує єдиного переліку і єдиного визначення чинників здоров'я. Наприклад, відповідно до класифікації Управління з профілактики захворювань та промоції здоров'я (Office of disease prevention and health promotion) виділяють такі основні чинники [11]:

1. Політика (правила, норми, законодавча база) спрямована на збереження здоров'я населення

Політика на місцевому, регіональному (обласному) та державному рівнях впливає на здоров'я людини і населення. Наприклад, збільшення податків на продаж тютюну, заборона паління у громадських місцях може покращити здоров'я населення за рахунок зменшення кількості людей, які вживають тютюнові вироби. Розвиток

та інтеграція реабілітації у сферу охорони здоров'я повинна ґрунтуватися на відповідній нормативно-правовій базі державного рівня (закони України, постанови Кабінету Міністрів, накази Міністерства охорони здоров'я).

## *2. Соціальні та фізичні чинники*

Соціальні та фізичні чинники здоров'я відображають умови середовища, в якому люди народжуються, навчаються, грають, живуть, працюють і старіють. Ці чинники впливають на широкий спектр показників здоров'я, функціонування та якості життя. Вони представляють економічні та політичні системи, фізичне та соціальне середовище, а також доступ до медичних послуг [17]. Наприклад: наявність ресурсів для задоволення щоденних потреб, таких як можливості отримання якісної освіти та роботи, прожитковий мінімум, можливість здорового харчування; соціальні норми та установки; соціальна підтримка та соціальні взаємодії; соціально-економічні умови; якісні заклади освіти; урбанізація та міське середовище; місця відпочинку тощо.

## *3. Служби охорони здоров'я, якість медичних послуг*

Як доступ до медичних послуг, так і якість медичних послуг можуть вплинути на здоров'я. Перешкоди для доступу до медичних послуг включають їх відсутність або недостатню кількість, високу вартість, відсутність медичного страхування тощо. Ці бар'єри для доступу до медичних послуг призводять до незадоволення медичних потреб, затримок в отриманні відповідної допомоги, неможливості отримати профілактичні послуги, а також призводять до госпіталізації, якій можна було б запобігти.

## *4. Індивідуальна поведінка, стиль життя*

Індивідуальна поведінка або стиль життя, що включає особливості харчування, фізичної активності, звичок (як корисних, так і шкідливих).

## 5. Біологія і генетика

Деякі біологічні та генетичні фактори впливають на стан здоров'я конкретної популяції людей більше, ніж інші. До них можна віднести вік, стать, спадкові захворювання та генетичну схильність до розвитку тих чи інших патологій [12].

Пошук шляхів покращання стану здоров'я населення з урахуванням провідних чинників дозволив визначити три їх загальні напрями, що рекомендує ВООЗ усім країнам світу: *освіта, соціальний захист і міське середовище* [19].

Велика кількість досліджень продемонструвала тісний зв'язок між рівнем освіти населення та кращим здоров'ям [21], крім того, освіта виявилася надійним показником щодо прогнозування нижчих рівнів смертності [10; 15]. Імовірність мати хороше або дуже хороше здоров'я для людей із вищою освітою більша [14]. Також збереженню здоров'я сприяє інформування пацієнтів про особливості їх станів, мотивування щодо дотримання конкретних стилів життя, навчання пацієнтів необхідним навичкам і алгоритму дій.

Країни з усталеним типом соціального захисту (наприклад, конкретна система соціального забезпечення, підтримка осіб у складних життєвих обставинах) демонструють покращання здоров'я та економічних результатів за обставин, коли люди стають нездатними заробляти на життя [7].

Міське середовище як сукупність фізичних, соціальних і біологічних чинників має великий вплив на здоров'я своїх мешканців [7; 20]. Факторами, що негативно впливають на здоров'я, є скупченість, сирі умови проживання та злочинність (зокрема страх злочинності). ВООЗ робить висновок, що результати для здоров'я «значною мірою визначаються доступністю адекватного

житла і здорового та безпечного міського середовища, а також умовами транспорту» [19].

Тому діяльність ВООЗ з промоції здоров'я спрямовується саме на освіту людини з питань збереження, зміцнення і формування здоров'я, соціальний захист населення різних країн, зокрема забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг, та поліпшення міського середовища, де проживає значна кількість населення світу.

### Список використаної літератури

1. Бегун С. І. Демографія : методичні вказівки для студентів економічного факультету. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013. 63 с.
2. Глобальні потреби у реабілітації. *Physiopedia Multilingual* : вебсайт. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/rehabilitation-global-needs-uk/>.
3. Демографічна та соціальна статистика / Населення та міграція. *Державна служба статистики України* : вебсайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>.
4. Єжова О. О. До питання трактування понять педагогіки здоров'я. *Рідна школа*. 2017. № 1–2 (січень–лютий). С. 23–26.
5. Кількість померлих в Україні в 2022 році (за причинами смерті). *Мінфін* : вебсайт. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/>.
6. Національний класифікатор України. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. НК 030:2022 / М-во охорони здоров'я України. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk\\_030\\_2022\\_klasifikator\\_funkcionuvanna\\_obmezenna\\_zittedial\\_nosti.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf).
7. Chung H., Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health*

*policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2007. Vol. 80, № 2. P. 328–339. doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.004.

8. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*. 2021. Vol. 396, № 10267. P. 2006–2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

9. Cockerham W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*. 2005. Vol. 46, № 1. P. 51–67. doi.org/10.1177/002214650504600105.

10. Deaton A., Paxson C. Mortality, education, income, and inequality among American cohorts. NBER Working Paper No. w7140. 2001. 52 p. URL: [https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/Mortality\\_education\\_income\\_and\\_inequality\\_among\\_American\\_cohorts.pdf](https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/Mortality_education_income_and_inequality_among_American_cohorts.pdf).

11. Determinants of Health. *Healthy People 2030* : website. URL: <https://wayback.archive-it.org/5774/20220415230635/https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>.

12. Determinants of Health. *Physiopedia* : website. URL: [https://www.physio-pedia.com/Determinants\\_of\\_Health#cite\\_note-ODPHP-2](https://www.physio-pedia.com/Determinants_of_Health#cite_note-ODPHP-2).

13. Global Health Observatory. Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.

14. Hurd M., Kapteyn A. Health, wealth and the role of institutions. *Journal of Human Resources*. 2003. Vol. 38, № 2. P. 386–415.

15. Muller A. Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ*. 2002. Vol. 324, № 7328. P. 23–25. doi.org/10.1136/bmj.324.7328.23.

16. New perspective on the health of Canadians: a working document. Canada. Dept. of National Health and Welfare. Ottawa, Ont : Information Canada, 1974. 82 p. URL: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

17. Palmer R. C., Ismond D., Rodriquez E. J., Kaufman J. S. Social Determinants of Health: Future Directions for Health Disparities Research. *American journal of public health*. 2019. Vol. 109 (S1). P. 70–71. doi.org/10.2105/AJPH.2019.304964.

18. Rehabilitation. World Health Organisation. вебсайт. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

19. The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548625>.

20. Thomson H., Atkinson R., Petticrew M., Kearns A. Do urban regeneration programmes improve public health and reduce health inequalities? A synthesis of the evidence from UK policy and practice (1980–2004). *Journal of epidemiology and community health*. 2006. Vol. 60, № 2. P. 108–115. doi.org/10.1136/jech.2005.038885.

21. Von dem Knesebeck O., Verde P. E., Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social science & medicine* (1982). 2006. Vol. 63, № 5. P. 1344–1351. doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.043.

22. WHO Commission on Social Determinants of Health: closing the gap in a generation *Institute of Health Equity* : website. URL: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/commission-on-social-determinants-of-health-closing-the-gap-in-a-generation>.

23. World Report on Disability 2011. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Охарактеризуйте сучасний стан здоров'я населення України.
2. Зазначте демографічні показники, що ілюструють тенденції у стані здоров'я населення.
3. Обговоріть, які демографічні фактори пов'язані зі збільшенням попиту на реабілітацію.
4. Чим відрізняється поняття «спосіб життя» від поняття «стиль життя»?
5. Чому традиційний перелік чинників, що впливають на стан здоров'я, розширено і доповнено?

### **Джерела для самостійної підготовки до практичних занять**

1. Онлайн-курси на платформі Physiopedia / «Фізіоплюс»:
  - Understanding Rehabilitation as a Health Strategy Programme: програма з 4 онлайн-курсів:
    1. Introduction to Rehabilitation.
    2. Rehabilitation in Health Systems.
    3. Rehabilitation Infrastructure and the Rehabilitation Team.
    4. Competent Delivery of Rehabilitation Interventions.URL: <https://members.physio-pedia.com/understanding-rehabilitation-as-a-health-strategy-programme-course/>.
  - Global Health for Rehabilitation Professionals. Gain insight into the principles that underpin global health. URL:



<https://members.physio-pedia.com/global-health-for-rehabilitation-professionals-course/>.

– The Global Need for Rehabilitation. URL: <https://members.physio-pedia.com/the-global-need-for-rehabilitation-course/> / Глобальна потреба в реабілітації. Огляд світової боротьби за справедливі реабілітаційні послуги. URL: <https://members.physio-pedia.com/uk/the-global-need-for-rehabilitation-course-course-uk/>.

## РОЗДІЛ 3

### Складові здорового способу життя

- 3.1. Фізична активність.*
- 3.2. Харчування.*
- 3.3. Режим праці і відпочинку.*
- 3.4. Особиста гігієна.*
- 3.5. Соціальні комунікації.*

Здоровий спосіб життя містить складові, перелік яких достатньо широкий і різноманітний. Більшість науковців вважають, що до базових складових здорового способу життя необхідно віднести: фізичну активність, харчування, особисту гігієну, режим праці й відпочинку та соціальні комунікації. Складові здорового способу життя активно досліджуються, що дозволяє ВООЗ надавати доказові рекомендації для збереження і зміцнення здоров'я людям різного віку.

#### *3.1. Фізична активність*

Рухова активність або фізична активність – це сукупність рухів упродовж певного часу. Тому можна говорити про годинну рухову активність, тижневу або добову тощо.

Виділяють три рівні фізичної активності: мінімальний, оптимальний та максимальний. Оптимальний рівень відповідає потребам людини для нормального росту й розвитку, щоденного функціонування усіх органів і систем організму, сприяє збереженню та зміцненню здоров'я. Мінімальний і максимальний рівні фізичної активності мають певні загрози для здоров'я людини, за тривалого їх дотримання можуть бути причиною

погіршення самопочуття і розвитком порушень чи розладів у роботі організму.

Фізична активність оптимального рівня має низку переваг для здоров'я людини незалежно від віку і статі. Загалом можна сказати, що фізична активність забезпечує оптимальну роботу усіх органів і систем організму, і є найкращим засобом профілактики їх захворювань. Наприклад, фізична активність дозволяє:

- контролювати вагу тіла, забезпечуючи профілактику ожиріння і порушення деяких захворювань метаболізму;

- підтримувати еластичність кровоносних судин, зміцнювати серцевий м'яз, що допомагає знизити ризик серцевих захворювань, високого артеріального тиску, інсульту та інших серцево-судинних захворювань;

- розвивати м'язи і покращувати або підтримувати м'язову силу та витривалість, фізичну працездатність;

- зберігати широкий діапазон руху в суглобах, що забезпечує мобільність і добре виконання різноманітних рухів за будь-якої діяльності людини;

- підтримувати нормальний обмін мінеральних речовин у кістках, що сприяє профілактику переломів і знижує ризик розвитку остеопорозу;

- зміцнювати імунну систему, знижуючи ризик вірусних і бактеріальних інфекцій;

- зберігати психічне здоров'я, через покращання самопочуття, зменшення симптомів депресії, тривоги та стресу;

- мати високий рівень розумової працездатності;

- збільшувати тривалість життя;

- покращити загальну якість життя тощо.

Листівка Міністерства охорони здоров'я України ілюструє переваги оптимальної фізичної активності (рис. 3.1).

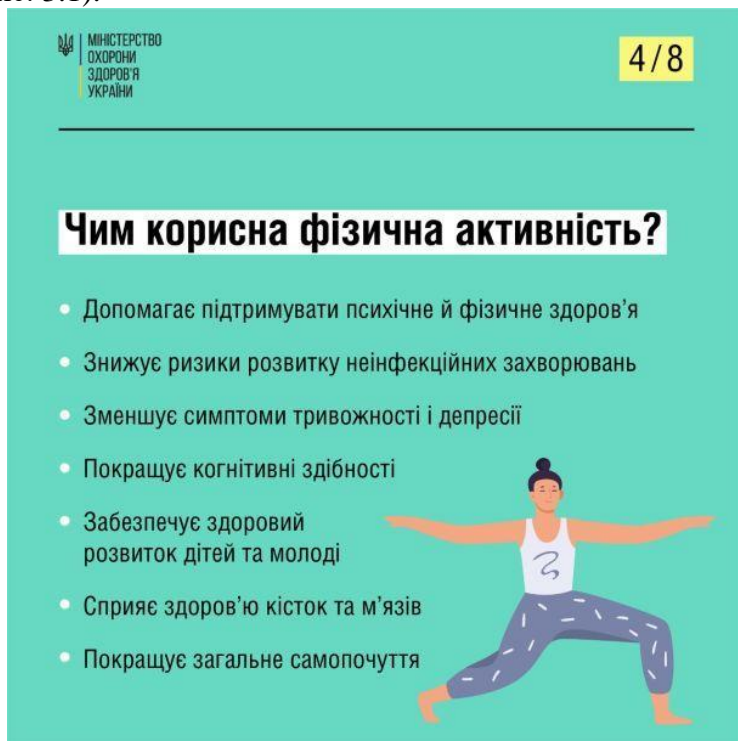


Рисунок 3.1 – Переваги фізичної активності

За даними ВООЗ, регулярна фізична активність є одним із ключових захисних факторів за профілактики та лікування неінфекційних захворювань (НІЗ), які спричиняють майже три чверті випадків смерті у світі. До НІЗ належать:

- серцево-судинні захворювання;
- діабет 2-го типу;
- онкологічні захворювання;

– ожиріння.

Незважаючи на низку переваг, проблема дотримання оптимального рівня фізичної активності залишається актуальною для населення. Дослідження у багатьох країнах світу свідчать, що 27,5 % дорослих та 81 % підлітків не виконують рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності. Крім того, у більшості країн дівчатка та жінки виявляють меншу фізичну активність, ніж хлопчики та чоловіки. Також рівень фізичної активності залежить від соціально-економічного статусу, освіти людини, місця проживання, стану здоров'я.

За даними наукових досліджень, діти з обмеженими інтелектуальними можливостями, церебральним паралічем, порушеннями зору або слуху менш фізично активні і мають низький рівень фізичної підготовки [4; 9]. Аналогічні дані отримані й для дорослих, які мають хоча б одне хронічне захворювання.

Вважається, що промоція здоров'я та інвестиції в діяльність, спрямовану на посилення фізичної активності й скорочення тривалості малорухливого способу життя, можуть сприяти досягненню Цілей у сфері сталого розвитку на період до 2030 р., особливо в таких сферах, як:

- підвищення рівня здоров'я та благополуччя (ЦСР-3);
- забезпечення екологічної стійкості міст та населених пунктів (ЦСР-11);
- боротьба зі зміною клімату (ЦСР-13);
- підвищення якості освіти (ЦСР-4).

### *3.2. Харчування*

Основна функція харчування полягає у забезпеченні організму поживними речовинами, необхідними для обміну речовин, від якого залежить стан здоров'я людини. До

поживних речовин, як відомо, належать: білки, жири, вуглеводи, вода, мінеральні солі, вітаміни. У нашій їжі вони повинні бути не лише у достатній кількості, а й міститися у відповідних пропорціях.

Здорове харчування є раціональним і безпечним. *Раціональне харчування* кількісно і якісно повністю забезпечує потребу в білках, жирах, вуглеводах, мінеральних солях, вітамінах і воді, що дозволяє організму повністю відновитися. *Безпечне харчування* полягає у вживанні якісних і безпечних для здоров'я продуктів. Небезпечні продукти харчування можуть містити збудників різноманітних хвороб або шкідливі хімічні сполуки, і бути причиною понад 200 захворювань. За оцінкою ВООЗ, щорічно майже кожен десятий у світі стає жертвою споживання неякісних харчових продуктів.

Безпека харчових продуктів полягає у їх правильному обробленні, підготовці та зберіганні. Кожна країна піклується про безпеку харчових продуктів на державному рівні. В Україні ці питання регламентуються Законом «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» [2].

ВООЗ розробила п'ять принципів безпечного харчування, яких необхідно дотримуватися для профілактики кишкових захворювань (рис. 3.2):

- дотримуйтеся чистоти;
- відокремлюйте сире від готового;
- робіть ретельне теплове оброблення;
- зберігайте продукти за безпечної температури;
- використовуйте безпечну воду та безпечну харчову сировину.



Рисунок 3.2 – П’ять принципів безпечного харчування за рекомендацією ВООЗ

*Чистота:* передбачає насамперед ретельне миття рук із милом і водою перед приготуванням та обробленням їжі, а також після відвідування туалету, дотику до домашніх тварин або роботи із сировою їжею. Необхідно тримати свою кухню та посуд у чистоті, а також регулярно дезінфікувати кухонні поверхні, щоб запобігти перехресному забрудненню. Щоб помити руки, вам необхідно:

- намочити руки під проточною водою;
- потерти руки впродовж не менше ніж 20 секунд із використанням мила;
- сполоснути руки під проточною водою;
- ретельно витерти руки чистим сухим рушником, найкраще паперовим [5].

*Безпечне поводження з харчовими продуктами:* правильні методи поводження з харчовими продуктами мають вирішальне значення для запобігання хворобам

харчового походження. Відокремлюйте сирі продукти і готову їжу. Не використовуйте одну обробну дошку або посуд для сирих і варених продуктів. Корисним є зберігання сирого м'яса та морепродуктів окремо від інших продуктів для уникнення перехресного зараження.

*Теплове оброблення:* дотримуйтеся правил приготування їжі, особливо часу теплового оброблення; добре проварюйте, прожарюйте продукти, особливо м'ясо, рибу, яйця. Правильне теплове оброблення вбиває майже усі небезпечні мікроорганізми. Як показали дослідження, розігрівання їжі до 70 °С може зробити її безпечною для споживання. До продуктів, що вимагають особливої уваги, належать рубане м'ясо, м'ясні рулети, великі шматки м'яса, яйця та цілісні тушки птиці [5].

*Правильне зберігання харчових продуктів:* запобігає розвитку шкідливих мікроорганізмів та дозволяє зберегти якість їжі. Рекомендують негайно охолоджувати продукти, що швидко псуються, та зберігати їх за відповідної температури. Готову їжу рекомендується зберігати за кімнатної температури не більше ніж 2 години; не зберігати їжу довго, навіть у холодильнику (понад 3 дні). Маємо дотримуватися безпечного розморожування їжі – у холодильнику або за допомогою мікрохвильової печі. Мікроорганізми не можуть розмножуватися за дуже низьких (нижче ніж 5 °С) або дуже високих температур (понад 50 °С). Але необхідно пам'ятати, що охолодження чи заморожування не вбиває мікроорганізми, лише зупиняє їх розвиток і розмноження [5].

*Безпечне споживання:* звертайте увагу на якість і свіжість їжі, яку ви споживаєте. Перевіряйте терміни придатності та перевіряйте стан фруктів, овочів та інших продуктів, що швидко псуються, перед їх споживанням. Уникайте споживання їжі з неприємним запахом, незвичайним кольором або пліснявою. Пам'ятайте про



будь-які потенційні алергени в їжі, яку ви їсте, і вживайте необхідних заходів, якщо у вас харчова алергія або чутливість. Використовуйте чисту воду. Неочищена вода з природних джерел містить шкідників та патогени, які можуть викликати діарею, черевний тиф чи дизентерію. Дощова вода, зібрана в чисті ємності, безпечна, якщо такі ємності захищені від забруднення птахами чи іншими тваринами. Чиста вода потрібна для миття фруктів та овочів, додавання в їжу, приготування напоїв, приготування льоду, миття посуду та кухонних приладдя, миття рук [5].

У харчуванні акцент робиться на складні вуглеводи та помірну кількість білків і жирів. Рекомендоване співвідношення білків, жирів і вуглеводів у їжі дорослої здорової людини 1:1:4. За інших умов співвідношення органічних речовин може змінюватися.

Вітаміни є не менш важливими поживними речовинами, необхідними для здоров'я людини. Їх провідна функція полягає у регуляції біохімічних процесів в організмі, що забезпечують імунітет, здоров'я шкіри, волосся та нігтів, нормальне функціонування нервової системи тощо.

ВООЗ опікується проблемою надмірного споживання солі і цукру, які теж можуть бути причиною погіршення здоров'я і розвитку деяких захворювань. ВООЗ рекомендує дорослим щоденно споживати солі менше ніж 5 г (трохи менше ніж одна чайна ложка), а дітям від двох до 15 років ще менше, але на основі їхніх енергетичних потреб порівняно з потребами дорослих [6]. За рекомендацією ВООЗ споживана сіль має бути йодована або «збагачена» йодом, який необхідний для психічного розвитку дитини та оптимізації психічної діяльності загалом. Але постійне вживання йодованої солі є дискусійним питанням, і залежить від регіону проживання людини. Якщо в регіоні

відсутній дефіцит йоду у воді, ґрунті, то йодовану сіль можна споживати періодично.

Щодо цукру, то ВООЗ рекомендує дорослим і дітям зменшити щоденне споживання вільного цукру до 10 % і менше від загального споживання енергії (враховується, що вуглеводи переважно забезпечують енергетичні потреби організму). Вважається, що подальше зниження споживання вільного цукру до 5 % від загального споживання енергії (це приблизно 25 грамів або 6 чайних ложок на день) забезпечить додаткові переваги для здоров'я [7].

Отже, харчування повинне бути здоровим, тобто таким, що відповідає потребам організму відповідно до віку, статі, рівня фізичної та розумової активності, і сприяти фізичному, психічному та соціальному благополуччю людини.

### *3.3. Режим праці та відпочинку*

Режим праці та відпочинку – не менш важливий елемент здорового способу життя, що передбачає зміни періодів роботи і відпочинку та їх тривалість. Для встановлення режиму праці та відпочинку використовують фізіологічні зміни працездатності впродовж доби або робочого дня, зумовлені добовими біоритмами.

Працездатність визначають як здатність виконувати певну роботу: фізичну роботу – фізична працездатність, розумову, когнітивну роботу – розумова працездатність. Працездатність залежить від рівня фізичних і психічних можливостей та стану здоров'я людини.

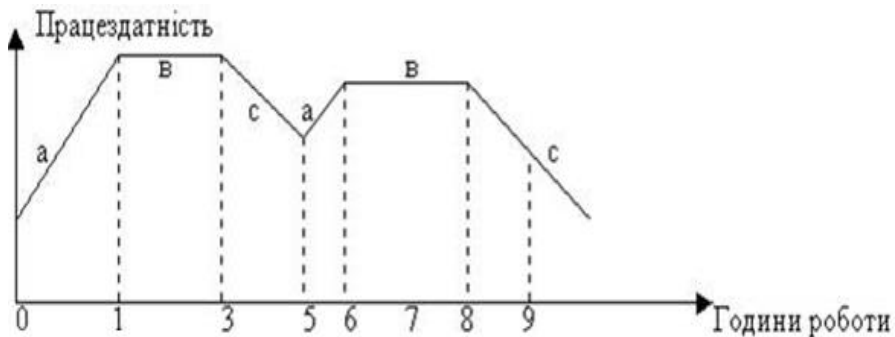
Відповідно до добового біоритму працездатність людини має певну циклічність. Фази підйому кривої працездатності на рисунку 3.3 відповідають впрацюванню і підвищенню працездатності, а спаду – її зниженню

внаслідок розвитку втоми. Біоритми зумовлюють наявність двох піків найвищої працездатності впродовж доби, що враховується за встановлення режиму роботи й відпочинку.



Рисунок 3.3 – Зміни працездатності людини впродовж дня

На рисунку 3.4 відображена подібна крива працездатності відповідно вже до годин роботи.



- а — час входження в роботу,
- в — період найбільш сталої працездатності,
- с — період втоми.

Рисунок 3.4 – Зміни працездатності людини впродовж робочої зміни

Виокремлюють три стадії змін працездатності впродовж робочого дня: впрацювання, стійка працездатність і втома. Впрацювання характеризується поступовим зростанням працездатності, а потім змінюється періодом стабільної стійкої працездатності (плато), що забезпечується напруженням і високим рівнем функціонування фізіологічних функцій організму. Внаслідок значних енерговитрат поступово розвивається втома – зниження працездатності. Втома має тимчасовий характер і під час відпочинку працездатність відновлюється, але частково і не сягає свого максимуму.

Урахування добових біоритмів і побудова на їх основі режиму роботи й відпочинку сприяє збереженню здоров'я людини.

### 3.4. Особиста гігієна

Особиста гігієна складається з певних правил і заходів, що спрямовуються на профілактику захворювань і збереження здоров'я. У широкому сенсі до особистої гігієни можна віднести усе, що стосується збереження здоров'я людини: рухову активність, харчування, гігієну тіла, житла, одягу, взуття, раціональну організацію режиму праці, відпочинку і розпорядку дня та багато чого іншого. У вузькому сенсі до особистої гігієни відносять догляд за шкірою, волоссям й порожниною рота, гігієнічне утримання житла, одягу, взуття.

Догляд за шкірою передбачає насамперед водні процедури. До цього часу багато питань щодо миття тіла та його частин є дискусійними, що зумовлено не лише суто гігієнічними проблемами, а й соціальними. Тому обмежимося загальними рекомендаціями фахівців:

- миття необхідно починати зверху вниз;
- температура води має значення;
- використання засобів для миття голови і тіла передбачає дотримання конкретних правил, що залежать від низки умов;
- не забувайте про рушник та засоби для догляду за шкірою після миття.

У період пандемії Covid 19 особливо актуальними були питання догляду за руками та дотримання маскового режиму. На рисунку 3.5 подано покрокову інструкцію для миття рук.

## ЯК ПРАВИЛЬНО МИТИ РУКИ

Тривалість процедури 40–60 секунд



ЦЕНТР  
ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я



www.ghc.org.ua

Рисунок 3.5 – Покрокова інструкція для миття рук

Догляд за порожниною рота також має правила і конкретний алгоритм чищення зубів. Загальні правила свідчать про необхідність чищення зубів двічі на день упродовж не менше ніж 2 хвилини. Рекомендується починати з очищення зовнішніх поверхонь верхніх, а потім – нижніх зубів. Далі очищують внутрішні поверхні верхніх, потім – нижніх зубів. Після цього чистять жувальну поверхню зубів і поверхню язика. За необхідності можна використовувати зубну нитку (флос) для ретельного очищення міжзубних проміжків.

Зубну щітку рекомендують змінювати не рідше ніж один раз на три місяці. Зубну пасту необхідно

використовувати різну для профілактики та лікування стоматологічних захворювань [3].

Щодо догляду за одягом і взуттям, також існує безліч рекомендацій. Основне правило – одяг і взуття повинні бути чистими і комфортними для носіння. Для збереження здоров'я людини виробники повинні використовувати матеріали з необхідними властивостями і виготовляти зручні та практичні моделі одягу і взуття. А людина повинна дотримуватися інструкцій виробника з догляду за одягом і взуттям для забезпечення їх чистоти і безпечного користування.

Навички особистої гігієни формуються з раннього дитинства і змінюються та розвиваються впродовж усього життя людини залежно від її індивідуальних потреб та умов праці і проживання.

### *3.5. Соціальні комунікації*

Соціальні комунікації насамперед являють собою обмін вербальною або невербальною інформацією між людьми, тобто спілкування. Існує багато правил спілкування залежно від умов і середовища (на роботі, телефоном, в Інтернеті, в сім'ї, серед однолітків тощо). В усіх правилах спілкування обов'язково враховуються аспекти, що впливають на здоров'я людини. Під час спілкування особисте здоров'я і здоров'я співрозмовників повинне зберігатися, а не погіршуватися.

Правила спілкування мають певні особливості, що залежать від ситуації, віку, статі, професії, стану здоров'я тощо. Але базові правила спілкування, відомі з дитинства, надзвичайно прості:

1. Будьте завжди ввічливими, привітними, доброзичливими.

2. Умійте слухати інших і не перебивайте співрозмовника.

3. Неввічливо багато говорити про себе.

4. Коректно висловлюйте свою думку і поважайте думку співрозмовника.

5. Посміхайтесь.

Для фізичного терапевта та ерготерапевта соціальні комунікації надзвичайно важливі. З одного боку, це зумовлено необхідністю професійного спілкування у мультидисциплінарній команді; з іншого – спілкування з пацієнтом / членами його родини тощо. Відомо, що комунікація повинна узгоджуватися з основними принципами передавання інформації. Професійне спілкування між членами мультидисциплінарної команди повинне базуватися на засадах взаємоповаги, толерантності та функціонального розмежування обов'язків.

Успішне спілкування з пацієнтом повинно бути: нескладним, специфічним, з деякими повтореннями, перевіркою розуміння інформації пацієнтом [8].

Для спілкування фізичних терапевтів і ерготерапевтів із пацієнтами фахівці рекомендують деякі правила, що сприяють взаєморозумінню та встановленню необхідного рівня довіри:

1. Звертайтеся на ім'я.

2. Говоріть зрозумілою і доступною для пацієнта мовою.

3. Не зловживайте медичними термінами.

4. Правильно обирайте час для спілкування.

5. Ураховуйте вік пацієнта.

6. Слідкуйте за темпом і гучністю мови.

7. Слідкуйте за інтонацією.

8. Проявляйте інтерес і зацікавленість.

9. Будьте ввічливими і переконливими.



10. Запитуйте відкритими питаннями, щоб пацієнт міг відповідати широко. Уникайте питань, на які можна відповісти «Так / Ні».

11. Давайте лише точні рекомендації, інструкції та поради.

12. Застосовуйте підбадьорювальні фрази.

13. Не використовуйте натяків та підтекстів.

14. Не обіцяйте неможливого [1].

### Список використаної літератури

1. Мезенцева І. В., Павлович О. С., Ярликowa В. Д. Особливості комунікації фізичного терапевта з пацієнтами при наданні реабілітаційних послуг. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. Вип. 12. С. 60–66. DOI: 10.32782/2522-1795.2022.12.8.

2. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів : Закон України від 23 груд. 1997 р. № 771/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/771/97-вр#Text> (дата звернення: 02.12.2023).

3. Як правильно чистити зуби? *Colgate* : вебсайт. URL: <https://www.colgate.com.ua/oral-health/articles/how-to-brush>.

4. Aksović N., Dobrescu T., Bubanjić S., Bjelica B., Milanović F., Kocić M., Zelenović M., Radenković M., Nurkić F., Nikolić D., Marković J., Tomović, M., Vulpe A. M. Sports Games and Motor Skills in Children, Adolescents and Youth with Intellectual Disabilities. *Children (Basel, Switzerland)*. 2023. Vol. 10, № 6. P. 912. doi.org/10.3390/children10060912.

5. Five keys to safer food manual. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594639>.

6. Guideline: sodium intake for adults and children. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>.
7. Guideline: sugars intake for adults and children. *World Health Organisation* : website. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>.
8. King A., Hoppe R. B. «Best practice» for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of graduate medical education*. 2013. Vol. 5, № 3. P. 385–393. URL: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>.
9. Maltais D. B., Wiart L., Fowler E., Verschuren O., Damiano D. L. Health-related physical fitness for children with cerebral palsy. *Journal of child neurology*. 2014. Vol. 29, № 8. P. 1091–1100. URL: <https://doi.org/10.1177/0883073814533152>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Чому перелік складових здорового способу життя не є остаточним?
2. Чому фізичній активності приділяється значна увага в усіх питаннях, що стосуються здоров'я?
3. Ознайомтеся з рекомендаціями ВООЗ «Five keys to safer food» та перевірте себе за опитником на стор. 24–26.
4. Опрацюйте рекомендації ВООЗ щодо вживання цукру і солі та проаналізуйте свої харчові вподобання. Визначте, чи відповідають ваші щоденні споживання солі і цукру рекомендованим?
5. Порівняйте природні зміни працездатності із вашим денним розпорядком. Чи є необхідність їх врахування і корекції вашого денного розпорядку?
6. Порівняйте ваші звички особистої гігієни з рекомендованими. Чи відповідають ваші звички рекомендаціям науковців?

7. Чи змінилася у вас процедура миття рук під час пандемії?

8. Як ви вважаєте, чи відповідають ваші навички спілкування здоровому способу життя і майбутній професії?

**Джерела для самостійної підготовки  
до практичних занять**

1. Five keys to safer food manual. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594639>.

2. Guideline: sodium intake for adults and children. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>.

3. Guideline: sugars intake for adults and children. *World Health Organisation* : website. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>.

## РОЗДІЛ 4

### **Фізична активність та її вплив на здоров'я людини**

*4.1. Сучасні аспекти фізичної активності.*

*4.2. Методи оцінювання рівня фізичної активності.*

*4.3. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я з організації фізичної активності різних вікових груп.*

#### *4.1. Сучасні аспекти фізичної активності*

За висновками науковців від чотирьох до п'яти мільйонів випадків смертей на один рік можна було б запобігти, якби люди в усьому світі дотримувалися оптимального рівня фізичної активності. Чисельні наукові дослідження фізичної активності та її впливу на здоров'я людини дозволяють країнам розробляти національну політику в галузі охорони здоров'я, що базуються на фактичних даних, та підтримувати здійснення Глобального плану дій ВООЗ щодо підвищення рівня фізичної активності на 2018–2030 роки [1].

Мінімальний рівень фізичної активності характерний для більшості населення багатьох країн світу, насамперед пов'язаний із сучасним способом життя. Для оцінювання й розуміння значення мінімального рівня фізичної активності на здоров'я людини виокремлюють гіпокінезію та гіподинамію.

Гіпокінезія – зменшення сумарної кількості рухів.

Гіподинамія – зменшення м'язових зусиль під час виконання одного й того самого типу роботи.

Сидячий малорухливий спосіб життя, значна кількість часу проведена за комп'ютером, смартфоном – це гіпокінезія. Підйом на 9-й поверх ліфтом замість сходів,

шлях до місця роботи або навчання громадським транспортом замість ходи пішки – це гіподинамія.

ВООЗ визначає сучасний спосіб життя як малорухливий або сидячий. Такий рівень фізичної активності негативно впливає не лише на саму людину, а й на майбутні покоління. Так, вчені говорять про явище фізіологічної незрілості в дітей із моменту народження. Ознаками фізіологічної незрілості є слабкий розвиток м'язів, швидка стомлюваність; недостатня сила збудження та гальмування в нервовій системі за нормальної ваги і зросту з моменту народження (табл. 4.1). І як наслідок фізіологічної незрілості, спостерігається низький рівень розвитку фізичних якостей, недостатня кількість рухових навичок, ожиріння, зниження фізичної та розумової працездатності тощо (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Характеристика фізіологічної незрілості дитини

<b>Ознака фізіологічної незрілості</b>	<b>Наслідок фізіологічної незрілості</b>
1	2
М'язова слабкість	Знижена рухова активність
	Недостатній розвиток фізичних якостей та рухових навичок
	Ожиріння
	Порушення розвитку скелета (сколіоз, плоскостопість)
	Дитячий травматизм
	Зниження імунітету

#### Продовження таблиці 4.1

1	2
Швидка стомлюваність	Зниження фізичної та розумової працездатності
Затримка статевого дозрівання (інфантилізм)	Порушення пропорцій тіла
	Проблеми репродуктивного здоров'я
Слабкий тип нервової системи	Слабкі та нестійкі емоційні реакції
	Раннє старіння

Як зазначено в Рекомендаціях ВООЗ щодо фізичної активності та малорухливого способу життя, будь-який рівень фізичної активності кращий, ніж її відсутність, і чим він вищий, тим краще [4].

Для підтримки здоров'я та благополуччя ВООЗ рекомендує принаймні від 150 хв до 300 хв помірної аеробної активності *на тиждень* (або еквівалентного високого фізичного навантаження) для всіх дорослих та в середньому 60 хв помірної аеробної фізичної активності *на день* для дітей та підлітків.

Будь-який рівень фізичної активності має значення. Фізична активність може здійснюватися під час виконання роботи, заняття спортом, на відпочинку або під час пересування (ходьба, їзда на велосипеді та будь-яких інших малих колісних видах персонального транспорту та велосипеді), а також під час виконання повсякденних обов'язків та роботи з дому.

Зміцнення м'язів приносить користь усім, незалежно від віку, статі, стану здоров'я. Так, літні люди (віком 65 років і старше) повинні приділяти особливу увагу фізичним вправам, що сприяють підтримці рівноваги,

координації рухів, а також зміцненню м'язів, із метою запобігання падінням та покращанню стану здоров'я.

Фізична активність необхідна усьому організму для нормального функціонування. Доведено, що фізична активність:

- сприяє профілактиці та лікуванню неінфекційних захворювань;
- зменшує симптоми депресії та тривоги;
- покращує когнітивні функції;
- забезпечує здоровий фізичний та психічний розвиток дітей, підлітків і молоді;
- покращує загальне самопочуття [3].

#### *4.2. Методи оцінювання рівня фізичної активності*

Є суб'єктивні та об'єктивні методи дослідження фізичної активності та її аспектів. До об'єктивних методів належать:

- оцінювання фізіологічних показників витрат енергії, що вимірюються методами прямої та непрямой калориметрії;
- реєстрація прискорення тіла під час руху (акселерометрія) з метою вимірювання рівня фізичної активності, кроків, інтенсивності рухів та інших параметрів;
- вимірювання ЧСС різними методами (пальпаторний метод, пульсометрія, пульсоксиметрія, електрокардіографія тощо) для визначення інтенсивності навантаження;
- підрахунок кроків (крокометрія або педометрія);
- вимірювання відстані, швидкості та тривалості активності на відкритих просторах за допомогою GPS-трекінгу тощо.

Тобто для об'єктивних методів досліджень фізичної активності необхідний прилад реєстрації або визначення показників фізичної активності, що не залежать від бажань і свідомості людини.

Звичайно, кожний метод має свої переваги і недоліки.

До суб'єктивних методів оцінювання фізичної активності зазвичай відносять такі, що базуються на її суб'єктивному оцінюванню. Наприклад, такі засоби, як:

- щоденники, журнали фізичної активності;
- опитники фізичної активності;
- хронометрія – метод фіксації часу виконання кожного виду активності впродовж доби, тижня тощо.

Найчастіше застосовують різноманітні опитники, що базуються на пригадуванні власної фізичної активності. Опитування вимагають менше зусиль порівняно із іншими засобами, але мають певні проблеми, пов'язані з пригадуванням. Вважають, що інтенсивна фізична активність запам'ятовується точніше, ніж діяльність середньої інтенсивності. Також людині властиво дещо завищувати дані щодо власної активності.

Під час опитування можна використовувати багато типів анкет; наприклад, глобальні, локальні або комплексні. Анкети щодо фізичної активності прості в застосуванні, тому вони були основним інструментом спостереження за фізичною активністю в різних групах населення та в дослідженнях.

ВООЗ рекомендує Міжнародний опитник щодо фізичної активності (IPAQ). З одного боку, це забезпечує фахівців із реабілітації надійним інструментом для визначення рівня фізичної активності пацієнта, з іншого – дозволяє порівнювати показники різних верств населення, різних країн тощо між собою, проводити спостереження і наукові дослідження. IPAQ має коротку і повну форми



опитника, ознайомитися з якими можна на сайті IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) [2].

#### *4.3. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я з організації фізичної активності різних вікових груп*

Рекомендації в галузі охорони здоров'я, подані у Рекомендаціях ВООЗ з питань фізичної активності та малорухливого образу життя [4], містять науково обґрунтовані рекомендації для громадського здоров'я щодо кількості (частота, інтенсивність, тривалість) і видів фізичної активності, що забезпечують значні переваги для здоров'я та пом'якшують ризики для здоров'я. Призначені для всіх груп населення та вікових груп від 5 років до 65 років і старше, незалежно від статі, культури чи соціально-економічного статусу, і актуальні для людей із будь-якими можливостями. Зокрема, в рекомендаціях можна знайти поради щодо фізичної активності для вагітних жінок і жінок після пологів, а також людей із хронічними захворюваннями або інвалідністю.

Зупинимося на рекомендаціях ВООЗ щодо фізичної активності за віковими групами.

#### ***Рекомендації для дітей та підлітків (5–17 років)*** [4]

Фізична активність дітей та підлітків сприятлива для таких показників здоров'я, як:

- м'язовий тонус;
- артеріальний тиск;
- дисліпідемія;
- вміст глюкози та інсулінорезистентність;
- стан ОРА загалом;
- когнітивні здібності;
- стан психічного здоров'я (зменшення симптомів депресії);

– зниження ступеня ожиріння.

Дітям і підліткам рекомендовано займатися в середньому не менше ніж 60 хвилин на день різними видами фізичної активності середньої та високої інтенсивності, переважно з аеробним навантаженням. Для зміцнення скелетно-м'язової системи рекомендовані силові навантаження не менше ніж три рази на тиждень.

Малорухливий спосіб життя дітей та підлітків призводить до підвищення ступеня ожиріння; погіршення стану серцево-судинної і дихальної систем здоров'я, фізичного здоров'я загалом, до скорочення тривалість сну та негативно впливає на соціально орієнтовану поведінку.

#### ***Рекомендації для дорослих (18–64 роки) [4]***

Докази ще раз підтверджують, що всі дорослі повинні регулярно займатися фізичною активністю і що будь-яка фізична активність краще, ніж її відсутність.

Оптимальна фізична активність дорослих сприяє зниженню захворюваності на гіпертонію, рак окремих локалізацій, діабет 2-го типу, смертності від усіх причин; покращанню психічного здоров'я (знижуються симптоми тривоги та депресії); розумової працездатності та якості сну.

Дорослим рекомендовано щонайменше 150–300 хвилин на тиждень займатися фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або не менше ніж 75–150 хвилин на тиждень фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, або поєднувати фізичну активність середньої та високої інтенсивності. Також корисним є виконання силових вправ середньої або більшої інтенсивності на всі основні групи м'язів не рідше ніж два рази на тиждень.

Малорухливий спосіб життя дорослих призводить до таких негативних наслідків для їхнього здоров'я:

підвищення смертності від усіх причин, зокрема від серцево-судинних та онкологічних захворювань, а також до підвищення поширеності серцево-судинних захворювань, раку та діабету 2-го типу.

### ***Рекомендації для осіб похилого віку (65 років і старіше) [4]***

Фізична активність для осіб похилого віку має такі самі переваги, як і для дорослих вікової групи 18–64 роки. Крім того, в осіб похилого віку заняття фізичною активністю допомагають запобігати падінню та пов'язаному з падіннями травматизму, а також перешкоджають погіршенню стану кісткової системи та її функціональних можливостей.

Тому всім особам похилого віку рекомендовано не менше ніж 150–300 хвилин на тиждень займатися фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або щонайменше 75–150 хвилин на тиждень фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, або поєднувати заняття середньої та високої інтенсивності.

Особам цієї вікової групи також рекомендовано виконувати силові вправи середньої чи більшої інтенсивності на всі основні групи м'язів не рідше ніж два рази на тиждень. З метою поліпшення функціональних можливостей та запобігання ризику падінь – не рідше ніж три рази на тиждень виконувати вправи на рівновагу, баланс.

ВООЗ рекомендує особам похилого віку залишатися настільки фізично активними, наскільки дозволяють їх функціональні можливості, та зважувати на рівень свого фізичного здоров'я.

***Рекомендації для вагітних жінок  
та жінок у післяпологовому періоді [4]***

Фізична активність вагітних жінок сприятлива як для матері, так і для плода: знижуються ризики прееклампсії, гестаційної гіпертонії, гестаційного діабету, надмірного гестаційного збільшення маси тіла, ускладнень під час пологів та післяпологової депресії, зменшується кількість ускладнень у новонароджених, виключаються негативні фактори, що впливають на вагу дитини при народженні.

Усім вагітним жінкам та жінкам у післяпологовому періоді за відсутності протипоказань ВООЗ рекомендує приділяти не менше ніж 150 хвилин на тиждень заняттям фізичною активністю середньої та високої інтенсивності з аеробним навантаженням. Корисними є силові вправи і вправи на розтягнення.

***Рекомендації людям із хронічними захворюваннями  
(від 18 років і старші) [4]***

За відсутності протипоказань фізична активність сприятлива для здоров'я дорослих і людей похилого віку з такими хронічними патологіями:

– в осіб, які перехворіли на рак, знижуються показники смертності від усіх причин і від конкретних онкологічних захворювань, а також ризик рецидиву або другого первинного раку;

– в осіб, які страждають на артеріальну гіпертонію, знижуються показники смертності від серцево-судинних захворювань, уповільнюється прогресування захворювання, покращуються показники фізичного функціонування, а також підвищується якість життя, зумовлена станом здоров'я;

– в осіб, які страждають на діабет 2-го типу, знижуються показники смертності від серцево-судинних

захворювань та уповільнюється прогресування захворювання;

– особам, які страждають на ВІЛ-інфекцію, підтримання фізичної активності може допомогти покращити фізичне та психічне здоров'я (зменшити симптоми тривоги та депресії), негативно не впливаючи при цьому на прогресування хвороби або на склад тканин організму.

Дорослим та особам похилого віку з цими хронічними патологіями ВООЗ рекомендує не менше ніж 150–300 хвилин на тиждень займатися фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або не менше ніж 75–150 хвилин на тиждень фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, або поєднувати заняття середньої та високої інтенсивності. Корисними для таких категорій пацієнтів є силові вправи середньої та більшої інтенсивності на всі основні групи м'язів не рідше ніж два рази на тиждень. З метою підвищення функціональних можливостей та запобігання ризику падінь літнім людям із цими хронічними патологіями – не рідше ніж три рази на тиждень виконувати різні комплексні фізичні вправи, в яких особлива увага приділяється вправам на баланс та силовим вправам середньої та більшої інтенсивності.

### ***Рекомендації дітям, підліткам і дорослим з обмеженими можливостями [4]***

У багатьох випадках фізична активність приносить дітям, підліткам та дорослим з обмеженими можливостями таку саму користь для здоров'я, як і всім. Для дітей і підлітків з обмеженими можливостями додаткова користь фізичної активності полягає в тому, що покращуються когнітивні здібності осіб із захворюваннями та розладами, пов'язаними з порушенням когнітивних функцій, зокрема

осіб із синдромом дефіциту уваги / гіперактивності; в дітей з обмеженими інтелектуальними можливостями можуть покращуватися показники фізичного функціонування.

Дітям та підліткам щотижня необхідно присвячувати в середньому не менше ніж 60 хвилин на день заняттям фізично активною діяльністю, переважно аеробним навантаженням середньої та високої інтенсивності. Фізично-активною діяльністю з аеробним навантаженням високої інтенсивності, зокрема спрямованої на зміцнення скелетно-м'язової системи, необхідно займатися не рідше ніж три рази на тиждень.

Для дорослих з обмеженими можливостями додаткова користь фізичної активності полягає в такому:

- у дорослих, які страждають на *розсіяний склероз*, покращуються показники фізичного функціонування, а також фізичні, психічні та соціальні аспекти якості життя, зумовленого станом здоров'я;

- в осіб з *ушкодженнями спинного мозку* покращується функція ходьби, підвищується м'язова сила та покращується функція верхніх кінцівок, а також покращується якість життя, зумовлена станом здоров'я;

- в осіб із захворюваннями або розладами, пов'язаними з *порушеннями когнітивних функцій*, покращуються показники фізичного функціонування та когнітивної діяльності (в осіб із хворобою Паркінсона та осіб, які мають в анамнезі інсульт); є позитивний вплив на когнітивну діяльність; а також може покращуватися якість життя (у дорослих, які страждають на шизофренію); можуть покращуватися показники фізичного функціонування (у дорослих з обмеженими інтелектуальними можливостями); і покращується якість життя (у дорослих, які страждають на великий депресивний розлад).

Тому дорослим з обмеженими можливостями рекомендовано щонайменше 150–300 хвилин на тиждень

займатися фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або не менше ніж 75–150 хвилин фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, або поєднувати фізичну активність середньої та високої інтенсивності. Також корисним для здоров'я є силові вправи середньої та більшої інтенсивності на всі основні групи м'язів не рідше ніж два рази на тиждень, вправи на рівновагу.

### **Список використаної літератури**

1. ВООЗ представила глобальний план дій для підвищення рівня фізичної активності. *Міністерство охорони здоров'я України* : вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/vooz-predstavila-globalnij-plan-dij-dlja-pidvischennja-rivnja-fizichnoi-aktivnosti>.

2. Download the IPAQ. *IPAQ – International Physical Activity Questionnaire* : website. URL: <https://sites.google.com/view/ipaq/download>.

3. Physical activity. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

4. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *World Health Organisation* : website. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/336656?locale-attribute=en&>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

Ознайомтеся з Рекомендаціями ВООЗ щодо фізичної активності та малорухливого способу життя і виконайте такі завдання:

1. Випишіть із Рекомендацій ВООЗ щодо фізичної активності та малорухливого способу життя усі незнайомі для вас терміни і поясніть їх.

<b>№ пор.</b>	<b>Термін</b>	<b>Пояснення</b>

2. Складіть таблицю рекомендацій щодо фізичної активності для різних груп населення.

<b>Категорія</b>	<b>Частота занять на тиждень</b>	<b>Тривалість заняття</b>	<b>Інтенсивність ФА</b>	<b>Загальна кількість хвилин ФА на тиждень</b>	<b>Рекомендований тип вправ</b>	<b>Додаткові зауваги</b>
5–17 років						
18–64 роки						
65 і старше						
Діти і підлітки з обмеженими можливостями						
Особи з обмеженими можливостями						
Вагітні жінки						

3. Визначте переваги і недоліки такого поширеного методу вимірювання рівня ФА як крокометрія.



4. Порівняйте свою фізичну активність із рекомендованою ВООЗ. Чи є необхідність корекції вашої фізичної активності?

5. Чи змінився рівень вашої фізичної активності із початком пандемії та військовим станом в Україні? Якщо так, поясніть як саме.

6. Чому фізичні вправи є основним засобом реабілітації у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта?

### **Джерела для самостійної підготовки до практичних занять**

1. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *World Health Organisation* : website. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/336656?locale-attribute=en&>.

2. Онлайн-курси на платформі Physiopedia / «Фізіоплюс»:

Physical Activity Programme. A series of courses exploring physical activity and the related role of physiotherapy. <https://members.physio-pedia.com/physical-activity-programme-course/>:

- Basic Principles of Physical Activity;
- Global Issues Surrounding Physical Activity;
- Role of Physical Activity in Non-Communicable Diseases;
- The Role of Physical Activity in Specific Conditions;
- Integrating Physical Activity into Clinical Practice and the Community.

## РОЗДІЛ 5

### Промоція здоров'я і здорового способу життя

*5.1. Визначення поняття «промоція здоров'я».*

*5.2. Історичні аспекти розвитку популяризації та промоції здорового способу життя.*

*5.3. Діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я з промоції здоров'я. Міжнародні глобальні конференції з промоції здоров'я.*

*5.4. Глобальні конференції з промоції здоров'я.*

*5.1. Визначення поняття «промоція здоров'я»*

В Україні поняття «health promotion» увійшло в обіг наприкінці ХХ ст. Спочатку його трактували по-різному: просування, заохочення до здоров'я, сприяння здоров'ю, стимулювання, підтримка здоров'я, пропаганда здоров'я тощо. Але жодне з цих тлумачень поодиночі не здатне охопити той комплекс заходів, що закладався в поняття «health promotion» із самого початку. Оттавська Хартія визначає «health promotion» як «багатоплановий соціальний і політичний процес, який дозволяє людям підвищити контроль над станом свого здоров'я з метою його збереження і зміцнення; охоплює не лише дії, спрямовані на формування умінь і навичок, фізичних, психічних і соціальних можливостей людини, але й дії, спрямовані на таку зміну соціальних, екологічних і економічних умов, що дозволяють збільшити дієвість їх впливу на здоров'я населення, суспільства та окремої людини» [13]. ВООЗ визначає промоцію здоров'я як процес, який дозволяє людям контролювати і покращувати своє здоров'я та впливати на чинники, від яких воно залежить [9]. Промоція здоров'я – це створення умов і здоров'ясприятливого

середовища скрізь, де люди живуть, працюють, старіють, відпочивають [3].

Ураховуючи інтеграцію України у європейський простір, у нас також усе частіше застосовують україномовний варіант цього терміна – «промоція здоров'я». Отже, коротко під промоцією здоров'я будемо розуміти процес, що дозволяє людям посилити контроль над своїм здоров'ям і покращити його. Зазвичай заходами промоції здоров'я вважають:

- розвиток особистих навичок;
- створення здоров'ясприятливого середовища;
- посилення дій громади в контексті забезпечення різноманітних умов для формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я;
- розроблення державної політики в усіх сферах дотичних до формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я;
- переорієнтація служб охорони здоров'я на здоров'я, а не на хворобу.

## *5.2. Історичні аспекти розвитку популяризації та промоції здорового способу життя*

Уперше про промоцію здоров'я як державну стратегію для зменшення ризиків щодо психічного та фізичного здоров'я населення і збільшення доступності до належної охорони здоров'я було зазначено в доповіді «Новий погляд на здоров'я канадців» міністра національного здоров'я і добробуту Канади М. Лалонда у 1974 році [12]. Саме тоді було визначено перелік провідних чинників впливу на здоров'я людини і напрями державної політики для збереження, зміцнення й відновлення здоров'я населення, що отримали назву стратегій.

На той час уряд Канади обрав п'ять основних стратегій:

1. Промоція здоров'я.

2. Контроль за дотриманням законодавчих вимог установами й організаціями для зменшення небезпеки щодо психічного та фізичного здоров'я населення.

3. Дослідницька стратегія, покликана знаходити нові знання і шляхи для вирішення проблем психічного та фізичного здоров'я населення.

4. Підвищення ефективності системи охорони здоров'я (реорганізація системи медичного обслуговування в контексті вартості, доступності та ефективності).

5. Цілепокладання: визначення, інтеграція та координація цілей, спрямованих на підвищення рівня психічного та фізичного здоров'я населення і підвищення ефективності системи охорони здоров'я, між різними економічними секторами (державні, приватні (бізнесові), неурядові організації).

Серед інших п'яти стратегій для зменшення впливу чинників ризику на психічне і фізичне здоров'я населення, промоція здоров'я була визнана провідною. Промоція здоров'я була визначена **як стратегія сприяння здоров'ю через інформування, вплив і допомогу як окремим особам, так і організаціям, з метою формування відповідальності за особисте здоров'я та здоров'я інших і спонуки до дій у контексті поліпшення психічного та фізичного здоров'я.**

У доповіді також були проголошені напрямки промоції здоров'я, деякі з яких й нині залишаються актуальними, наприклад:

1. Розроблення для широкого загалу освітніх програм із питань харчування.

2. Освітні кампанії для підвищення обізнаності про тяжкість та основні причини дорожньо-транспортних пригод, смертей та травм.

3. Просвіта населення щодо основних причин ішемічної хвороби серця тяжкості її перебігу.

4. Заходи щодо зняття завіси із психічних захворювань та розуміння серйозності цієї проблеми і невідкладності її вирішення.

5. Інформування населення щодо небезпеки самолікування для підвищення обізнаності з цього питання.

6. Подальші інформаційні кампанії для підвищення обізнаності громадськості щодо проблем зі здоров'ям через зловживання алкоголем, наркотиками, тютюном та через інфекції, що передаються статевим шляхом.

7. Поширення успішних програм, що роблять життя цікавішим для людей похилого віку.

8. Популяризація та координація здоров'яспрямованих шкільних і медичних освітніх програм для дорослих.

9. Продовження та розширення маркетингових програм щодо підвищення фізичної активності населення.

Отже, освітні або/та інформаційні програми і заходи можна розглядати як один з основних інструментів промоції здоров'я. Найбільшого поширення вони набули в організаціях і закладах системи освіти, де цільовою аудиторією є діти, підлітки і молодь. Важливість інформування саме цієї вікової групи населення пояснюється висновком дослідницької групи ВООЗ з проблем молоді у світлі Стратегії досягнення здоров'я для всіх до 2000 р., опублікованим із назвою «Здоров'я молоді – турбота суспільства» (1987 р.) [18]. Зазначено, що про сформованість здоров'я можна говорити лише після 24 років, тому що найбільш істотні зміни в здоров'ї дітей відбуваються в процесі переходу до функціонального стану

дорослої людини (віковий період 10–24 років). Перехідний період становлення функціонального стану організму поділено на три фази тривалістю по п'ять років: 10–14 років, 15–19 років, 20–24 роки. Кожна фаза, як вважають дослідники, має подібні зміни у здоров'ї:

- для кожного вікового періоду характерна адаптація до структурно-функціональних змін, які відбуваються впродовж статевого дозрівання дитини;

- спостерігаються зміни в моделях поведінки відповідно до віку;

- відбувається поступова відмова від ранніх форм стосунків із батьками і встановлення більш тісних контактів з однолітками;

- здійснюється ідентифікація себе як особистості в усіх сферах суспільства;

- відбувається застосування на практиці сукупності знань і формування світогляду тощо [18].

Також відомо, що саме цей період характеризується постійним зниженням цінності здоров'я в системі життєвих цінностей підлітків до 17–18-річного віку [1].

### *5.3. Діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я з промоції здоров'я*

ВООЗ була створена в 1948 році як спеціалізована організація в рамках Статуту ООН для співробітництва урядів різних країн із питань збереження і зміцнення здоров'я людини. До основних функцій ВООЗ належать:

- керівництво діяльністю охорони здоров'я у світі;
- співробітництво з урядами країн із метою посилення планування;

- управління та оцінювання програм країн у галузі охорони здоров'я;

– розроблення та передавання здоров'я-збережувальних технологій, інформації, стандартів тощо.

Поштовхом до посилення діяльності з промоції здоров'я послугувала доповідь М. Лалонда «Новий погляд на здоров'я канадців» [12]. Тому вже з 1977 року Всесвітня організація охорони здоров'я розпочала проведення широкомасштабних заходів (різноманітних міжнародних кампаній, проектів, конференцій), присвячених питанням промоції здоров'я і популяризації здорового способу життя.

Уже в Концепції здоров'я для всіх, що прийнята на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я 1977 р., зазначається про необхідність активної участі кожної людини в охороні здоров'я. На Міжнародній конференції в Алма-Аті (1978 р.) розглядалися підсумки проведеної роботи стосовно питань первинної медико-санітарної допомоги. У прийнятій Декларації зазначається, що первинна медико-санітарна допомога є основним видом медико-санітарної допомоги для населення кожної країни [5]. Саме з цього часу розвиваються уявлення, положення та принципи участі суспільства, громадськості в збереженні і зміцненні здоров'я людини.

У 1980 р. під егідою ВООЗ проголошена глобальна стратегія «Здоров'я для всіх», яка по суті започаткувала розвиток концептуальної політики у сфері промоції здоров'я і здорового способу життя [6]. Глобальна стратегія «Здоров'я для всіх» у 1998 р. була пролонгована під назвою «Здоров'я для всіх у 21-му столітті», в ній окреслені пріоритети та основні завдання, спрямовані на досягнення і підтримання найвищого рівня здоров'я кожного і населення загалом [8]. У рамках цієї стратегії європейська політика «Здоров'я-2020» (2012 р.) спрямовувалася на покращання здоров'я для всіх і зменшення нерівності у здоров'ї за рахунок покращання лідерства та управління в інтересах здоров'я. Пріоритетними напрямками визначено:

- інвестиції в здоров'я для усіх вікових груп населення і розширення можливостей для збереження і зміцнення здоров'я;
- профілактика і лікування неінфекційних та інфекційних захворювань;
- зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на людей, потенціалу громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій, епідагляду та реагування;
- створення стійких місцевих спільнот і сприятливого середовища життєдіяльності [7].

#### *5.4. Глобальні конференції з промоції здоров'я*

Ключові ідеї для збереження і зміцнення здоров'я населення різних країн, планування майбутніх кроків у сфері охорони здоров'я, підбиття підсумків, інформування про найкращі світові практики з промоції здоров'я проголошуються на глобальних конференціях, започаткованих ВООЗ [2].

Перша глобальна конференція з промоції здоров'я, де було заявлено про прихильність духу Алма-Атинській декларації та прийнята так звана Оттавська хартія сприяння здоров'ю, відбулася в Оттаві, Канада (1986 р.). Саме в її статтях були закладені основні положення участі суспільства та різноманітних організацій в охороні здоров'я людини. Зазначено три основні стратегії підтримки здоров'я:

- захист і активне відстоювання здоров'я для забезпечення необхідних здоров'язбережувальних умов;
- надання всім людям можливості досягти та реалізувати повністю свій потенціал здоров'я;
- здійснення посередництва між різними інтересами в суспільстві для забезпечення та досягнення здоров'я.



Реалізація стратегій сприяння здоров'ю забезпечується першочерговими завданнями діяльності у сфері охорони здоров'я:

- розроблення «здорової суспільної політики»;
- забезпечення сприятливих умов довкілля для здоров'я людини;
- посилення суспільної активності, діяльності на громадському рівні в інтересах здоров'я;
- розвиток особистісних життєвих навичок та вмінь;
- переорієнтація служб охорони здоров'я на санітарно-гігієнічну профілактичну роботу [13].

На основі Хартії вже на наступних міжнародних конференціях були розроблені й поглиблені керівні принципи сучасної системи зміцнення здоров'я (табл. 5.1). Так, в Аделаїді, Австралія (1988 р.) розглядалися питання здорової громадської політики; в Сундсвалі, Швеція (1991 р.) – проблеми створення сприятливого для здоров'я довкілля, в Джакарті, Індонезія (1997 р.) – питання – проблеми сприяння здоров'ю. У Джакартській декларації щодо продовження діяльності з промоції здоров'я в 21-му столітті було заявлено, що стратегії і завдання оголошені в Оттавській хартії, залишаються актуальними та значущими для всіх країн світу. В декларації зокрема зазначено, що саме комплексні підходи, в яких комбінується використання п'яти стратегій до розвитку охорони здоров'я, є найбільш ефективними; що широка та активна участь населення і громадськості є істотною передумовою безперервної та стабільної діяльності у сфері сприяння здоров'ю, а дієвість діяльності та процесів ухвалення рішень безпосередньо залежать від ролі, яку населення відіграє у сприянні власному здоров'ю. Джакартська декларація також закріпила п'ять пріоритетних напрямів діяльності зі сприяння здоров'ю у 21-му столітті [11]:

- посилення соціальної відповідальності за здоров'я;
- збільшення інвестицій у здоров'язберігальну діяльність;
- зміцнення і розширення зв'язків та контактів для співробітництва в інтересах сприяння здоров'ю;
- розширення потенційних і надання реальних можливостей суспільству, населенню та кожній особистості для здоров'язберігальної діяльності;
- забезпечення необхідної інфраструктури сприяння здоров'ю.

У Мехіко, Мексика (2000 р.) розглядалися питання інвестицій у підтримку та зміцнення здоров'я людини. І так на кожній глобальній конференції розглядалися актуальні питання промоції здоров'я та здорового способу життя. Конкретні підсумки роботи кожної з них коротко презентовані в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1 – Перелік глобальних конференцій із промоції здоров'я під егідою ВООЗ (1986–2022 рр.)

<b>Рік проведення</b>	<b>Місто проведення</b>	<b>Країна проведення</b>	<b>Підсумок роботи конференції (заключний документ)</b>
1	2	3	4
17–21 листопада 1986	Оттава	Канада	Оттавська Хартія – тези, положення і принципи для вирішення проблем здоров'я
5–9 квітня 1988	Аделаїда	Австралія	Аделаїдські рекомендації щодо здорової громадської політики

Продовження таблиці 5.1

1	2	3	4
9–15 червня 1991	Сундсваль	Швеція	Заява стосовно проблем створення сприятливого для здоров'я середовища
21–25 липня 1997	Джакарта	Індонезія	Джакартська декларація про сприяння здоров'ю у XXI столітті
5–9 червня 2000	Мехіко	Мексика	Питання інвестицій в здоров'я
7–11 серпня 2005 р.	Бангкок	Таїланд	Бангкокська хартія сприяння здоров'ю в глобалізованому світі
26–30 жовтня 2009 р.	Найробі	Кенія	Заява: Заклик до дій для усунення проблем нерівності у розподілі послуг охорони здоров'я
9–14 червня 2013 р.	Гельсінки	Фінляндія	Гельсінська заява – Спираючись на нашу спадщину, дивлячись у наше майбутнє
21–24 листопада 2016 р.	Шанхай	Китай	Шанхайська декларація – Промоція здоров'я в рамках Цілей сталого розвитку: здоров'я для всіх і всі для здоров'я
13–15 грудня 2021 р.	Женева	Швейцарія	Женевська хартія благополуччя

На початок 21-го ст. з часу проведення Оттавської конференції умови, в яких реалізуються стратегії промоції здоров'я змінилися внаслідок процесів глобалізації у світі. Тому в Бангкоку, Таїланд, де проходила шоста глобальна конференція (2005 р.), обговорювалися завдання охорони здоров'я зі зниження нерівності щодо сприяння здоров'ю. Основною подією конференції стало прийняття Бангкокської хартії сприяння здоров'ю в глобалізованому світі та досягнення взаєморозуміння серед учасників за майбутніми напрямками роботи з промоції здоров'я. У Бангкокській хартії підтверджується необхідність використання концепції промоції здоров'я для вирішення проблем, пов'язаних із різноманітними факторами, від яких залежить здоров'я людини. Також у цьому документі знаходять подальший розвиток п'ять сфер діяльності, заявлених в Оттавській хартії, та звучить заклик до всіх учасників конференції – проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу для промоції здоров'я і здорового способу життя на основі дотримання прав людини; здійснювати інвестиції в розвиток діяльності та інфраструктури здоров'я; забезпечувати, зокрема, і в законодавчому плані, високий рівень захисту людини від дії різноманітних шкідливих для здоров'я чинників; налагоджувати партнерські відносини й розвивати зв'язки з державними та іншими структурами для сприяння здоров'ю людини [16]. У Бангкокській хартії закріплені чотири ключових зобов'язання стосовно зміцнення здоров'я [16]:

– сприяння здоров'ю повинно стати центральним елементом у сфері розвитку кожної країни. Для цього потрібні надійні міждержавні угоди для сприяння здоров'ю та колективної безпеки у сфері охорони здоров'я та ефективні механізми керівництва цією роботою на глобальному рівні;

- сприяння здоров'ю повинно стати ключовою функцією уряду кожної країни. Тому відповідальність за вирішення проблем, пов'язаних із чинниками здоров'я, лягає на уряд загалом;

- сприяння здоров'ю повинно стати пріоритетним напрямом роботи на рівні громади та суспільства;

- сприяння здоров'ю повинно стати обов'язковим елементом корпоративної практики: приватний сектор несе відповідальність за забезпечення гігієни та охорони праці на робочому місці; за сприяння здоров'ю і зростання благополуччя своїх робітників, їх сімей та громад; за внесок власного вкладу в зменшення негативних впливів чинників глобального масштабу на здоров'я людини.

Сьома глобальна конференція з промоції здоров'я проходила на Африканському континенті в 2009 р. у м. Найробі (Кенія). Організатори наголосили на тому, що:

- фінансова криза загрожує життєздатності національних економік загалом і систем охорони здоров'я зокрема;

- глобальне потепління та зміна клімату завдають шкоди людському життю, особливо в країнах із низьким рівнем доходу;

- спостерігається невблаганне зростання неінфекційних захворювань у країнах із низьким і середнім рівнем доходу та загроза потенційно катастрофічних пандемій [15].

Тому заява цієї глобальної конференції стосувалася таких шляхів вирішення проблем нерівності у розподілі послуг охорони здоров'я за статтю, соціальним класом, рівнем доходу, етнічною належністю, освітою, професією тощо:

- розширення можливостей громади;
- санітарна грамотність і здоров'язбережувальна поведінка;

- зміцнення систем охорони здоров'я;
- партнерство та міжсекторальна діяльність у сфері охорони здоров'я
- розвиток потенціалу промоції здоров'я.

Основною темою Восьмої глобальної конференції з промоції здоров'я (Гельсінкі, 2013 р.) було «Здоров'я в усіх політиках», у рамках якої розглядалися, зокрема, питання ефективних механізмів міжсекторальної взаємодії з промоції здоров'я та внеску промоції здоров'я в оновлення та реформування первинної медичної допомоги. У Гельсінській заяві «Спираючись на нашу спадщину, дивлячись у наше майбутнє» учасники конференції підкреслили пріоритет здоров'я та справедливості для урядів країн та нагальну потребу в ефективній узгодженості політики для здоров'я та благополуччя населення [10].

Дев'ята глобальна конференція, що отримала назву «Промоція здоров'я в рамках Цілей сталого розвитку: здоров'я для всіх і всі для здоров'я», окреслила новий курс на наступні 15 років, спрямований на те, щоб надихнути національні уряди, муніципальних лідерів та інших зацікавлених сторін зрозуміти великий потенціал промоції здоров'я в усіх секторах суспільства. Фінальним документом конференції є Шанхайська декларація, в якій підкреслено, що:

- здоров'я та сталий розвиток нерозривно пов'язані;
- сектор охорони здоров'я є основним захисником здоров'я;
- вирішальну роль у промоції здоров'я відіграють міста внаслідок дедалі більшої глобальної урбанізації населення [14].

На Десятій глобальній конференції з промоції здоров'я (Женева, 2022 р.) проголошено Женевську хартію благополуччя. Хартія базується на Оттавській хартії промоції здоров'я та спадщині дев'яти глобальних

конференцій із промоції здоров'я. У Женевській хартії підкреслено необхідність глобальних зобов'язань для досягнення справедливих результатів у сфері охорони здоров'я та соціальної сфери нині і для майбутніх поколінь, за умови піклування про стан довкілля [17].

«Здоров'я починається не в лікарні чи поліклініці. Воно починається в наших домівках і громадах, з їжі, яку ми їмо, води, яку ми п'ємо, повітря, яким ми дихаємо, у наших школах і на наших робочих місцях, – сказав доктор Тедрос Адханом Гебреїсус, генеральний директор ВООЗ. – Ми повинні докорінно змінити те, як лідери в політиці, приватному секторі та міжнародних установах думають і цінують здоров'я, а також сприяти зростанню, яке базується на здоров'ї та добробуті людей і планети, для країн із будь-яким рівнем доходу» [4].

Хартія окреслює необхідні елементи «суспільства добробуту» й те, що потрібно зробити, щоб запобігати та краще реагувати на численні кризи в галузі охорони здоров'я та екології, зокрема:

- розробити справедливу економіку, яка служить розвитку людства в межах планети;
- створити державну політику для загального блага;
- досягнення загального охоплення медичним обслуговуванням;
- звернути увагу на цифрову трансформацію, щоб протидіяти шкоді та збільшувати переваги.

Женевська хартія благополуччя окреслює програму дій урядів країн в умовах глобальних соціальних проблем, зокрема проблем охорони здоров'я, навколишнього середовища, та зазначає можливі шляхи її реалізації.

## Список використаної літератури

1. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Суми : Макден, 2011. 412 с.
2. Лузан П. Г., Єжова О. О. Діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я в галузі сприяння здоров'ю людини. Освіта і здоров'я: формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчального закладу : матер. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. С. 202–207.
3. 10th Global Conference on Health Promotion. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/10th-global-conference-on-health-promotion>.
4. 76th World Health Assembly adopts the Global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/news/item/29-05-2023-76th-world-health-assembly-adopts-the-global-framework-for-integrating-well-being-into-public-health-utilizing-a-health-promotion-approach#:~:text=%E2%80%9CWe%20have%20to%20fundamentally%20change,Dr%20Tedros%20Adhanom%20Ghebreyesus%2C%20WHO>.
5. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. URL: [https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2).
6. Global strategy for health for all by the year 2000. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800038>.
7. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. *World Health Organisation* : website. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>



10665/326386/9789289002790eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

8. Health for All in the 21st Century. Geneva : World Health Organization, 1997. 37 p. URL: [https://applications.emro.who.int/docs/em\\_rc44\\_10\\_annex\\_en.pdf](https://applications.emro.who.int/docs/em_rc44_10_annex_en.pdf).

9. Health promotion glossary of terms 2021. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

10. Helsinki statement. Framework for country action. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>.

11. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *World Health Organisation*. вебсайт. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration>.

12. New perspective on the health of Canadians: a working document. Canada. Dept. of National Health and Welfare. Ottawa, Ont : Information Canada, 1974. 82 p. URL: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

13. Ottawa Charter. Geneva : World Health Organization, 1986. 5 p. URL: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>.

14. Promoting health in the SDGs : report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>.

15. Seventh Global Conference on Health Promotion. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2009/10/26/default-calendar/seventh-global-conference-on-health-promotion>.

16. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>.

17. The Geneva Charter for Well-being. *World Health Organisation* : website. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>.

18. Young people's health, a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and «Health for All by the Year 2000». Geneva : World Health Organization; Albany, NY : WHO Publications Center USA, 1987. 117 p. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1986. Vol. 731. P. 1–117.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Презентуйте еволюцію поняття «промоція здоров'я»
2. Ознайомтеся із Оттавською, Бангкокською та Женевською хартіями.
3. Яка історія виникнення цих Хартій?
4. Що спільного у цих Хартіях? Чим відрізняються Хартії між собою?
5. Яка причина прийняття нових Хартій?
6. Заповніть таблицю для порівняння змін у поглядах глобалізованого світу на промоцію здоров'я

№ пор.	Критерій порівняння	Оттавська хартія	Бангкокська хартія	Женевська хартія
1	2	3	4	5
1.	Причина прийняття			
2.	Визначення здоров'я			
3.	Мета Хартії			

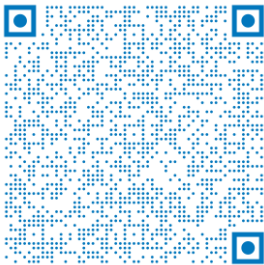
1	2	3	4	5
4	Що є передумовами зміцнення і збереження здоров'я?			
5	До яких ключових дій (записати 3–4) закликає Хартія?			

7. Проаналізуйте напрямки промоції здоров'я з позиції сьогодення. Що на вашу думку залишається актуальним і чому?

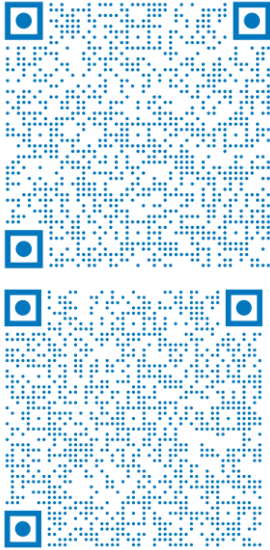
8. Зверніть увагу, як змінюється фокус уваги у політиці охорони здоров'я у Женевській хартії. Поясніть цю зміну.

9. Охарактеризуйте основні документи ВООЗ, важливі для діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.

### **Джерела для самостійної підготовки до практичних занять**



Оттавська хартія



Бангкокська хартія

Женевська хартія

## **РОЗДІЛ 6**

### **Міжнародний і вітчизняний досвід популяризації здорового способу життя**

*6.1. Школи здоров'я в Європі (Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю).*

*6.2. Клініки, дружні до молоді.*

#### *6.1. Школи здоров'я в Європі (Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю)*

За період, що минув після доповіді М. Лалонда, у промоції здоров'я досягнуто вагомих результатів. Особливо значні зміни відбулися в освітніх та просвітницьких програмах і кампаніях. Наведемо декілька прикладів позитивного досвіду:

1. Заснування у 1992 р. Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю, нині це Школи здоров'я в Європі (SHE – Schools for Health in Europe). Україна приєдналася до цього руху в березні 1995 р.

2. Упровадження в освітні програми закладів загальної середньої освіти багатьох країн спеціального курсу про здоров'я. З 2004 р. Міністерством освіти і науки України такий інтегрований курс – «Основи здоров'я», впроваджено спочатку в базову, а потім початкову школи (з першого по дев'ятий класи).

3. Розроблення та апробація в закладах освіти численних профілактичних програм, що стосуються ризиків для здоров'я та поширених захворювань для різних вікових груп населення.

#### **Школи здоров'я в Європі**

З ініціативи Європейської Ради Бюро ВООЗ, Європейської комісії і Ради Європи у 1991 р. було створено

перші Школи сприяння здоров'ю (експериментальні, пілотні школи) у країнах Східної Європи – Угорщині, Чехії, Словаччії та Польщі. Причиною їх виникнення стали негативні тенденції у стані здоров'я населення. Наслідком аналізу позитивного досвіду експериментальних шкіл, у 1992 р. стало заснування «Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю» (ЄМШСЗ). Першими членами цього проєкту в 1992 р. стали сім країн – Польща, Чехія, Угорщина, Королівство Бельгія, Данія, Греція, Ірландія [1].

У 1993 р. до складу ЄМШСЗ увійшло ще 16 країн. Це зумовило потребу в проведенні Першої ділової зустрічі Національних координаторів ЄМШСЗ (Страсбург, 1993) та Європейської конференції з безпеки здоров'я (Нурвйкерхаус, 1993), де було визначено провідні завдання шкіл сприяння здоров'ю. Того самого року було прийнято остаточне рішення про укладання спільної угоди між трьома великими міжнародними організаціями – ВООЗ, Європейської комісії і Європейської Ради – про колективну відповідальність за майбутній розвиток ЄМШСЗ. У березні 1995 р. членами ЄМШСЗ стали Україна, Російська Федерація, Македонія, Італія, Нідерланди, Ізраїль, Мальта, Туреччина та Кіпр. Мережа почала активно розвиватися, і вже в 1997 р. у проєкті брали участь 43 країни. На сьогодні мережа вийшла за рамки Європи, і кількість країн постійно змінюється.

Перша конференція «Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю» із назвою «Школа сприяння здоров'ю – вклад у справу освіти, охорони здоров'я та демократії» («The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy») відбулася 1–5 травня 1997 р. у м. Салоніки-Халкідіки, Греція. На цій конференції було визначено 10 принципів, необхідних для реалізації потенціалу шкіл сприяння здоров'ю (ШСЗ). Ці принципи покладено в основу концепції та практики ШСЗ.

Особливу увагу на конференції було приділено таким питанням, як:

1) створення здоров'язбережувального середовища в школах (матеріально-технічний аспект);

2) запобігання палінню, вживанню алкоголю та наркотиків, попередження СНІДу;

3) створення демократичних відносин у школах.

У 2002 р. відбулася друга Європейська конференція «Освіта і здоров'я у співпраці» («Education and Health in Partnership») (м. Егмонд-ан-Зее, Нідерланди), на якій зазначалася важливість співпраці між міністерствами освіти і охорони здоров'я. Особливу увагу на конференції було приділено таким питанням:

1) забезпечення розвитку фізичної культури і спорту та здорового харчування;

2) введення в навчальні плани санітарної освіти соціальної тематики – громадянської та екологічної освіти та попередження перевантаження навчальних планів;

3) забезпечення оцінювання ефективності діяльності школи сприяння здоров'ю шляхом моніторингу стану здоров'я всіх учасників навчально-виховного процесу;

4) створення здоров'язбережувального середовища в школах (соціальний аспект).

На наступних конференціях піднімалися і «старі» і «нові» питання, що були актуальними на той час:

- формування психічного та емоційного здоров'я;
- збереження репродуктивного здоров'я;
- боротьба із зайвою вагою та ожирінням;
- запобігання насильству та охорона прав дитини;
- попередження інфекційних та неінфекційних хвороб;
- сприяння зміцненню здоров'я персоналу школи;
- сприяння професійному розвитку вчителів;

– посилення співпраці між учителями, батьками та учнями [1].

Починаючи з 2007 р. проєкт розвивається під новою назвою – «Школи здоров'я в Європі» (ШЗЄ) Schools for Health in Europe (SHE) [5] (рис. 6.1), що пов'язано зі змінами фінансування та місцезорозташування координаційного центру мережі. Мережа «Школи здоров'я в Європі» з 2017 року є незалежною неурядовою організацією з власною юридичною особою, організатором якої є Університетський коледж Південної Данії, співфінансується ЄС та підтримується Європейським Регіональним Бюро ВООЗ. Зараз членами SHE є 31 країна-член SHE в Європі та Центральній Азії.



Рисунок 6.1 – Логотип мережі  
«Школи здоров'я в Європі»

SHE фокусується на тому, щоб зробити здоров'я та благополуччя невід'ємною частиною розроблення політики в секторах освіти та охорони здоров'я в Європі, і заохочує до більш ефективної співпраці ці два сектори. SHE закликає школи розробляти та проводити заходи щодо промоції здоров'я та активно брати участь у житті суспільства [4].



Етапи розвитку мережі ШЗЄ подано в таблиці 6.1.

Моделі ШЗЄ мають свої національні та територіальні особливості, але їх основа – це восьмикомпонентна модель, що пройшла розвиток від трикомпонентної [1].

Таблиця 6.1 – Характеристика етапів розвитку ШЗЄ

[1]

Етап розвитку ЄМШЗЄ	Інноваційний характер діяльності
1	2
I етап (1974–1991 рр.) підготовчий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трикомпонентна модель школи сприяння здоров'ю.</li> <li>2. Зміна організації діяльності школи (режиму, інтенсивності, умов)</li> </ol>
II етап (1992–2006 рр.)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. П'ятикомпонентна модель школи сприяння здоров'ю.</li> <li>2. Превентивний характер діяльності.</li> <li>3. Розроблення і впровадження нових здоров'язберезувальних програм.</li> <li>4. Залучення міжнародних проєктів: «Здорові міста» та інші.</li> <li>5. Розроблення моніторингового супроводу</li> </ol>
III етап (2007–2013 рр.)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восьмикомпонентна модель школи сприяння здоров'ю.</li> <li>2. Модернізація структури, змісту й організації освіти.</li> <li>3. Залучення міжнародних проєктів: HBSC та NEPS.</li> <li>4. Заснування регулярних шкіл для педагогічних працівників мережі ШЗЄ.</li> <li>5. Створення вебсайта мережі ШЗЄ</li> </ol>

Продовження таблиці 6.1

1	2
IV етап (з 2014 р.)	1. Поширення ідей Школи здоров'я на інші континенти. 2. Організація школи – SHE Academy – для вчителів, дослідників, вчених

Трикомпонентна модель містить такі складники:

1) освітній вимір – надання інформації з питань здоров'язбереження та ціннісного ставлення до здоров'я в змісті багатьох навчальних дисциплін, орієнтованих на підвищення розуміння учнями основ здоров'я і спрямованих на зміну їх поведінки;

2) медичний вимір – удосконалення шкільної медичної служби посиленням її профілактичної функції та раннього втручання, що передбачає надання невідкладної медичної допомоги, організацію постійної взаємодії з медичними організаціями за місцем проживання учнів, систему профілактичної роботи з хронічними хворими; організацію системи здорового харчування;

3) санітарно-гігієнічний вимір – створення відповідних умов для збереження і зміцнення здоров'я школярів, створення позитивного фізичного і психічного клімату в школі; залучення батьків і громадськості до здоров'яспрямованої діяльності.

У п'ятикомпонентній моделі додаються ще два складники:

4) рівень фізичної підготовки та фізичної активності всіх школярів;

5) психолого-діагностичний компонент – систематичне оцінювання стану здоров'я всіх учасників навчально-виховного процесу (учнів, педагогічного та технічного персоналу), готовність до сумісних дій щодо здоров'язбереження учнів; організація психологічних

консультацій для всіх учасників навчально-виховного процесу та служб школи з цих питань.

У восьмикомпонентній іще додаються три нові складники:

6) організація шкільного харчування;

7) забезпечення здоров'язбережувального шкільного середовища;

8) інтеграція зусиль школи, батьків і громадськості (рис. 6.2).

Ключові принципи діяльності ШСЗ є актуальними для промоції здоров'я і здорового способу життя і нині. У своїй діяльності ШСЗ повинна керуватися принципами:

1) рівності – забезпечення рівноправності щодо освітніх та оздоровчих можливостей навчальних закладів;

2) залучення – залучення особистості в здоров'яспрямовану діяльність, де кожен учень може реалізувати себе як неповторна особистість;

3) систематичності – лише систематичне залучення учасників навчально-виховного процесу до здоров'яспрямованої діяльності призводить до позитивного результату;

4) природовідповідності – здійснювати здоров'яспрямовану діяльність відповідно до вікових можливостей особистості, рівня її підготовленості й загального розвитку;

5) демократичності – усунення авторитарного стилю виховання, сприйняття особистості вихованця як вищої соціальної цінності, визнання її права на свободу, на розвиток здібностей і вияв індивідуальності;

6) активності – підвищення активності та творчої ініціативи учнів із питань здоров'я; відчуття значущості учнів, персоналу та батьків, утвердження життєвого оптимізму, розвиток навичок критичного та позитивного

мислення, що є передумовою ефективною здоров'язбережувальною діяльністю в ШСЗ;

7) оптимізації виховного процесу – продуманий добір змісту, методів, форм і засобів виховного впливу, що базуються на ефективній практиці і дослідженнях у галузі здоров'яспрямованої діяльності;

8) співпраці із сім'єю – розвиток стратегії здорової школи, здоров'язбережувального середовища, здоров'язбережувальної компетентності вихованців неможливі без партнерської взаємодії із сім'єю;

9) міжсекторальної взаємодії – об'єднання в інтересах учня ресурсів і дій державного, громадського і бізнесового секторів за допомогою взаємного інформування, навчання, взаємодопомоги тощо;

10) соціального партнерства – активна співпраця з місцевим співтовариством із питань здоров'язбереження учасників освітнього процесу.

## *6.2. Клініки, дружні до молоді*

Одним із успішних міжнародних проєктів із промоції здоров'я є створення клінік, дружніх до молоді. «Клініка, дружня до молоді» (КДМ) – це структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, який надає медико-соціальну та психологічну допомогу дітям та молоді на основі дружнього до них підходу, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ).

Перші світові моделі служб, які працюють у профілактичному напрямі з підлітками, з'явилися в 1972 р. у США. Наслідком «сексуальної революції» 60-х років ХХ ст. стало поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, у підлітковому та молодіжному середовищі, рання вагітність. І саме така модель роботи з

підлітками і молоддю виявилася ефективною щодо збереження їх репродуктивного здоров'я. З 1993 р. такі форми роботи почали впроваджувати в Англії, Швеції та інших європейських країнах.

На сьогодні служби, які будують свою роботу на принципах дружнього підходу до молоді, створюються і працюють у різних країнах, зокрема і в Україні.

З метою впровадження сучасних підходів до надання медичної допомоги дітям підліткового віку першу клініку, дружню до молоді, було відкрито за підтримки ЮНІСЕФ при дитячій клінічній лікарні № 6 Шевченківського району м. Києва в 1998 р. Станом на 2016 рік в Україні працювало 139 клінік, дружніх до молоді, 22 з яких відкрито за сприяння і технічної допомоги ЮНІСЕФ.

Мета роботи КДМ – зберегти здоров'я підлітків та молоді й виховати свідоме ставлення молодої людини до особистого здоров'я наданням знань та формуванням умінь і навичок здорового способу життя. Особлива увага приділяється збереженню репродуктивного здоров'я, зокрема, профілактиці інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПІСШ) [2].

У своїй діяльності клініки, дружні до молоді, керуються принципами:

- добровільності;
- доброзичливості;
- доступності;
- конфіденційності;
- анонімності;
- неосудливого підходу до відвідувача.

Зазначені принципи максимально повно відповідають психологічним особливостям підлітків і передбачають надання допомоги через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я.

Схарактеризуємо деякі з цих принципів. Принцип доступності означає, що молоді люди мають реальну можливість отримання послуг через спрощення процедури звернення, максимальне наближення цих послуг до потреб і особливостей сприйняття клієнтами підліткового віку, зручний розклад роботи і розміщення медичного закладу, надання безоплатних, комплексних послуг. Відповідно до принципу добровільності створено умови для самостійного та усвідомленого звернення молоді по послуги через інформування, залучення та розбудову мотивації. Принцип доброзичливості наголошує на розумінні й прийнятті вікових особливостей підлітків, терпінні, повазі, конфіденційності, підтримці у висловленні власної думки та неосудливому ставленні до користувачів послуг.

Ключовим завданням КДМ є надання медико-соціальної та консультативної допомоги, спрямовану на:

- формування здорового способу життя;
- збереження психічного здоров'я, зокрема й за складних життєвих обставин;
- попередження виникнення ризикованої поведінки та зменшення впливу її наслідків;
- профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ / СНІД;
- збереження репродуктивного здоров'я та підготовку до усвідомленого батьківства;
- формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних відносинах;
- формування навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня інформованості з питань здорового способу життя [3].

Пріоритетною спеціалізацією КДМ або центрів, дружніх до молоді, є:

- гінекологія / андрологія / репродуктивне здоров'я, ВІЛ-інфекція;

- дерматовенерологія;
- допомога в кризових ситуаціях;
- наркологія;
- соціальний супровід;
- психологічна допомога та ін. [3].

Стратегії надання медичної допомоги у звичайних закладах охорони здоров'я і в клініках, дружніх до молоді, істотно відрізняються на користь останніх (табл. 6.2).

Таблиця 6.2 – Стратегії надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я

<b>У типовому закладі охорони здоров'я</b>	<b>У клініці, дружній до молоді</b>
1	2
<b>Медична допомога</b>	
Розрахована на хворих	Розрахована на здорових та хворих
<b>Основний вид діяльності</b>	
Лікування	Профілактика, консультування, робота над проблемами підлітків
<b>Критерії якості</b>	
Оцінювання за фактом наданої допомоги	Повторне відвідування; отримання комплексної допомоги (медична, психологічна, соціальна, правова)
<b>Характер звернень</b>	
«Традиційні» проблеми, насамперед лікування соматичних хвороб	«Нетрадиційні» проблеми, з якими не йдуть до звичайного лікувально-профілактичного закладу

Продовження таблиці 6.2

1	2
<b>Взаємодія лікаря і пацієнта</b>	
Директивна модель – рішення ухвалює спеціаліст за умови поінформованої згоди пацієнта	Модель співробітництва – рішення ухвалюють за участі особи, яка звернулася за допомогою

Моделі КДМ, що функціонують в Україні, подано кількома варіантами: кабінет, мережа кабінетів, відділення, центр. Вибір моделі КДМ залежить від форми її власності, ресурсів лікувально-профілактичного закладу або Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), при якому вона створюється, особливостей населеного пункту та обсягу цільової групи, яка проживає у сфері її обслуговування тощо [3].

Попри істотні розбіжності в потенціалі моделей КДМ, які існують, у переліку та обсязі послуг, що можуть ними надаватися, кожна з них має можливість для реалізації основної мети – організації консультативної допомоги з питань здоров'я на основі дружнього до молоді підходу.





Рисунок 6.2 – Вхід до Клініки, дружньої до молоді м. Сум

До КДМ можуть звернутися підлітки та молодь від 10 років до 24 років, батьки підлітків і молодих людей (за потреби).

### **Список використаної літератури**

1. Єжова О. О., Бєсєдіна А. А., Берєжна Т. І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика : монографія / за заг. ред. О. О. Єжової. Суми : СумДУ, 2016. 288 с. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/44580/1/monogr2016.pdf>.
2. Демченко І. Л., Пивоварова Н. П., Костючок М. М., Белоносова Н. А. Оцінка клінік, дружніх до молоді : аналітичний звіт. Київ : К. І. С., 2008. 104 с.
3. Примірне положення про Центр/відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» : затв. Наказом М-ва охорони здоров'я України від

2 черв. 2009 р. № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0383282-09#Text>.

4. IN FOCUS. 2021. Schools for Health in Europe Network Foundation. URL: <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/SHE-leaflet-2021-screen.pdf>.

5. Schools for Health in Europe. Schools for Health in Europe : website. URL: <https://www.schoolsforhealth.org/>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Розкрийте еволюцію мережі «Школи здоров'я в Європі».

2. З якими чинниками пов'язана успішна діяльність цієї мережі впродовж такого тривалого часу?

3. Схарактеризуйте відмінності три-, п'яти-, восьмикомпонентних моделей школи сприяння здоров'ю та поясніть причини розвитку моделі ШСЗ.

4. З чим пов'язане виникнення такої форми роботи з молоддю, як клініки, дружні до молоді?

5. Дізнайтеся про найближчу для вас Клініку, дружню до молоді. За наведеним прикладом оформіть довідку про КДМ.

**Приклад довідки:** «Клініка, дружня до молоді» знаходиться за адресою: Суми, вул. І. Сірка, 3 (рис. 6.2).

Час роботи: понеділок – п'ятниця – з 8:00 до 18:00, субота – з 9:00 до 15:00. Телефони: 66-18-98, 095-19-48-949. e-mail: [kdm.sumy@gmail.com](mailto:kdm.sumy@gmail.com).

«Клініка, дружня до молоді» – це структурний підрозділ Сумської міської дитячої клінічної лікарні ім. Св. Зінаїди, що надає медико-психосоціальну допомогу підліткам та молоді на основі дружнього підходу і принципів анонімності. У клініці надають безкоштовні послуги: гінеколога, дерматовенеролога, уролога,

*нарколога, педіатра, психолога, соціального працівника, юриста.*

**Джерела для самостійної підготовки  
до практичних занять**

1. Єжова О. О., Беседіна А. А., Бережна Т. І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика : монографія / за заг. ред. О. О. Єжової. Суми : СумДУ, 2016. 288 с. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/44580/1/monogr2016.pdf>.

2. Примірне положення про Центр/відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» : затв. Наказом М-ва охорони здоров'я України від 2 черв. 2009 р. № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0383282-09#Text>.

## РОЗДІЛ 7

### Психосоціальні навички

*7.1. Сутність і витоки поняття «психосоціальні навички».*

*7.2. Класифікація життєвих навичок.*

*7.2. Навчання життєвих навичок як складова діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта.*

*7.1. Сутність і витоки поняття «психосоціальні навички»*

Наприкінці ХХ століття починають активно використовувати поняття «життєві навички» (з англ. life skills) або психосоціальні. Навички – це уміння, відпрацьовані до автоматизму. Термін «життєві навички» вживається в документах міжнародних організацій та освітньо-виховних інституцій для означення особистісно орієнтованого підходу до забезпечення психосоціального розвитку дітей, розбудови миру, конструктивного вирішення конфліктів та профілактики соціально обумовлених захворювань.

В англійській мові «skills» означає не лише навички, а й здатність до чогось або компетентність. Звідси, життєві навички – це низка психологічних і соціальних компетентностей, які допомагають людині ладнати зі своїм внутрішнім світом і будувати продуктивні стосунки із зовнішнім оточенням [4]. Особливе місце серед них належить навичкам протидії тиску різноманітних факторів соціального середовища. Вони допомагають людині віднаходити ресурси для продуктивної життєдіяльності, зберігаючи й примножуючи свій метаресурс – власне здоров'я.

Саме в цей період розробляються та поширюються освітні програми профілактичної спрямованості на засадах

розвитку життєвих навичок, що спрямовуються на допомогу в ухваленні поінформованих рішень, набутті умінь ефективного спілкування, керування емоціями, долання труднощів; мотивують до здорового і продуктивного життя обмеженням вживання тютюну, алкоголю, відмови від наркотиків, сповідують захищених статевих контактів тощо [2].

Розвиток життєвих навичок сприяє розумінню базових потреб і вмінню правильно задовольняти їх; благополуччю і життєвому успіху; розвитку духовності й позитивних особистих якостей.

Наголосимо, що базові потреби за А. Маслоу вміщують основні потреби (потреби дефіциту) і метапотреби (потреби розвитку) (рис. 7.1).

Основними потребами (потребами дефіциту) фахівці визнають такі:

– *фізіологічні потреби*: базуються на рефлексивних виживання і продовження роду, що забезпечують біологічну мету будь-якого живого організму: вижити та залишити після себе нащадків;

– *потреба в безпеці (захисті, порядку, стабільності)*: найяскравіше проявляється в дітей, дорослі часто реагують неявно (тривога, стрес);

– *потреба в любові*: бажання мати друзів, належати до групи, бажання любити самому і щоб любили тебе;

– *потреба в повазі й самоповазі*: бажання досягти успіху, отримати визнання.

Водночас необхідно зауважити, що ці потреби вимагають задоволення в ієрархічному порядку. Потреби вищого рівня стають домінуючими лише після задоволення потреб нижчого рівня, що яскраво ілюструє піраміда потреб А. Маслоу (рис. 7.1).



Рисунок 7.1 – Піраміда А. Маслоу – ієрархія потреб людини

До *метапотреб* (потреб розвитку) прийнято відносити *естетичні потреби*: істинності, краси, правди і справедливості; *когнітивні потреби*: потяг до знань; *потребу в самореалізації*: бажання максимального використання свого потенціалу. Згідно з А. Маслоу дуже мало людей досягають цього рівня. Більшість намагається задовольнити потреби нижчих рівнів. Багато людей не мають можливостей для самореалізації через життєві обставини – бідність або життя в складних ситуаціях чи кризових суспільствах.

## 7.2. Класифікація життєвих навичок

Життєві навички також називають «психосоціальними навичками». Їх можна поділити на дві великі групи: психологічні та соціальні (рис. 7.2) [3].

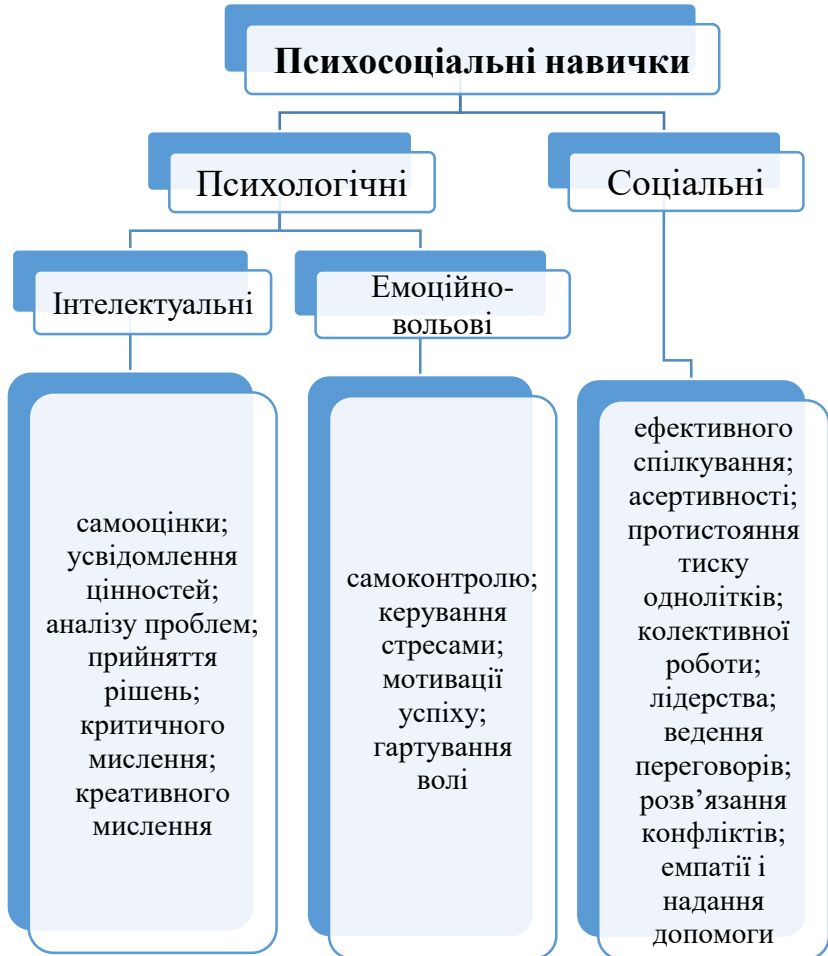


Рисунок 7.2 – Класифікація життєвих (психосоціальних) навичок

Серед психологічних виокремлюють *емоційно-вольові навички*, що допомагають людині жити в злагоді зі своїм внутрішнім світом (психологічні): самоконтролю, керування стресами, мотивації успіху, гартування волі та *інтелектуальні (когнітивні) навички*: самоусвідомлення і самооцінки, усвідомлення цінностей і пріоритетів, визначення життєвої мети та планування майбутнього, аналізу проблем і ухвалення виважених рішень, критичного й творчого мислення. До *соціальних (комунікаційних) навичок* належать ті, що допомагають будувати продуктивні стосунки із зовнішнім оточенням (соціумом, суспільством): асертивності (упевненої та гідної поведінки), конструктивного спілкування, емпатії (співпереживання і надання допомоги), розв'язання конфліктів, роботи в команді на спільний результат, лідерства, протистояння негативному тиску оточення, запобігання і протидії дискримінації.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що джерела множинності життєвих навичок сягають корінням таких чотирьох провідних навичок, як:

- 1) *самооцінки*;
- 2) *асертивності*;
- 3) *протидія соціальному тиску*;
- 4) *управління стресом*.

*Самооцінка*. Засновником теорії самооцінки є психолог-гуманіст Карл Роджерс. Він підкреслював надзвичайну важливість самооцінки у формуванні особистості. Діти із заниженою самооцінкою вважають себе недостатньо розумними, негарними, нездібними до занять спортом тощо. У таких випадках самооцінка стає джерелом серйозних психічних проблем. Вона зменшує здатність людини до адаптації, її мотивацію до навчання, професійного зростання, спонукає до самоствердження через асоціальну поведінку, вживання психотропних



речовин. Позитивна самооцінка, навпаки, допомагає розширити коло життєвих перспектив, повірити в те, що людина варта кращого.

Але позитивна самооцінка корисніша тоді, коли вона адекватна, тобто відповідає дійсності. Тому важливо навчитися цілеспрямовано працювати над підвищенням своєї самооцінки – планувати успіх, налаштовуватися на нього, досягати мети [1].

*Асертивність* (з англ. *assertion* – відстоювати, захищати) означає здатність людини відстоювати свою думку, не принижуючи і не порушуючи моральних прав іншої людини. Поняття асертивності виникло на початку 60-х років ХХ століття завдяки працям американського психолога А. Солтера. У його теорії асертивна поведінка розглядається як оптимальний та найбільш конструктивний спосіб міжособистісної взаємодії, на протипагу двом поширеним деструктивним способам – маніпуляції та агресії. Асертивний стиль поведінки посилює значущість нашої особистості та демонструє позитивну твердість характеру, її називають золотою серединою, тому що вона поєднує внутрішню силу і ввічливість до оточуючих.

На відміну від агресивної поведінки, в якій людина ставить свої потреби вище від потреб інших, провокуючи конфлікт, і пасивної поведінки, коли людина дозволяє іншим порушувати власні права – асертивна передбачає партнерство, збереження поваги в найскладніших ситуаціях. Отже, це рівноправне спілкування, вміння домовлятися, вислухати та врахувати інтереси всіх сторін. Вміння ввічливо відмовитися від того, що тобі не підходить та рішуче – від того, що може бути небезпечним [1].

Асертивна людина здатна відмовити без почуття провини, запропонувати компроміс, змінити свою думку, погодитися зі слухними аргументами, розрізняє справедливу та несправедливу критику й адекватно реагує

на неї, розпізнає маніпуляції та спокійно захищається від них.

*Протидія соціальному тиску.* Соціальний тиск (з англ. *peer pressure*) – психологічний вплив спільноти, групи, кампанії на характер поведінки, що призводить до присвоєння людиною групових звичок, цінностей, ставлень та норм поведінки у свій стиль життя. Соціальний тиск не залежить від бажання особистості належати до тієї або іншої групи і може проявлятися по-різному, зокрема, штовхати на вчинки, які в нормі люди не роблять, наприклад, палити, вживати наркотики, купувати непотрібні речі тощо.

Потреба мати друзів і належати до групи – важлива для кожної людини, а для підлітків і молоді взагалі виступає домінантою. Однак тривале перебування в різноманітних групах загрожує втратою індивідуальності й власної світоглядної позиції, оскільки соціальна група може намагатися впливати за допомогою соціального тиску на одного або кількох своїх членів, щоб змусити їх діяти чи поводитися певним чином.

Необхідно гартувати характер і набувати вмінь протистояння безпосередньому соціальному тиску (вплив лідерів групи, друзів, однокурсників і т. ін.) і тиску, опосередкованому соціальною рекламою, соціальними мережами, месенджерами, блогами лідерів громадської думки тощо. У цьому разі увагу необхідно зосереджувати на розвитку критичного мислення, вмінь упевненої відмови (говорити «ні») та уникнення негативних думок; посилювати вольові якості й збільшувати проактивність, долати обмежувальні переконання та протидіяти дискримінації, поборювати страхи та невпевненість; умінь додання сором'язливості, ведення перемовин і продуктивного розв'язання конфліктів.

*Навички управління стресом.* Стрес є невід'ємною характеристикою нашого життя, більше того, без стресу не було б життя, як зазначав канадський фізіолог Ганс Сельє, котрий у 1936 році власне і запровадив поняття стресу.

Стрес – це стан емоційного і фізичного напруження, що супроводжується психофізіологічними реакціями людини на несподівану та/або напружену ситуацію, на його власне сприйняття загрози для себе. У стані стресу людині важко зібратися з думками, отже, і складно діяти правильно та рішуче, щоб вийти з цього стану максимально швидко та ефективно.

Фахівці розділяють поняття:

– *еустресу* (позитивного) стресу, коли ми сприймаємо виклик як потрібний, цікавий, з яким ми можемо впоратися, що дозволяє мобілізувати ресурси, мотивує концентруватися на досягненні цілей та сприяє розвитку (тому, власне, й говорять про те, що корисно мати в організації помірний рівень стресу, який дозволяє бути в тонусі та сприяє розвитку);

– *дистресу* (негативного стресу), коли відчуваємо, що наша спроможність подолати небезпеку є меншою за потрібний для цього рівень, і це зумовлює неприємні переживання, супроводжується гнівом, роздратуванням, панікою тощо.

Стрес істотно впливає на людину не лише на рівні фізіології, а й спричинює до психологічних реакцій, змін у поведінці та сприйнятті обставин життя людини. Ознаки та наслідки стресу:

1) *фізіологічні реакції*: збудження симпатичної нервової системи, підвищення ЧСС і артеріального тиску, головний біль, біль у спині, шлунку тощо, відчуття втоми;

2) *психологічні реакції*: страх, смуток, роздратування, розчарування, проблеми із зосередженням уваги та пам'яттю;

3) *зміни в поведінці*: зловживання їжею, алкоголем, курінням, розлади сну, спалахи гніву, агресивність, уникнення спілкування з людьми, нездатність ухвалити рішення;

– *зміни ставлення*: поганий настрій, негативізм, цинізм; відсутність задоволення, інтересу навіть під час діяльності, яка зазвичай приносить задоволення.

Одним із видів стресу вважається вигорання на роботі або *професійне вигорання*. Згідно з визначенням ВООЗ *синдром вигорання* – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушеннями продуктивності в роботі і втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин, з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності.

Вигорання проявляється втратою енергії, ентузіазму та впевненості і супроводжується відчуттям браку сил, коли людина не може ані адаптуватися, ані відновити сили. Це реакція організму після досягнення «своєї межі». Змінюється гуморальна регуляція фізіологічних систем, яка негативно впливає на настрій, енергозабезпечення, когнітивні здібності, а також на імунітет.

Саме тому дуже важливо усвідомлювати ситуації стресу, аналізувати джерела стресу, уникати непотрібних дистресів, знати, що робити під час стресу (як його витримувати), а також загалом розвивати свою стресостійкість, асертивність та емоційну врівноваженість, спроможність до відновлення.

Стресом у своєму житті можна і необхідно керувати, показуючи приклад іншим. Основні підходи до управління стресом пов'язані зі стратегіями або зміни ситуації, або зміни свого ставлення до ситуації й того, що викликає стрес. Змінити ситуацію можна:

– униканням стресорів (наприклад, уникання чутливих («гарячих») для вас тем, суперечок щодо одного й того самого питання з тими самими людьми або визнання своїх меж і відмови від того, чого дійсно не можете зробити в конкретній ситуації);

– зміною / перетворенням стресорів (наприклад, краще керувати своїм часом, готуватися до події, планувати наперед, бути свідомим того, чого прагнете, розраховувати свої сили, визначати пріоритети та покрокові дії, фокусувати увагу на результатах).

Своєчасне зняття стресових станів сприяє збереженню здоров'я і життя, особистій продуктивності в навчанні чи роботі, ефективній взаємодії з людьми, групами і ситуацією загалом.

Які життєві навички будуть корисними у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта?

По-перше, це критичне мислення та навички ухвалення рішень. Важливо вміти ухвалювати зважені рішення щодо доказових чи недоказових реабілітаційних втручань, збереження і відновлення здоров'я, розуміти ризики й переваги у виборі, пов'язаному зі здоров'ям.

По-друге, навички ефективного спілкування. Комунікативні навички необхідні для роботи у мультидисциплінарній команді для спілкування із членами команди, для взаємодії із пацієнтами та членами їх сімей.

По-третє, навички управління стресом і його подолання. Це сприятиме збереженню власного здоров'я і буде виступати профілактикою професійного вигорання.

### *7.3. Навчання життєвих навичок як складова діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта*

Навчання життєвих навичок – необхідний елемент професійної діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта. Вони підвищують конкурентоспроможність на ринку праці. І це не дивно, адже сьогодні кандидату на пристойну посаду недостатньо досконалого володіння професією. Йому необхідно набути умінь критично і творчо мислити, адекватно сприймати себе й оточення, ухвалювати виважені рішення, будувати конструктивні міжособистісні стосунки, працювати в команді на результат, демонструвати здатність бути лідером, зацікавлювати своїми ідеями і створювати мотивації для інших, вирішувати проблеми і керувати стресами. Особливо ці навички потрібні для роботи у мультидисциплінарній команді.

Програми та навчальні курси з розвитку життєвих навичок розробляють і впроваджують як державні освітні інституції, так і громадські організації або приватні особи, які пропонують їх державним органам влади, отримують відповідну акредитацію і виступають партнерами освітніх установ в реалізації означених як освітніх, так і профілактичних програм. Фізичний терапевт та ерготерапевт також можуть долучатися до розроблення та впровадження освітніх профілактичних програм, спрямованих на освіту пацієнтів із хронічними захворюваннями, промоцію здоров'я і здорового способу життя серед різних вікових груп.

#### **Список використаної літератури**

1. Воронцова Т. В. та ін. Життєві навички для активного громадянства. Посібник для вчителя. Київ : Алатон, 2019. 264 с.

2. Вчимося жити разом: курс підготовки вчителів.  
URL: <http://lt.multycourse.com.ua/ua/page/19/105>.

3. Knowledge brief: basic life skills curriculum.  
*UNICEF* : website. URL: <https://www.unicef.org/azerbaijan/media/1541/file/basic%20life%20skills.pdf>.

4. Understanding life skills. *UNESCO* : website. URL:  
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146963#:~:text=Life%20skills%20defined%20in%20a,something%2C%20or%20reach%20an%20aim>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Чому психосоціальні навички часто називають життєвими?

2. Охарактеризуйте три основні групи психосоціальних навичок.

3. Зробіть самоаналіз розвитку провідних життєвих навичок. Які навички у вас добре розвинуті, а які вимагають подальшого розвитку і формування?

4. Чому навички протидії стресу надзвичайно важливі в сучасних умовах?

5. Чому навички протидії стресу важливі у професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта?

6. Які ще психосоціальні навички ви вважаєте дуже необхідними для фізичного терапевта, ерготерапевта?

7. Чому профілактичні програми, розроблені на основі життєвих навичок, є ефективними?

## **РОЗДІЛ 8**

### **Педагогічні засади популяризації здорового стилю життя**

*8.1. Провідні принципи й закономірності превентивної педагогіки.*

*8.2. Характеристика основних принципів педагогічної діяльності.*

*8.3. Сутність і відмінності основних понять «метод», «методика», «технологія».*

*8.4. Сучасні форми роботи з популяризації здорового способу життя.*

*8.5. Методичні рекомендації до розроблення заходів із промоції здоров'я та освіти пацієнтів.*

#### *8.1. Провідні принципи й закономірності превентивної педагогіки*

Педагогіка – наука, що вивчає закономірності й практику навчання та виховання людини, ефективні способи передавання досвіду та оптимальної підготовки підростаючого покоління до успішної життєдіяльності.

Педагогічну діяльність прийнято поділяти на професійну і непрофесійну. Професійною педагогічною діяльністю займаються люди, які мають відповідну педагогічну спеціальність і/або займають педагогічну посаду в закладі освіти. До непрофесійної педагогічної діяльності залучається кожен із нас на різних етапах свого життя під час виконання певних соціальних або сімейних функцій. Наприклад, батьки виховують дитину, старші сестра або брат впливають на поведінку та навчання молодших членів своєї сім'ї, перехожий може зробити зауваження за неналежну поведінку на вулиці чи в транспорті іншій людині тощо. Фізичний терапевт або



ерготерапевт, не маючи спеціальної педагогічної освіти, повинен виконувати освітні функції щодо свого пацієнта, навчати певним умінням, роз'яснювати певні особливості захворювання тощо.

Отже, навчання і виховання завжди йдуть поруч, але це різні процеси. Виховання – передавання історичного і культурного досвіду від покоління до покоління. Навчання – процес взаємодії вчителя й здобувача освіти, в результаті якого забезпечується його розвиток. Безперечно, що поняття «вчитель» і «здобувач освіти» в цьому випадку абсолютно умовні. Тобто в ролі «вчителя» може бути вихователь дитячого садочку, викладач закладу вищої освіти, тренер, науковець, фізичний терапевт тощо. А в ролі «здобувача освіти» – той, хто навчається.

Щоб підкреслити єдність навчання і виховання, усе частіше застосовують поняття «освіта», в якому перетинаються ці два процеси. У Законі України «Про освіту» освітній процес визначається як «система науково-методичних і педагогічних заходів, спрямованих на розвиток особистості шляхом формування та застосування її компетентностей» [4]. Отже, освіта – це поєднане навчання і виховання; процес передавання від покоління до покоління цінностей, знань, умінь, досвіду.

Як процеси, навчання і виховання мають свої загальні закономірності та принципи. Під *закономірністю* розуміють стійкий взаємозумовлений зв'язок явищ. У педагогіці виділяють, наприклад, такі закономірності або закони навчання і виховання:

- закон соціальної зумовленості мети, змісту і методів;
- закон єдності теорії та практики;
- закон єдності навчання і виховання тощо.

До прикладу, закон соціальної зумовленості мети, змісту і методів акцентує увагу на тому, що суспільство

завжди регламентує навіщо навчати / виховувати, чому і як. По суті, освіта завжди виконує соціальне замовлення. Єдність теорії й практики простежується в тому, що практика спирається на знання теорії, а теорія завжди шукає підтвердження правильності своїх висновків у практиці. Навчання і виховання завжди взаємопроникні процеси. Сам зміст навчання вже формує ціннісні ставлення в людини, гартує певні риси характеру тощо.

Процес навчання передусім сприяє формуванню наукового світогляду здобувачів освіти на основі засвоєння системи наукових знань про природу, суспільство й людину, вихованню відповідного ставлення до життя і до самих себе.

Процес виховання охоплює різні завдання розвитку і соціалізації, розгортається різними напрямками. Його ефективність залежить від того, наскільки виховання здатне передбачити необхідність вирішення конкретних виховних завдань, узгодити цілісність підходів, інтегрувати спільні зусилля вчителів і здобувачів освіти.

## *8.2. Характеристика основних принципів педагогічної діяльності*

Принцип визначають як керівне положення, умову, норму або правило. Принципи впливають із підходів, законів, закономірностей. Провідними принципами педагогічної діяльності вважають такі:

- дитиноцентризму;
- природовідповідності;
- культуровідповідності;
- науковості та зв'язку з практикою;
- систематичності й системності;
- активності здобувачів освіти, пацієнтів;
- наочності;

- доступності;
- позитивної мотивації [2].

Розглянемо деякі принципи педагогічної діяльності з позиції фізичного терапевта, ерготерапевта. Принцип природовідповідності означає, що зміст, форми і методи нашої педагогічної діяльності повинні відповідати віку пацієнта, його фізичним і когнітивним можливостям. Це дозволяє враховувати його індивідуальні особливості: розвиток мислення, особливості спілкування, розвиток фізичних якостей, особливості стану здоров'я тощо. Принцип культуровідповідності зобов'язує фізичного терапевта, ерготерапевта під час освіти пацієнта враховувати його культурні корені (можливо релігію, етнічну групу, традиції). Педагогічна діяльність фізичного терапевта, ерготерапевта обов'язково повинна спиратися на докази, факти, що належать до сфери доказової медицини. Знання і вміння, яким навчаються пацієнти, повинні бути затребуваними в їхньому житті (принцип науковості і зв'язку з практикою). Під час навчання пацієнтів необхідно залучати до освітнього процесу активною взаємодією з фізичним терапевтом, ерготерапевтом та/або іншими пацієнтами (принцип активності).

### *8.3. Сутність і відмінності основних понять «метод», «методика», «технологія»*

У педагогічній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта часто трапляються такі поняття як «метод», «методика», «технологія». Тому для успішної промоції здоров'я серед пацієнтів і для їх освіти необхідно розуміти відмінності між цими педагогічними поняттями і сферу застосування.

**Метод** – це засіб досягнення будь-якої мети, вирішення конкретного завдання; сукупність прийомів або

*операцій практичного чи теоретичного засвоєння (пізнання) дійсності.*

Методів існує велика кількість, тому їх прийнято класифікувати за різними ознаками, які ще називають критеріями.

Наведемо декілька класифікацій методів:

– ***за джерелом знання:***

1) словесні: розповідь, пояснення, бесіда, дискусія, лекція;

2) наочні: ілюстрація, демонстрація;

3) практичні: вправлення, практичні та лабораторні роботи;

– ***за характером пізнавальної діяльності:***

1) репродуктивні;

2) частково-пошукові;

3) творчі;

– ***за характеристикою педагогічного процесу:***

1) методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності (словесні, індуктивні й дедуктивні, репродуктивні та проблемно-пошукові, самостійної роботи);

2) методи стимулювання й мотивації;

3) методи контролю і самоконтролю;

– ***за активністю особистості:***

1) активні;

2) інтерактивні.

Одними з найдієвіших методів виховання вважаються *переконання і приклад*.

Під час переконання відбувається інтеріоризація (присвоєння) необхідної якості та її екстеріоризація (перетворення внутрішніх структур психіки на поведінкові дії). Метод переконання в професійній діяльності

доповнюється такими методами, як метод вправлення та метод оцінювання.

Виховання дозволяє ділитися цінностями, досвідом, передавати знання, сприяти формуванню умінь. Наприклад, можна передавати знання у вигляді слів (словесні методи), ілюстрацій (наочні методи), відео (наочні методи); можна формувати вміння методом вправлення (практичні методи), демонстрації (наочні методи), пояснення (словесні методи). Але часто застосування одного методу для швидкого досягнення стійкого результату не вистачає. Тому створюють комбінацію методів, описують і реалізують їх послідовність, тривалість, особливості тощо. Таке поєднання різних методів називають *методикою*. Найчастіше **методику** визначають як *сукупність взаємозв'язаних способів та прийомів доцільного здійснення будь-якої діяльності, за допомогою яких забезпечується досягнення мети* [2].

Методики застосовують, наприклад, для навчання письму, читання, вивчення іноземних мов, розвитку гнучкості, формування ціннісного ставлення до здоров'я тощо.

Методика розвитку життєвих навичок є синтезом найуспішнішого педагогічного досвіду і досягнень психологічної науки. Вона гармонійно поєднує функції виховання (*формування ідентичності, цінностей та переконань*) і розвиток соціально-психологічних компетентностей (*життєвих навичок*) учнів.

В основі цієї методики – повага до загальнолюдських цінностей і захист прав людини. Вона налаштовує на усвідомлення прав та обов'язків людини, розуміння прав інших людей і повагу до них, виховує гідність, миролюбність, справедливість, колективізм, почуття відповідальності, впевненість у власних силах,

толерантність (визнання того, що всі люди різні, що існують різні культури), інші позитивні якості.

На противагу багатьом традиційним педагогічним методам і підходам, розвиток життєвих навичок має на меті позитивні зміни не лише у знаннях, а й у ставленнях і навичках, які стимулюватимуть ці бажані поведінкові зміни.

Навчання на засадах життєвих навичок реалізує концепцію особистісно зорієнтованого навчання і виховання. Ця методика враховує вікові та індивідуальні особливості учнів, етнічні, релігійні й соціально-економічні аспекти їхнього життя, передбачає делікатне ставлення до гендерних питань. Вона спрямована на задоволення природних потреб дітей, підлітків і молоді, адже ігнорування цього призводить до зниження рівня загального благополуччя, виникнення поведінкових ризиків і проблем.

Перевага надається інтерактивним формам навчання на противагу інформативним, оскільки останні не здатні повністю забезпечити зміни у ставленнях й поведінці учнів. Освітні програми на засадах формування життєвих навичок містять роботу в групах, інтерактивні презентації, усні історії та їх аналіз, моделювання ситуацій, рольові ігри, дискусії, мозкові штурми, групову та індивідуальну рефлексію тощо.

Фізичний терапевт може застосовувати методiku для визначення рухових можливостей пацієнта. У цій методиці описана послідовність виконання певних тестів, методів дослідження, наприклад, м'язової сили, діапазону руху; які засоби та обладнання використовуються; як документується результат; як оцінювати одержані дані тощо. Водночас у фізичного терапевта є можливість змінити черговість вимірювання, якийсь тест не проводити або ввести більш доцільний до стану здоров'я пацієнта. Є

методика навчання пацієнта з травмою спинного мозку мобільності в ліжку. Знову ж таки, в методиці зазначається, з чого починати, яке повинне бути положення пацієнта, фізичного терапевта, які допоміжні засоби можна застосувати, якої послідовності рухів необхідно дотримуватися. Залежно від умов можливі варіанти під час навчання мобільності: різні допоміжні засоби, включення додаткових дій або допомога ще однієї особи.

Термін «технологія» походить від грецьких слів *techne* – мистецтво, майстерність та *logos* – вчення [1]. У педагогіці під технологією розуміють цілеспрямовану організацію освітнього процесу, з певною логікою поетапної взаємодії учасників *«для гарантованого досягнення запланованих результатів навчання»* [3]. Зазвичай застосування технології в навчанні передбачає *обов'язкове дотримання* усіх зазначених вимог, послідовності дій, тривалості тощо.

Освіта на основі розвитку життєвих навичок (ООЖН) – це освітня технологія, яка забезпечує розвиток життєвих навичок на основі поєднання конкретних методик, засобів і форм. ООЖН як технологію впроваджено в понад 80 країнах світу. В Україні вона вважається найбільш адекватним підходом у викладанні обов'язкового шкільного предмета *«Основи здоров'я»*, а також для факультативних курсів профілактичного спрямування. Упровадження ООЖН у навчальні плани шкіл України було оцінено міжнародними експертами як *«видатне досягнення»*.

У фізичній терапії під час навчання пацієнтів також можна застосовувати педагогічні технології, наприклад, технологію формування ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя, технології навчання пацієнтів механізмам розвитку і впливу на функціональний стан їх захворювання, технології зміни поведінки.

#### 8.4. Сучасні форми роботи з популяризації здорового способу життя

Здійснення педагогічної діяльності фізичного терапевта може відбуватися в різних формах. Під *формами* розуміють варіанти організації освітнього процесу; композиційну побудову конкретного заходу, наприклад, із промоції здоров'я, з освіти пацієнта щодо його стану здоров'я. Залежно від кількості учасників форми організації занять можна поділити на:

- масові;
- групові (від 5 до 25–40 осіб);
- індивідуальні.

Серед масових форм, що можуть застосовуватися в професійній діяльності фізичного терапевта, ерготерапевта можна назвати лекцію, конференцію, флешмоб; серед групових – бесіду, дискусію, квест; серед індивідуальних – бесіду, консультацію, заняття. Визначення форми організації заходу пов'язано із змістом і метою. Якщо мета заходу полягає в популяризації здорового способу життя, то можна обрати лекцію чи дискусію. Якщо необхідно навчити конкретного пацієнта якимось руховим діям або пояснити причини змін самопочуття – то індивідуальне заняття, індивідуальну консультацію.

Серед сучасних форм популяризації здорового способу життя привертають увагу флешмоб, квест, інтелектуальна гра, буктрейлер, сторітеллінг.

#### **Довідничок:**

**Квест** (з англ. quest – пошук, пошуки пригод) – це форма змагання, основою якого є послідовне виконання заздалегідь підготовлених завдань командами, групами або індивідуально.



**Флешмоб** (з англ. flash mob – «блискавична юрба») – це несподівана поява групи людей у заздалегідь запланованому місці, із заздалегідь розробленим планом дій. Мета флешмобу – привернути увагу, викликати здивування, бажання приєднатися до натовпу.

**Буктрейлер** – це відеоролик про книгу чи певний твір, у якому в художній формі цікаво та насичено подається ключова ідея книги. Мета полягає у спонуканні до її прочитання.

**Сторітеллінг** (з англ. story – історія, а telling – розповідати; розповідь історій) – це мистецтво створювати і розповідати захопливі історії.

Отже, фізичний терапевт і ерготерапевт можуть застосовувати різні форми популяризації здоров'я й здорового способу життя, враховуючи вікову цільову групу, їх особливості здоров'я і мету профілактичного чи освітнього заходу.

### **Список використаної літератури**

1. Єжова О. О. Здоров'язбережувальні технології у педагогічній системі формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2011. Т. 3 (13). С. 65–74.
2. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Суми : Макден, 2011. 412 с.
3. Лузан П. Г. Суть і дефініція поняття «Педагогічна технологія». *Науковий вісник Інституту професійно-технічної освіти НАПН України. Професійна педагогіка*. 2013. № 6. С. 12–18.

4. Про освіту : Закон України від 05 верес. 2017 р. № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2145-19> (дата звернення: 02.12.2023).

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Поясніть принципи педагогічної діяльності: системності та систематичності, наочності, доступності, позитивної мотивації. Наведіть приклади з практики фізичного терапевта, ерготерапевта для кожного з них.

2. Поясніть, у чому полягає основна відмінність технології від методики.

3. Чому застосування реабілітаційних технологій не поширюється?

4. Чи можна вважати клінічні настанови / клінічні протоколи технологіями?

5. Підготуйте захід із промоції здоров'я, здорового способу життя та освіти пацієнтів із застосуванням активних та інтерактивних методів.

### *8.5. Методичні рекомендації до розроблення заходів із промоції здоров'я та освіти пацієнтів*

1. Захід можна розробити як індивідуально, так і у мінігрупі (дві особи). Якщо це групова робота, в захисті беруть участь усі розробники.

2. Тема, форма, засоби і методи обираються самостійно. Тема повинна відповідати курсу «Основи популяризації ЗСЖ»: промоція здоров'я і здорового способу життя, його складових, фізичної активності, профілактика захворювань, зміцнення здоров'я тощо. Після вибору теми – тему затверджує викладач.

3. Під час виконання завдання обов'язково визначити цільову групу – для кого цей захід?

4. Визначити мету, форму захисту, методи. Серед методів обов'язково повинні бути активні та інтерактивні для залучення аудиторії під час проведення заходу.

5. Захист / проведення завдання повинен тривати не більше ніж 15 хвилин.

6. Захист / проведення завдання: виступ, доповідь, дебати, круглий стіл, інша форма, бажано з презентацією.

7. Рекомендована структура презентації:

Загальна кількість слайдів – не більше ніж 20.

Слайди виконують за загальними правилами підготовки презентацій.

1-й слайд – титульний з обов'язковими елементами: назва університету, кафедри, тема, виконавець (емблеми університету і кафедри вітаються);

2-й слайд – зазначаємо цільову групу, мету, форму захисту, методи;

3-й слайд – n-слайд – розкриваємо тему.

Наприкінці презентації:

Останній слайд – використані джерела.

8. Після завершення заходу відбувається взаємооцінювання. Два студенти дають розгорнутий аналіз якості проведення заходу, інші – повідомляють свою оцінку на основі наведених нижче критеріїв. Максимальна кількість балів – 20 (2 бали додаткові).

## Критерії оцінювання

Критерій	Показник	Кількість балів
Зміст	Тема розкрита повністю чи ні?	1
	Відповідає цільовій аудиторії чи ні?	1
Методи	Залучені студенти чи ні?	5
Мета	Досягнута мета чи ні?	2
Якість доповіді, спілкування доповідачів	Читали текст чи розповідали?	2
	Як взаємодіяли з аудиторією? Сподобалося чи ні?	5
	Цікаво чи нецікаво?	1
	Приємно слухати / дивитися чи неприємно?	1
Технічне оформлення слайдів	За правилами чи ні?	2
Додаткові бали	<i>Визначаєте самі (за щось надзвичайне, неочікуване тощо)</i>	2
Загальна кількість балів		

Після з'ясування думки студентів викладач підсумовує якість проведення заходу та оголошує кінцеву оцінку.

**Джерела для самостійної підготовки  
до практичних занять**

1. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Суми : Макден, 2011. 412 с.
2. Оржеховська В. М., Єжова О. О. Здоровий спосіб життя. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. 188 с.

## РОЗДІЛ 9

### Психологічні засади популяризації здорового стилю життя

#### *9.1. Теорії поведінки.*

*9.2. Характеристика ключових теорій поведінки та їх значення для поширення здорового способу життя серед населення: мотиваційні, стадійні, моделі взаємодії-комунікації.*

#### *9.1. Теорії поведінки*

Теорії поведінки мають достатньо довгу історію виникнення і розвитку. Їх налічують понад 100, але лише деякі з них знайшли своє застосування на практиці. Теорії, що пояснюють особливості поведінки дітей, підлітків чи дорослих у контексті формування життєвих навичок, вибору і дотримання здорового стилю життя, профілактичних заходів, створюють основу заходів промоції здоров'я. Розуміючи патерни (зразки, шаблони) поведінки, фізичний терапевт, ерготерапевт більш ефективно проводить свою практичну діяльність і досягає кращих результатів у процесі збереження, зміцнення, формування та відновлення здоров'я пацієнтів.

*9.2. Характеристика ключових теорій поведінки та їх значення для поширення здорового способу життя серед населення: мотиваційні, стадійні, моделі взаємодії-комунікації*

Залежно від центральних понять теорії та очікуваного результату всі теорії поведінки можна класифікувати на три групи: мотиваційні, стадійні та взаємодії-комунікації [1].

У *мотиваційних теоріях* увага зосереджується на мотивації та чинниках, від яких залежить її формування. Очікуваним результатом застосування таких теорій є формування мотивації для збереження, зміцнення, формування та відновлення здоров'я, і як наслідок, дотримання здоров'ясприятливої та здоров'я-збережувальної поведінки. Зазвичай фокус кожної теорії є основою ухвалення рішень, пов'язаних із здоров'ям.

До мотиваційних теорій належать: теорія переконань щодо ставлення до здоров'я (Health belief model, I. Rosenstock, 1974); теорія запланованої поведінки (The Theory of Planned Behavior, I. Ajzen, 1985–1991); соціально-когнітивна теорія (Social learning theory, A. Bandura, 1989) та ін. [4].

Залежно від фізіологічних та психічних особливостей пацієнта, мотиваційні впливи можуть спрямовуватися на сприйняття загрози здоров'ю (теорія переконань щодо ставлення до здоров'я), на намір дії (теорія запланованої поведінки), на отримання особистого досвіду (соціально-когнітивна теорія) тощо.

За *теорією переконань* щодо ставлення до здоров'я поведінка людини залежить від її сприйнятливості і усвідомлення ризиків і серйозності наслідків вчинків. Вважається, що ці дві складові найважливіші для ухвалення рішення людиною (робити – не робити). Отже, промоція здоров'я повинна надавати знання, сприяти усвідомленню загроз для здоров'я та їх наслідків, впливати на емоції, спонукати до дій. Побудова промоції будується на переконанні особистості у важливості дотримання здорового стилю життя, його переваг, обговоренні небезпек його порушення і певних ресурсних витратах, які виникають при цьому. Важливим моментом постають докази того, що переваги значно перевищують труднощі.

Для зміни поведінки, особистості необхідно дати початковий стимул.

У практиці фізичного терапевта ця теорія має ефективність для освіти пацієнтів із різними порушеннями мобільності. Наприклад, пацієнтам старшого віку з хронічною біллю у спині необхідно пояснити, що у хребті відбуваються вікові зміни, які і можуть викликати появу такого болю. Застосування терапевтичних вправ сприяє її зменшенню та зникненню. Але залежно від способу життя, рівня фізичної активності, цей біль може з'являтися знову.

Отже, за цією теорією вплив повинен здійснюватися на когнітивний та емоційно-мотиваційний компоненти ставлення до здоров'я. Пацієнт здобуває знання, розуміє усвідомлення загроз для здоров'я та їх наслідки, причини змін у функціональному стані; змінює емоції страху, розгубленості щодо загрози здоров'ю на сприйняття і свідоме ставлення до свого стану. На базі цих компонентів формується мотивація до дії, змінюється поведінка.

Відповідно до *теорії запланованої поведінки* (Theory of Planned Behavior) поведінка визначається трьома факторами:

- ставлення до поведінки: людина оцінює свою поведінку з погляду корисності, бажаності та соціальної прийнятності. Чим позитивніше ставлення, тим більша ймовірність, що людина буде виявляти таку поведінку;

- норми соціального оточення: включають очікування, переконання та оцінки інших людей щодо того, яка поведінка повинна бути в конкретній ситуації. Якщо людина розуміє, що соціальне середовище схвалює, підтримує її поведінку, це збільшує ймовірність прояву саме такої поведінки;

- самоконтролю за поведінкою: відображає переконання людини у здатності контролювати свою поведінку. Якщо людина відчуває, що контролює свою



поведінку, то спостерігається більша ймовірність цієї поведінки.

*Соціально-когнітивна теорія* ґрунтується на припущенні, що поведінка людини визначається взаємодією між її особистими характеристиками, оточуючим середовищем та спостереженням за поведінкою інших людей, що залежить від середовища.

Важливу роль ця теорія приділяє моделюванню (modeling) – процесу спостереження за поведінкою інших людей і наслідування їм. Отже, люди можуть вчитися новим патернам поведінки, спостерігаючи за іншими людьми, обираючи приклади для наслідування та імітуючи їх. Цей висновок обґрунтовує доцільність застосування методу позитивного прикладу у вихованні зростаючого покоління. Важливим постулатом теорії А. Бандури є те, що здоров'язбережувальна поведінка може формуватися на чужому досвіді, під час соціального моделювання, рольових ігор, спостереження тощо [3].

Соціально-когнітивна теорія А. Бандури приділяє велику увагу мотивації та заохоченню у формуванні поведінки людини. За цією теорією, люди можуть змінювати свою поведінку залежно від того, яку винагороду вони отримують за цю поведінку. А. Бандура виділяє два типи мотивації: зовнішню (extrinsic) та внутрішню (intrinsic). Зовнішня мотивація пов'язана з отриманням винагороди чи уникнення покарання. Наприклад, студент може добре вчитися, щоб отримати стипендію, або не опинитися відрахованим за незадовільні оцінки. Внутрішня мотивація пов'язана з отриманням внутрішнього задоволення та задоволення своїх особистих потреб. Наприклад, студент вчиться через інтерес до знань і бажання оволодіти необхідними професійними компетентностями, або щоб відчути задоволення від застосування своїх знань і вмінь на практиці.

А. Бандура вважав, що зовнішня мотивація може бути ефективною на короткий термін, а внутрішня мотивація спонукає людину до тривалої та систематичної діяльності. У цій теорії до провідних регуляторів поведінки саморегуляції поведінки належать самоспостереження, самооцінка і самозвіт (рефлексія дій). Необхідно зазначити, що для професійної діяльності фізичного терапевта і ерготерапевта рефлексія також вважається необхідним і важливим компонентом, який сприяє професійному зростанню і самовдосконаленню.

*Моделі взаємодії-комунікації* стосуються переважно вдосконалення структури поведінкових взаємодій. Заслуговує на увагу модель «Інформація – Мотивація – Навички поведінки» (Information – Motivation – Behavioral Skills Model), сутність якої можна виразити тріадою «Знати – Хотіти – Вміти». Модель була розроблена Джоелом Фішером та Коллеттою Фішер у 1992–2000 роках і використовується для пояснення та прогнозування різних видів здорової та нездорової поведінки [2].

Згідно з цією теорією здорова поведінка залежить від трьох основних факторів:

- інформації: людина повинна мати необхідну інформацію про своє здоров'я та про те, які дії та звички сприяють його збереженню та покращанню;

- мотивації: здорова поведінка залежить від мотивації людини, тобто від її бажання зберегти чи покращити своє здоров'я. Мотивація може бути внутрішньою (особиста значущість здоров'я) чи зовнішньою (соціальне схвалення чи покарання за певну поведінку);

- навичок поведінки: здорова поведінка потребує певних навичок, наприклад, вміння планувати свій час та організовувати свій день, контролювати своє харчування, ухвалювати рішення тощо.

Цю теорію найчастіше проглядають у педагогічних дослідженнях. Відповідно до неї науковці виокремлюють такі компоненти особистісних рис, психічних утворень, інтегральних характеристик особистості: когнітивний, мотиваційний та поведінковий. Отже, знання та мотивація впливають на поведінку опосередковано. Вони потрібні для формування поведінкових навичок, спрямованих на збереження, зміцнення, формування та відновлення здоров'я. Іншими словами, добре інформована і високо вмотивована людина буде намагатися освоїти більш нові і складні навички, що сприяють її здоров'ю.

*Теорія ухвалення рішень* (Theory of Decision Making) пояснює, як люди ухвалюють рішення в умовах невизначеності та ризику. Теорія ухвалення рішень була розроблена в різних дисциплінах, включаючи психологію, економіку, менеджмент та інші соціальні науки. Однією з основних концепцій теорії ухвалення рішень є поняття «ризик». Під ризиком у цій теорії розуміють можливість виникнення негативних наслідків після ухвалення рішення. Виділяють два типи ризику: ризику, пов'язані з невизначеністю та неможливістю точно оцінити ймовірність настання події, та ризику, пов'язані з неминучістю настання події.

У цій теорії розроблено кілька моделей ухвалення рішень: раціональна модель, модель ухвалення рішень на основі логічних прийомів, методів і правил та модель ухвалення рішень на основі інтуїції.

Раціональна модель ухвалення рішень передбачає, що ухвалюють рішення з урахуванням оцінки альтернатив і вибору тієї, яка максимізує очікувану вигоду. Ця модель передбачає, що люди можуть оцінити всі можливі альтернативи та вибрати найкращу.

Модель ухвалення рішень на основі логічних прийомів, методів і правил передбачає застосування

спрощення, щоб прискорити процес ухвалення рішення. Наприклад, обирається той варіант поведінки, який прийнятий у цьому соціальному середовищі, не враховуючи інших факторів.

Модель ухвалення рішень з урахуванням інтуїції передбачає, що можуть ухвалювати рішення без усвідомленого оцінювання всіх альтернатив. Людина просто йде за своїм інтуїтивним відчуттям чи почуттям.

*Поведінкова теорія*, розроблена Річардом Джессором та Шерон Джессор, є соціологічною теорією, яка пояснює, що поведінка людини залежить від чотирьох основних факторів:

- соціального середовища: включає культурні та соціальні норми, звичаї, очікування та цінності, що формуються в рамках соціуму. Ці чинники впливають на те, як люди бачать свою поведінку і як вони ухвалюють рішення;

- особистих характеристик: об'єднують індивідуальні фізіологічні, психологічні та когнітивні особливості, такі як вік, стать, освіта, здоров'я, рівень самооцінки тощо;

- поведінкових чинників: звички, переконання та знання, що впливають на вибір певного типу поведінки;

- чинників довкілля: наприклад, такі як доступність ресурсів, інформації, рівень економічного розвитку тощо. Ці фактори також можуть впливати на ухвалені рішення та вибір певного типу поведінки.

Вважають, що моделі взаємодії-комунікації є надзвичайно конструктивними в контексті змін здоров'яспрямованої поведінки людини.

Серед *стадійних моделей* найбільш поширеною є транстеоретична модель або модель стадійних змін у поведінці (Stages of Change Model, J. Prochaska and DiClemente, 1970). Модель передбачає, що люди змінюють

свою поведінку поступово, стадійно, без різких глобальних змін. Відповідно до цієї теорії людина може перебувати на різних етапах ухвалення рішення щодо зміни своєї поведінки:

1) роздуми, попереднє обмірковування – немає готовності до змін, але людина усвідомлює потребу в цьому;

2) обмірковування, наміри – людина починає усвідомлювати необхідність змін і розглядає можливості реалізації різних варіантів;

3) підготовка до дії – людина ухвалює рішення про зміну поведінки впродовж одного місяця та починає готуватися до цього;

4) дія – людина активно впроваджує зміни у своє життя та здійснює відповідні дії (від 0 до 6 місяців зміни поведінки);

5) підтримка дій – людина продовжує підтримувати свою нову поведінку і стійко дотримується нових звичок;

6) збереження змін – нова поведінка стає звичною, і людина перестає відчувати сильне бажання повернутися до своєї попередньої поведінки.

Цю теорію часто використовують для пояснення та прогнозування процесу зміни поведінки в різних сферах життя, таких як здоров'я, харчування, фізична активність, шкідливі звички тощо. Тому для фізичних терапевтів, ерготерапевтів знання основ теорії стадійних змін є важливим. Наприклад, терапевти можуть використовувати теорію, щоб допомогти клієнтам збільшити фізичну активність або внести необхідні зміни у свій раціон, або адаптуватися до свого стану здоров'я тощо. Фізичні терапевти, ерготерапевти спочатку повинні оцінити, на якій стадії змін поведінки перебуває пацієнт, і лише після цього розробити індивідуальні програми, які будуть найефективнішими для конкретної людини. Теорія

стадійних змін поведінки може бути ефективним інструментом реабілітації, оскільки у ній враховуються індивідуальні особливості людини. Наприклад, на стадії попереднього обмірковування, терапевти можуть використовувати мотиваційне інтерв'ю та інші методи, щоб допомогти пацієнтам усвідомити необхідність змін та почати розглядати різні варіанти їх реалізації. На стадії дії фізичні терапевти ерготерапевти можуть запропонувати плани дій, поради щодо подолання труднощів та інші ресурси, які допоможуть пацієнтам упровадити зміни у поведінку.

Наведемо приклади того, як фізичний терапевт може використовувати теорію стадійних змін у своїй професійній діяльності. Фізичний терапевт, ерготерапевт може допомогти пацієнтові з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), який намагається кинути палити.

Стадії змін поведінки пацієнта та відповідно дії фізичного терапевта, ерготерапевта:

1. Попереднє обмірковування: на цій стадії пацієнт ще не усвідомив, що в нього є проблема з палінням, і не збирається кидати палити. Фізичний терапевт може використовувати методи мотиваційного інтерв'ю, щоб заохотити пацієнта вивчити потенційні ризики та переваги відмови від паління.

2. Наміри: на цій стадії пацієнт розглядає можливість кинути палити, але ще нічого для цього не зробив. Фізичний терапевт може надати інформацію та ресурси, щоб допомогти пацієнтові розробити план відмови від паління, наприклад, визначити дату відмови від паління та потенційні тригери для паління.

3. Підготовка до дій: на цьому етапі пацієнт прийняв рішення кинути палити та готується діяти. Фізичний терапевт може працювати з пацієнтом, щоб розробити

стратегії подолання тяги до паління та/або симптомів відмови від паління, а також може порекомендувати засоби, що допомагають кинути палити, наприклад нікотинозамісну терапію.

4. Дія: на цьому етапі пацієнт кинув палити й активно працює над збереженням нової поведінки. Фізичний терапевт може надавати постійну підтримку та заохочення, а також стратегії вирішення інших проблем, що виникають у пацієнта.

5. Підтримка дій: на цій стадії зміни поведінки пацієнт успішно кинув палити і працює над збереженням нової поведінки впродовж тривалого часу. Фізичний терапевт може продовжувати надавати підтримку та заохочення, а також стратегії боротьби з будь-якими рецидивами чи помилками.

Отже, використовуючи теорію стадійних змін, фізичний терапевт може допомогти пацієнтові досягти довгострокового успіху у відмові від паління.

Фізичні терапевт і ерготерапевт може допомогти пацієнтові з діабетом 2-го типу, який намагається зменшити вагу тіла:

1. Попереднє обмірковування: пацієнт може не усвідомлювати важливості фізичної активності або відчувати себе приголомшеним ідеєю розпочати індивідуальну програму терапевтичних вправ для зменшення ваги тіла. Фізичний терапевт може надати інформацію про переваги фізичної активності, такі як зниження концентрації глюкози в крові, покращання здоров'я суглобів, серцево-судинної системи та зниження ризику ускладнень діабету 2-го типу, а також може допомогти пацієнтові визначити невеликі, досяжні цілі для початку.

2. Обмірковування: пацієнт може розглядати можливість збільшення своєї фізичної активності, але може

ще не бути готовим вжити заходів. Фізичний терапевт може допомогти пацієнтові вивчити різні типи фізичної активності, які йому можуть сподобатися, як-от ходьба, плавання чи їзда на велосипеді, а також може запропонувати заняття фітнесом або індивідуальну програму терапевтичних вправ, щоб допомогти пацієнтові знайти заняття, які йому підходять і більше подобаються.

3. Підготовка до дій: пацієнт готується до збільшення фізичної активності. Фізичний терапевт може допомогти пацієнтові розробити план поступового збільшення рухової активності, наприклад, установити конкретні цілі щодо кількості кроків, які вони хочуть робити щодня, або кількості часу, який вони хочуть витратити на вправи щотижня.

4. Дія: пацієнт почав збільшувати свою фізичну активність і активно працює над збереженням нової поведінки. Фізичний терапевт може надавати постійну підтримку та заохочення, а також стратегії подолання бар'єрів чи проблем, що виникають на цьому шляху, наприклад, фізичний дискомфорт, лінощі тощо.

5. Підтримка дій: пацієнт успішно збільшив свою фізичну активність і працює над збереженням нової поведінки впродовж тривалого часу. Фізичний терапевт може продовжувати надавати підтримку та заохочення, а також стратегії подолання можливих невдач.

Отже, застосовуючи теорію стадійних змін поведінки, фізичний терапевт може допомогти пацієнтові розробити індивідуальний план збільшення фізичної активності, який ураховує особливі потреби, вподобання та проблеми пацієнта. Це може допомогти пацієнтові досягти довгострокового успіху в підтримці більш активного способу життя.

Необхідно зазначити, що для зміни поведінки пацієнта у своїй професійній діяльності фізичні терапевти,



ерготерапевти можуть використовувати різні теорії поведінки, часто це може бути поєднання декількох. Головне зрозуміти, що для пацієнта є важливим, які засоби і методи зміни поведінки можна застосувати в конкретному випадку, і тим самим допомогти пацієнтові зберегти і покращити власне здоров'я.

### **Список використаної літератури**

1. Єжова О. О. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я крізь призму моделей поведінки особливості. *Адаптаційні можливості дітей та молоді* : матер. XII Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 13–14 вересня 2018 року) / голов. ред. А. І. Босенко. Одеса : видавець Букаєв В. В., 2018. Ч. 2. С. 67–71.

2. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Суми : Макден, 2011. 412 с.

3. Armitage C. J., Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*. 2000. Vol. 15, № 2. P. 173–189.

4. Painter J., Borba C., Hynes M., Mays D., Glanz K. The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008. Vol. 35, № 3. P. 358–362. doi.org/10.1007/s12160-008-9042-y.

### **Рекомендовані інтернет-ресурси**

1. Social Learning Theory: Bandura's Bobo Beatdown. Experiments. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=XHlhkM1cAv4>.

2. Piaget's Theory of Cognitive Development. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=lhcgYgx7aAA>.

3. Transtheoretical Model and Stages of Change (Examples). URL: <https://www.youtube.com/watch?v=VVyhhMzWkiU>.

4. The Stages of Change Model. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ayjXMix-nMw>.

### **Контрольні запитання та завдання для самостійної роботи**

1. Чому фізичному терапевту, ерготерапевту важливо розуміти теорії поведінки?

2. Як ви вважаєте, яка група теорій поведінки більш ефективна в роботі фізичного терапевта, ерготерапевта?

3. Чому бажано застосовувати не одну теорію поведінки в професійній діяльності?

4. Що таке «поведінкова економіка»? Чи є майбутнє в засобах поведінкової економіки у фізичній терапії, ерготерапії?

5. Проаналізуйте зміни своєї поведінки. Коли це відбулося? Що було причиною для необхідних змін? Як довго ці зміни формувалися і стали звичними у вашій поведінці?

6. Як ви вважаєте, що може вас спонукати до змін у поведінці?

### **Джерела для самостійної підготовки до практичних занять**

1. Єжова О. О. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я крізь призму моделей поведінки особливості. *Адаптаційні можливості дітей та молоді* : матер. XII Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 13–14 вересня 2018 року) / голов. ред. А. І. Босенко. Одеса : видавець Букаєв В. В., 2018. Ч. 2. С. 67–71.

2. Painter J., Borba C., Hynes M., Mays D., Glanz K. The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008. Vol. 35, № 3. P. 358–362. doi.org/10.1007/s12160-008-9042-y.

Електронне навчальне видання

**Єжова Ольга Олександрівна,  
Кириченко Валентина Іванівна**

# **ОСНОВИ ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Навчальний посібник

Художнє оформлення обкладинки О. О. Єжової  
Редакторка Н. З. Клочко  
Комп'ютерне верстання О. О. Єжової, В. І. Кириченко

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 9,07. Обл.-вид. арк. 8,54.

Видавець і виготовлювач  
Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.