МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЖДАНОВА ОКСАНА В'ЯЧЕСЛАВІВНА

УДК 614:613-053.81:316.77:167.7.001.11(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ В УКРАЇНІ

в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність «Соціальна медицина»)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Оксана ЖДАНОВА

Науковий керівник: Щербінська Олена Станіславівна, доктор медичних наук, професор

Київ 2025

АНОТАЦІЯ

Жданова О. В. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). Київ: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; 2025.

Дисертацію присвячено вирішенню актуальної науково-прикладної проблеми — поліпшенню здоров'я молоді через впровадження ефективних міжсекторальних комунікативних технологій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні.

Дослідження проведено в п'ять організаційних етапів, кожний з яких був спрямований на вирішення завдань дисертаційної роботи із використанням адекватних методів та достатнім обсягом фактичного матеріалу, що дало змогу отримати повну й достовірну інформацію для оцінки стану об'єкта та предмета дослідження, які підлягали вивченню.

Дизайн дослідження забезпечував системність. При цьому аналіз результатів, одержаних на попередніх етапах, був основою для розробки завдань наступних елементів дослідження, а також для узагальнення отриманих даних для досягнення мети дослідження.

Завданням першого етапу стало проведення аналізу світових організаційних технологій з формування здорового способу життя у молоді для зміцнення і покращення стану її здоров'я, для чого використано системний підхід та бібліосемантичний аналіз наукових джерел. Це переконливо аргументувало необхідність медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді України з метою збереження та покращення стану її здоров'я. Одержані результати дали

підстави конкретизувати напрям дослідження, об’єкт та предмет дослідження. Під час виконання даного етапу вивчено та проаналізовано 194 літературних джерела, серед яких: 137 — латиницею та 57 — кирилицею.

На другому організаційному етапі дисертаційної роботи здійснено розробку програми дослідження, формування мети та завдань його виконання, а також визначення методів, аналіз матеріалів і обсягу дослідження. Розроблений план дослідження включав визначення об’єкту дослідження та обсяг статистичних сукупностей (вибіркової, генеральної), часовий інтервал дослідження (2018–2023 рр.), збір та аналіз досліджуваних матеріалів. Розроблено методологію комплексного вивчення проблем вітчизняних комунікативних технологій з питань формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Третій організаційний етап дослідження, у відповідності до розробленої програми та плану дослідження, присвячено висвітленню стану здоров’я молоді за статистичними показниками та проблем вітчизняних комунікативних технологій з питань формування здорового способу життя у молоді в Україні. Під час виконання цього організаційного етапу вивчено та проаналізовано: основні тенденції стану здоров’я молоді в Україні; проблеми формування репродуктивного здоров’я в Україні на основі звітних даних за 2018–2023 рр.; вплив екології на стан здоров’я молоді в Україні; проблеми поведінкового характеру способу життя молоді в Україні; вплив сучасних електронних технологій на формування здорового способу життя молоді в Україні; нормативне забезпечення комунікативних технологій з формування здорового способу життя молоді в Україні.

На четвертому організаційному етапі проведено соціологічне дослідження з метою вивчення мотивації студентської молоді щодо формування особистого здорового способу життя.

Під час виконання п’ятого організаційного етапу проведено медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні з метою збереження, зміцнення і

покращення стану її здоров'я. Модель розроблена на основі аналізу наукової літератури щодо світових практик у формуванні здорового способу життя молоді, рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та результатів особистого дослідження.

Отже, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі дало змогу отримати репрезентативні результати, покладені в основу концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше:

– системно, в сучасних умовах висвітлено стан здоров'я молоді у світі як результат ефективних комунікативних технологій щодо формування здорового способу життя у молоді та закріплення їх в міжнародних нормативних документах;

– узагальнено стратегії країн світу щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді та підлітків;

– показано основні тенденції стану здоров'я молоді в Україні як проблему комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні;

– проаналізовано нормативне забезпечення комунікативних технологій із формування здорового способу життя у молоді в Україні;

– проведено соціологічне дослідження з питань цінності особистого здоров'я для молоді та відповідального ставлення до нього; вивчення соціально-психологічної оцінки відповідального ставлення до особистого здоров'я студентської молоді; готовності студентів щодо відповідально ставитися до особистого здоров'я; провідних причин низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я у студентів; пріоритетних джерел інформації для молоді щодо дотримання засад здорового способу життя;

– встановлено мотиваційні можливості молоді щодо відповідального ставлення до власного здоров'я, зокрема підвищення рівня готовності студентів

до формування власного здоров'я шляхом усвідомлення соціальної цінності збереження здоров'я,;адекватного сприйняття стандартів здорового способу життя, здатності управляти своєю поведінкою щодо збереження здоров'я;

– проведено математичний аналіз зв'язків та ступінь впливу на те, яке місце в системі цінностей опитаних індивідів займає здоров'я, зокрема оцінено зв'язок соціально-демографічних показників та факторів готовності до ведення здорового способу життя із місцем здоров'я в ієрархії цінностей опитаних осіб. Визначення факторів, які можуть впливати та пов'язані зі зміною місця здоров'я в ієрархії цінностей, а також причини, які заважають вести здоровий спосіб життя;

– науково обґрунтована та розроблена концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішувати основні проблеми комунікацій з формування здорового способу життя у молоді в Україні шляхом системного підходу до його формування та збереження, з міжсекторальною послідовністю впливу на стан здоров'я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань;

– отримано позитивну оцінку концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні незалежними експертами (9,3±0,7 бали) за наявного достовірного рівня узгодженості їхніх думок щодо запропонованих інновацій (коефіцієнт конкордації Кендала W = 0,143; $p<0,001$). Проведений розрахунок вказує на високий рівень узгодженості думок незалежних експертів в оцінці запропонованих інновацій при експертизі запропонованої Моделі (відносне стандартне відхилення оцінок складає 4,0–7,3%).

Удосконалено концепційну систему комунікацій зацікавлених сторін щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до оцінки мотиваційних механізмів щодо відповідальності за власне здоров'я молоді в Україні.

Практичне значення отриманих результатів виникає в тому, що може бути досягнута мета щодо покращення здоров'я молоді через впровадження комунікацій у формуванні здорового способу життя на національному рівні, на рівні громади та індивідуальному рівні.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, фактори ризику, оптимальне харчування, комунікаційні стратегії, державне управління, міжсекторальний підхід, самооцінка здоров'я, концептуальна модель**,** здоров'я населення, ментальне (психічне) здоров'я, здоров'язберігаючі технології, первинна медико-санітарна допомога, система охорони здоров'я.

SUMMARY

Zhdanova O. V. Medical and social substantiation of the conceptual model of communications regarding the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine. Qualification scientific work in the form of a manuscript.

PhD degree dissertation in the field of study 22 Healthcare by Program Subject Area 222 Medicine («Social Medicine»). Kyiv, Shupyk National Healthcare University of Ukraine; 2025.

The dissertation is dedicated to solving a topical scientific and applied problem — improving the health of young people through the introduction of effective inter-sectoral communication technologies regarding the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine.

The study was conducted in five organizational stages, each of which was aimed at solving the tasks of the dissertation work using adequate methods and a sufficient amount of factual material, which made it possible to obtain complete and reliable information for assessing the state of the object and subject of the study that were subject to study.

The design of the study ensured systematicity. At the same time, the analysis of the results obtained at the previous stages served as the basis for developing the tasks of the following elements of the study, as well as for generalizing the data obtained to achieve the goal of the study.

The task of the first stage was to conduct an analysis of world organizational technologies for the formation of a healthy lifestyle in youth to strengthen and improve their health, for which a systematic approach and bibliosemantic analysis of scientific sources were used. This convincingly argued the need for a medical and social substantiation of the conceptual model of communications regarding the formation of a healthy lifestyle in Ukrainian youth in order to preserve and improve their health. The results obtained provided grounds to specify the direction of the study, the object and subject of the study. During this stage, 194 names were studied and analyzed, including: 137 in the Latin alphabet and 57 in the Cyrillic alphabet.

At the second organizational stage of the dissertation work, the research program was developed, the goal and objectives of its implementation were formed, as well as the methods were determined, the materials were analyzed and the scope of the study was analyzed. The developed research plan included the definition of the object of the study and the scope of statistical populations (selected, general), the time interval of the study (2018–2023), and the collection of the studied materials. A methodology was developed for the comprehensive study of the problems of domestic communication technologies in the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine.

The third organizational stage of the study, in accordance with the developed program and research plan, is devoted to highlighting the health status of young people according to statistical indicators and the problems of domestic communication technologies in the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine. During this organizational stage, the following were studied and analyzed: the main trends in the health status of young people in Ukraine; problems of reproductive health formation in Ukraine based on reported data for 2018–2023; the impact of ecology on the health status of youth in Ukraine; problems of the behavioral nature of the lifestyle of youth in Ukraine; the impact of modern electronic technologies on the formation of a healthy lifestyle of youth in Ukraine; regulatory support for communication technologies for the formation of a healthy lifestyle of youth in Ukraine.

At the fourth organizational stage, a sociological study was conducted to study the motivation of student youth to form a personal healthy lifestyle.

During the fifth organizational stage, a medical and social substantiation of the conceptual model of communications for the formation of a healthy lifestyle among youth in Ukraine was conducted in order to preserve, strengthen and improve their health. The model was developed based on an analysis of scientific literature on world practices in the formation of a healthy lifestyle of youth, recommendations of the World Health Organization (WHO) and the results of a personal study.

Thus, the use of modern methods of scientific research both independently and in combination made it possible to obtain representative results that formed the basis of the conceptual model of communications on the formation of a healthy lifestyle among youth in Ukraine.

The scientific novelty of the results obtained is that for the first time:

- the state of health of youth in the world as a result of effective communication technologies for the formation of a healthy lifestyle in youth and their consolidation in international regulatory documents has been systematically highlighted;

- the strategies of countries around the world for a healthy lifestyle and disease prevention in youth and adolescents have been summarized for use in modeling a conceptual model of communications for the formation of a healthy lifestyle in youth in Ukraine;

- the main trends in the state of health of youth in Ukraine have been shown as a problem of communications for the formation of a healthy lifestyle in youth in Ukraine;

- the regulatory support of communication technologies for the formation of a healthy lifestyle in youth in Ukraine has been analyzed;

- a sociological study has been conducted on the value of personal health for youth and a responsible attitude towards it; a study of the socio-psychological assessment of a responsible attitude towards the personal health of student youth;

students' readiness to take a responsible attitude towards personal health; leading reasons for the low level of readiness for a responsible attitude to personal health among students; priority sources of information for young people on adherence to the principles of a healthy lifestyle;

- motivational opportunities for young people for a responsible attitude to their own health have been established, in particular, increasing the level of readiness of students to form personal health through awareness of the social value of maintaining health, adequate perception of healthy lifestyle standards, and the ability to manage their behavior in maintaining health;

- a mathematical analysis of the relationships and the degree of influence on the place of health in the value system of the surveyed individuals has been carried out, in particular, the relationship between socio-demographic indicators and factors of readiness for a healthy lifestyle with the place of health in the hierarchy of values of the surveyed individuals has been assessed. Identification of factors that may influence and are associated with a change in the place of health in the hierarchy of values, as well as reasons that prevent leading a healthy lifestyle;

- scientifically substantiated and developed conceptual model of communications on the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine allows solving the main problems of communications on the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine through a systematic approach to its formation and preservation, with an intersectional sequence of influence on the health of young people from birth through the formation of healthy behavior skills and avoidance of risk factors for diseases;

- a positive assessment of the conceptual model of communications on the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine was received by independent experts (9.3±0.7 points) with a reliable level of consistency of their opinions on the proposed innovations (Kendall concordance coefficient $W = 0.143$; $p<0.001$). The calculation indicates a high level of consistency of the opinions of independent experts in the assessment of the proposed innovations during the

examination of the proposed Model (the relative standard deviation of the estimates is 4.0–7.3%).

The conceptual system of stakeholder communications regarding the formation of a healthy lifestyle among young people in Ukraine has been improved.

Methodological approaches to assessing motivational mechanisms regarding responsibility for one's own health among young people in Ukraine have been further developed.

The practical significance of the results obtained is that the goal of improving the health of youth can be achieved through the implementation of communications in the formation of a healthy lifestyle at the national, community and individual levels.

Keywords: healthy lifestyle, risk factors, optimal nutrition, communication strategies, public administration, intersectoral approach, self-assessment of health, conceptual model, population health, mental health, health-preserving technologies, primary health care, health care system.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

2. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

3. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine.

Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

4. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

5. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Потокій НЙ. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;2:4–9. doi: 10.11603/1681-2786.2020.2.11403 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

6. Жданова ОВ. Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження. Україна. Здоров'я Нації. 2022;4:95–9. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277078.

7. Знаменська МА, Жданова ОВ, Слабкий ГО. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: Аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. Україна. Здоров'я нації. 2019;1:59–6. (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

8. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5. doi: 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

9. Жданова О, Качур О. Зміни здоров’я під час навчання у вищих закладах освіти: за самооцінкою студентів. Україна. Здоров’я нації. 2023;4:91–5. doi: 10.32782/2077-6594/2023.4/14 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

10. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров’я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4. (*Особистий внесок*: дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

11. Жданова ОВ. Проблеми формування репродуктивного здоров’я в Україні. In: Material International scientific conference: Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine. 2024 Груд 25–26; Рига, Латвія. Рига; 2024. с. 110–3.

12. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров’я. В: Матеріал 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. 2020 Лют 25; Ужгород. Ужгород: УжНУ; 2020. с. 62.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ....15
ВСТУП....16
РОЗДІЛ 1
СВІТОВІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ....24
1.1 Стан здоров'я молоді....24
1.2 Нормативно-правове регулювання дотримання права на здоров'я молоді....29
1.3 Стратегії країн світу зі здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді та підлітків....34
Висновки до розділу 1....46
РОЗДІЛ 2
ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ, ОБСЯГИ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ....48
2.1 Програма, етапи дослідження....48
2.2 Характеристика вибірки опитаних респондентів....55
РОЗДІЛ 3
ПРОБЛЕМИ ВІТЧИЗНЯНИХ КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ПИТАНЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ....60
3.1 Основні тенденції стану здоров'я молоді в Україні....60
3.2 Нормативне забезпечення комунікативних технологій з формування здорового способу життя молоді в Україні....74
Висновки до розділу 3....82
РОЗДІЛ 4
МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО МОТИВАЦІЇ МОЛОДІ У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОГО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ....86
4.1 Цінність особистого здоров'я для молоді та відповідальне ставлення до нього....88

4.2 Оцінка мотиваційних можливостей молоді щодо відповідального ставлення до власного здоров'я 95
Висновки до розділу 4 98
РОЗДІЛ 5
ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ ТА ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ЗМІНОЮ МІСЦЯ ЗДОРОВ'Я В ІЄРАРХІЇ ЦІННОСТЕЙ 101
5.1 Зв'язок соціально-демографічних показників та факторів готовності до ведення здорового способу життя з вищим місцем здоров'я в ієрархії цінностей 101
5.2 Визначення параметрів Ыз суб'єктивно оціненим місцем здоров'я в ієрархії цінностей 104
Висновки до розділу 5 110
РОЗДІЛ 6
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ В УКРАЇНІ 113
6.1 Теоретичне обґрунтування організаційної моделі здорового способу життя 113
6.2 Характеристика концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні 118
6.3 Експертна оцінка концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні 132
Висновки до розділу 6 134
РОЗДІЛ 7
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ 138
ВИСНОВКИ 146
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ 151
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 152
ДОДАТКИ 176

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА СИМВОЛІВ

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини
ЗВО — заклади вищої освіти
ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров’я
GISAH — Глобальна інформаційна система з питань алкоголю та здоров’я
ЗМІ — засоби масової інформації
ЗОЗ — заклад охорони здоров’я
ЗСЖ — здоровий спосіб життя
ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЗП-СМ — лікар загальної практики – сімейної медицини
МОЗ — Міністерство охорони здоров’я
НСЗУ — Національна служба здоров’я України
НУО — неурядова організація
ОЗ — охорона здоров’я
ООН — організація об’єднаних націй
ПМД — первинна медична допомога
РКТБ — Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну
РЗ — репродуктивне здоров’я
РШМ — рак шийки матки
США — Сполучені Штати Америки
ФЗСЖ — формування здорового способу життя
ЦУР — Цілі розвитку тисячоліття
ЮНІСЕФ — Дитячий фонд ООН
ЮНЕСКО — Організація Об’єднаних Націй з питань освіти, науки і культури

ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. Вченими доводиться, що здоров'я молоді є важливою складовою стану здоров'я кожної нації, кожної народності, як майбутнє держави за рахунок репродуктивного та трудового потенціалу, що забезпечує соціально-економічний розвиток кожної країни [1].

Здоров'я людини передбачає його формування і збереження. Стан здоров'я молоді, як особливий період життя людини щодо впливу на подальші якість та тривалість особистого життя, потребує дотримання засад здорового способу життя (ЗСЖ), що сприяє зміцненню соціального благополуччя особистості та суспільства в цілому. ЗСЖ має включати в себе цінності, спрямовані на гуманність та виваженість поведінки, що сприяє удосконаленню індивідуальних якостей особистості [2-4]. В кінцевому результаті ЗСЖ передбачає дії, спрямовані на підтримку здоров'я та уникнення захворювань [5].

Як відомо, перспективи розвитку і саме існування держави базується на процесах відтворення продуктивних сил — людських ресурсів, в яких молодь, як вважають численні вчені, є резервом і рушійною силою розвитку держави, її майбутнього. Сьогоднішня демографічна ситуація в Україні та стан здоров'я молодих громадян чітко свідчать про критичну необхідність системного впровадження принципів здорового способу життя (ЗСЖ) серед усього населення, а передусім — серед молоді, яка формує майбутнє суспільства [6].

Основний закон України — Конституція — проголошує людину, її життя і здоров'я найвищими цінностями держави. У такому контексті турбота про здоров'я підростаючого покоління має бути не лише гуманітарною, а й стратегічною державною метою. В умовах, коли Україна впевнено рухається шляхом демократичних реформ і орієнтується на європейські стандарти, фізичний і психосоціальний стан громадян — особливо молоді — стає важливим показником національного розвитку [7]. Незважаючи на задекларовані цінності, статистика останніх років демонструє стабільне погіршення стану

здоров’я молодих людей. Так, згідно з офіційними даними, серед підлітків рівень поширеності хвороб перебуває в межах 2022,3–2154,5 на тисячу осіб відповідного віку, а захворюваність — 1188,2–1249,7. У порівнянні з аналогічними показниками п’ятнадцятирічної давності, це зростання становить понад 11% [1]. Найчастіше серед підлітків реєструються хвороби дихальної системи (38,2%), органів зору (7,8%), травної системи (8,9%) та ендокринної системи (7,0%) [1].

Для молоді, яка вже працює, характерні інші медичні показники. Зокрема, провідні позиції в структурі захворюваності посідають хвороби серцево-судинної системи (24,1%), органів дихання (18,1%), травлення (10,7%), сечостатевої (7,9%) та нервової систем (7,5%). Не менш загрозливою є частка випадків, пов’язаних з травмами, отруєннями та зовнішніми чинниками (3,3%) [1]. Окремої уваги потребує психічне здоров’я молоді. Згідно з дослідженням, проведеним у 2022 році за підтримки агентства Організації Об’єднаних націй з питань сексуального та репродуктивного здоров’я (UNFPA), програми розвитку Організації Об’єднаних націй (ПРООН) і Міністерства молоді та спорту України, майже кожен п’ятий молодий українець (22%) стикається з певними формами психічних розладів [8].

На сьогодні в Україні здійснюються певні кроки щодо збереження та зміцнення здоров’я населення, наприклад, освітні заходи з валеології, державна підтримка соціально вразливих груп населення, однак ці зусилля є розпорошеними, без комунікації між собою, що безперечно зменшує їх ефективність. Тому, на нашу думку, є необхідним удосконалення вітчизняних комунікативних організаційних технологій щодо формування у молоді здорового способу життя для покращення її стану здоров’я.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертаційна робота є фрагментом ініціативно-пошукової НДР «Розробка індивідуального супроводу у жінок із факторами високого соматичного ризику», № держреєстрації 0115U002852, термін виконання 2022–2027 рр., яка виконува-

лася на кафедрі акушерства, гінекології та медицини плода НУОЗ України імені П. Л. Шупика, де дисертантка була виконавцем окремих фрагментів роботи.

Мета дослідження: удосконалення вітчизняних комунікативних організаційних технологій щодо формування у молоді здорового способу життя для поліпшення її стану здоров'я.

Для вирішення поставленої мети були визначені такі **завдання**.

1. Проведення вивчення світових комунікативних технологій з формування здорового способу життя у молоді.

2. Розроблення програми та методологічного інструментарію наукового дослідження.

3. Дослідження проблем вітчизняних комунікативних технологій з питань формування здорового способу життя у молоді.

4. Проведення медико-соціологічного дослідження щодо мотивації у формуванні особистого здорового способу життя у студентської молоді.

5. Здійснення медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Об'єкт дослідження: функціонально-організаційна комунікативна структура з питань формування здорового способу життя у молоді України.

Предмет дослідження: міжнародні та вітчизняні організаційні технології з формування здорового способу життя у молоді, стан здоров'я молоді в Україні, суб'єкти існуючої структури з формування здорового способу життя у молоді України.

Науковою базою дослідження стали вищі навчальні заклади України.

Дослідження охоплювало період з 2018 по 2023 роки. Протягом 2024 р. впроваджено окремі елементи концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді України.

У процесі дослідження було використано низку взаємодоповнюючих **методів наукового аналізу**, кожен з яких виконував окрему функцію в межах дослідницької логіки:

1) *системно-аналітичний підхід* застосовувався на всіх етапах роботи для забезпечення комплексного кількісного та якісного аналізу проблем, пов'язаних із комунікаційними процесами в системі охорони здоров'я підлітків і молоді в Україні, його також використано для побудови концептуальної моделі комунікацій, орієнтованої на формування здорового способу життя серед молоді;

2) *бібліосемантичний метод* був залучений для опрацювання наукових джерел — як вітчизняних, так і зарубіжних — з метою вивчення міжнародного досвіду у сфері популяризації ЗСЖ серед молодого покоління.

3) *медико-статистичний метод* дозволив дослідити основні показники стану здоров'я молоді, оцінити нормативно-правову базу, що регламентує використання комунікативних технологій, а також провести розрахунки вибірок, зібрати, опрацювати та перевірити достовірність статистичної інформації, яку покладено в основу оцінки ефективності запропонованих інновацій;

4) *біостатистичні інструменти* були використані для аналізу даних дослідження за допомогою методів описової та аналітичної статистики, зокрема кореляційного аналізу;

5) *соціологічний підхід* забезпечив вивчення рівня усвідомлення, відповідальності та внутрішньої мотивації студентської молоді щодо дотримання здорового способу життя;

6) *метод моделювання* було використано для проведення функціонально-структурного аналізу, а також для побудови та візуалізації концептуальної моделі комунікацій у сфері формування ЗСЖ серед молоді, з урахуванням конкретних заходів для практичного впровадження напрацьованих рішень;

7) *метод експертних оцінок* дозволив перевірити практичну значущість і доцільність запропонованої комунікаційної моделі з точки зору її впровадження в реальні умови охорони здоров'я молодого покоління.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

– системно висвітлено стан здоров'я молоді у світі в сучасних умовах як результат ефективних комунікативних технологій щодо формування здорового способу життя у молоді та закріплення їх в міжнародних нормативних документах;

– узагальнено стратегії країн світу щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді та підлітків;

– показано основні тенденції стану здоров'я молоді в Україні як проблему комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні;

– проаналізовано нормативне забезпечення комунікативних технологій із формування здорового способу життя у молоді в Україні;

– проведено соціологічне дослідження з питань цінності особистого здоров'я для молоді та відповідального ставлення до нього; вивчення соціально-психологічної оцінки відповідального ставлення до особистого здоров'я студентської молоді; готовності студентів щодо відповідально ставитися до особистого здоров'я; провідних причин низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я у студентів; пріоритетних джерел інформації для молоді щодо дотримання засад здорового способу життя;

– встановлено мотиваційні можливості молоді щодо відповідального ставлення до власного здоров'я, зокрема підвищення рівня готовності студентів до формування власного здоров'я шляхом усвідомлення соціальної цінності збереження здоров'я, адекватного сприйняття стандартів здорового способу життя, здатності управляти своєю поведінкою щодо збереження здоров'я;

– проведено математичний аналіз зв'язків та ступінь впливу на те, яке місце в системі цінностей опитаних індивідів займає здоров'я, зокрема оцінено зв'язок соціально-демографічних показників та факторів готовності до ведення

здорового способу життя із місцем здоров'я в ієрархії цінностей опитаних осіб. Визначення факторів, які можуть впливати та пов'язані зі зміною місця здоров'я в ієрархії цінностей, а також причини, які заважають вести здоровий спосіб життя;

– науково обґрунтована та розроблена концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішувати основні проблеми комунікацій з формування здорового способу життя у молоді в Україні шляхом системного підходу до його формування та збереження, з міжсекторальною послідовністю впливу на стан здоров'я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань;

– запропонована концептуальна модель комунікацій у сфері формування здорового способу життя у молоді в Україні отримала високу експертну оцінку: середній бал за результатами незалежного оцінювання становив 9,3±0,7, що свідчить про позитивне сприйняття розробки фахівцями. Високий рівень погодженості експертних суджень підтверджується статистично значущим значенням коефіцієнта конкордації Кендалла ($W = 0,143$; $p<0,001$), що вказує на достовірність отриманих результатів. Додатковий аналіз показав стабільність і узгодженість оцінок: відносне стандартне відхилення коливалося в межах 4,0–7,3%, що свідчить про однорідність думок серед експертів стосовно ефективності запропонованих інновацій у межах представленої моделі.

Удосконалено концепційну систему комунікацій зацікавлених сторін щодо формування здорового способу життя молоді в Україні.

Набули подальшого розвитку методичні підходи оцінки мотиваційних механізмів щодо відповідальності за власне здоров'я у молоді в Україні.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я молоді шляхом міжсекторального підходу до формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Практичне значення отриманих результатів виникає в тому, що може бути досягнута мета щодо покращення здоров'я молоді через впровадження комунікацій у формуванні здорового способу життя на національному рівні, на рівні громади та індивідуальному рівні.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на галузевому та регіональному рівнях:

- *на міжнародному рівні:* Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine. ISMA University of Applied Sciences.International scientific conference (December 25–26, 2024, Riga), VIII Міжнародний конгрес «Репродуктивне здоров'я: мультидисциплінарний підхід до безперервного професійного розвитку лікаря» (2–3 квітня 2025 року, м. Київ).
- *на регіональному рівні:* 74-а підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ «Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров'я» (25 лютого 2020 р., м. Ужгород), науково-практична конференція ДЗВО УжНУ «До питання збереження здоров'я студентської молоді» (10–11 березня 2021 р., м. Ужгород).

Особистий внесок здобувача полягає в самостійному формулюванні мети та завдань дослідження, розробленні дослідницької програми, виборі адекватних методів і розрахунку обсягу вибірки відповідно до поставлених цілей. Автором власноруч здійснено збір та аналіз первинної медичної документації, створено анкету та організовано проведення соціологічного опитування. Статистичний аналіз зібраного матеріалу проведено із використанням прикладного програмного забезпечення Microsoft® Excel® (trial version), а також за допомогою програм StatSoft® Statistica® v. 10 (STA999K347156-W) та IBM® SPSS Statistics 25.0 (trial version) для поглибленої обробки результатів.

Автором самостійно здійснено систематизацію та наукову інтерпретацію отриманих у ході дослідження даних, а також проведено експертне оцінювання ефективності й доцільності впровадження запропонованих організаційно-методичних підходів до комунікацій у процесі формування здорового способу

життя серед молоді в Україні. На основі узагальнення результатів дослідження дисертантом особисто сформульовано наукові положення, висновки та розроблено практичні рекомендації, які відображено в опублікованих наукових працях за тематикою дисертаційної роботи. Ідеї та наукові напрацювання інших авторів при цьому не використовувались.

Публікації. За результатами виконаного дослідження оприлюднено 8 наукових праць, з яких: 2 статті у виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України (1 з них — одноосібна), 1 стаття у міжнародному виданні та 4 статті у фахових журналах, що індексуються в базах Scopus та/або Web of Science (1 з них — одноосібна), 1 стаття в інших видання України та 2 тези доповідей.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація має загальний обсяг 182 сторінки друкованого тексту, з яких 151 сторінку становить основна частина. Структурно робота складається з анотації, вступу, аналітичного огляду світових організаційних технологій з формування здорового способу життя у молоді, розділу матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів, що висвітлюють результати власних наукових досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, а також висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (205 найменувань, з них 144 — латиницею, 61 — кирилицею) та додатків. Дисертація ілюстрована 22 таблицями та 4 рисунками.

РОЗДІЛ 1
СВІТОВІ ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ

У документі «Здоровий спосіб життя» Всесвітня організація охорони здоров'я у завданні 11 визначила, що до 2015 року всі суспільства мають прагнути до впровадження здоровішого способу життя. ВООЗ наголошує, що здоровий спосіб життя знижує ймовірність розвитку серйозних захворювань і передчасної смерті. Хоча не всі хвороби можна попередити, значну частину випадків смертності можна уникнути. Наукові дослідження підтверджують, що саме стиль життя та поведінкові звички людини суттєво впливають на виникнення як інфекційних, так і неінфекційних захворювань, а також на ризик смерті у молодому віці. Здоров'я при цьому розглядається не лише як відсутність хвороби, а як комплексний стан фізичного, психічного та соціального благополуччя.

1.1 Стан здоров'я молоді

У 2015 році ВООЗ офіційно переглянула вікові норми людини: молодою вважається людина у віці від 25 до 44 років. 44–60 років — це середній вік, 60–75 — похилий, 75–90 — старечий, а після 90 років — довгожителі. Хоча деякі вчені не погоджуються з розширенням меж молодості до 44 років, оскільки організмі людини у 22–26 років уже починаються біологічні зміни, які можна назвати процесом старіння [10].

ВООЗ звертає увагу зацікавлених осіб світу в охороні здоров'я на стан здоров'я молоді та підлітків. Наприклад, у 2021 році зареєстровано понад 1,5 мільйони випадків смерті у віці 10–24 років, що становить 4 500 випадків смерті щодня. Основними причинами смерті серед підлітків і молодих людей стали «травми (зокрема пов'язані з дорожньо-транспортними випадками та утопленнями), міжособистісне насильство, самоушкодження, а також ускладнення, пов'язані з материнством. Половина всіх порушень психічного здоров'я

у дорослих починає розвиватися набагато раніше — до 14 років, однак в цьому віці їх, як правило, не виявляють, а тому і не лікують. Ранній початок вживання психоактивних речовин підвищує ризик розвитку залежності та виникнення інших проблем у дорослому житті. У порівнянні з людьми більш зрілого віку молодь в непропорційно більшому ступені страждає від проблем, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [11].

Рівень виживаності молодого населення суттєво відрізняється залежно від регіону світу. За даними 2021 року, найвищі показники смертності серед осіб віком від 10 до 24 років зафіксовано в країнах Африки на південь від Сахари, тоді як найнижчі — у державах Європи та Північної Америки. Середнє глобальне значення ймовірності смерті для дитини, яка досягла 10-річного віку, до моменту досягнення 24 років у країнах субсахарської Африки було приблизно в шість разів вищим, ніж у країнах Північної Америки та Європейського регіону.

Щодо вікового розподілу: у віковій групі 10–24 років показники смертності були найбільш низькими у підлітків віком 10–14 років, а і найбільш високими — у молодих людей віком 20–24 років. Показники смертності в цій віковій групі серед осіб жіночої статі були нижчими, ніж у осіб чоловічої статі [11].

Причини смертності у осіб віком від 10 до 24 років відображають базові ризики розподілу, характерні для цих вікових груп, з переважанням інфекційних захворювань серед осіб у віці від 10 до 14 років. Серед підлітків старшого віку та молодих дорослих у рейтингу дитячі інфекційні захворювання поступаються нещасним випадкам і травмам, самоушкодженням і міжособистісному насильству. У підлітковому віці починають проявлятися відмінності в показниках смертності між юнаками та дівчатами [11]. Середи юнаків спостерігаються вищі показники смертності від вказаних вище захворювань, а також від таких причин, як колективне насильство внаслідок воєнних дій/конфліктів. Серед дівчат з рівнем доходу нижче середнього збільшується вплив таких причин смерті, як захворювання, що пов'язані з раннім материнством [11].

Основною причиною смерті та інвалідності серед підлітків є непередбачувані травми, зокрема дорожньо-транспортні події та утоплення. У 2019 р. внаслідок дорожньо-транспортних пригод загинуло 115 000 підлітків 10–19 років). Більшість із тих, що загинули, належали до категорії так званих небезпечних учасників дорожнього руху: пішоходів, водіїв двоколісних механічних транспортних засобів [12]. Однією з вагомих причин смерті серед підлітків є утоплення: у 2019 р. утопилось понад 30 000 підлітків, причому більше 3/4 таких були хлопці [13].

Міжособистісне насилля є четвертою причиною в рейтингу причин смерті молодих людей у світі. Його поширеність відрізняється в залежності від регіону. Міжособистісне насилля є причиною приблизно третини всіх випадків смерті підлітків чоловічої статі у країнах з низьким або середнім рівнем доходу американського регіону. Доведено також, що прояви насилля в підлітковому віці підвищують ризик травмування, зараження інфекціями, які передаються статевим шляхом, зокрема вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), виникнення психічних проблем, низької успішності в навчальних закладах, передчасної або небажаної вагітності, можливих репродуктивних ускладнень. Щорічно в осіб віком від 15 до 29 років налічується понад 176 000 вбивств, що становить 37% загальної щорічної кількості вбивств у всьому світі — третє місце серед провідних причин смерті осіб у цьому віці. Навіть в тих випадках, коли насильство в молодіжному середовищі не стало причиною смерті, воно породжує важкі, переважно руйнівні наслідки для фізичного, психологічного та соціального функціонування людини [14].

Вживання алкоголю підлітками викликає серйозну занепокоєність у багатьох країнах, оскільки алкоголь вживають більше чверті всіх осіб віком 15–19 років у світі або 155 мільйонів підлітків [15]. Найвищому ризику підлягали підлітки чоловічої статі. Вживання такої психоактивної речовини як марихуана молодими людьми є надактуальною проблемою здоров’я молоді на сьогодні та їх здоров’я в майбутньому. Так, у 2018 р. марихуану хоча б один раз пробували

біля 4,7% підлітків. Вживання алкоголю та наркотиків підлітками супроводжується нейрокогнітивними змінами, які в більш пізньому віці можуть призвести до виникнення емоційних, поведінкових, соціальних розладів. У 2019 р. у всьому світі від вживання алкоголю померло близько 2,6 мільйонів чоловік. Показник смертності, пов'язаної з алкоголем, був найбільш високим серед чоловіків: у 2019 р. він склав 2 мільйони випадків смерті порівняно з 600 000 випадків смерті серед жінок. Ефективні заходи боротьби з алкоголем існують і повинні застосовуватися в більш широких масштабах, але при цьому людям слід знати про ризики, пов'язані з вживанням алкоголю, і самостійно захищатися від його шкідливого впливу [15].

У переважної більшості сьогоднішніх споживачів тютюну ця вада поведінки починає формуватися ще в підлітковому віці. У 2018 р. паління у всьому світі застосовували кожний десятий підліток віком 13–15 років. Особливо небезпечними для дітей і підлітків є електронні сигарети. Нікотин викликає сильну залежність, а процес розвитку головного мозку в молодому віці триває приблизно до 25-річного віку. Тютюн вбиває майже половину споживаючих його людей [16–21].

Досліджено, що від вживання тютюну щорічно гине понад 8 мільйонів людей, у тому числі 1,3 мільйона тих, що не палять, — від впливу вторинного тютюнового диму [22]. У світі 80% з 1,3 мільярда споживачів тютюну проживають у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. У 2020 р. тютюн вживали 22,3% населення планети, з них 36,7% чоловіків та 7,8% жінок [23].

Психічне здоров'я сьогодення є однією з ключових причин порушення загального стану здоров'я молодого населення у світі, при цьому значна частина психічних розладів, що проявляються у дорослому віці, бере початок ще в дитинстві — майже 50% випадків мають свій початок до досягнення особою 14-річного віку. На психоемоційне благополуччя підлітків впливають численні соціальні та економічні чинники: зокрема, насильство, злидні, стигматизація, маргіналізація, а також проживання в умовах гуманітарної кризи або

суспільної нестабільності суттєво підвищують ризики виникнення психічних порушень. У світі психічні розлади спостерігаються у кожної сьомої людини у віці 10–19 років, що складає 13% від глобального тягара хвороб у цій віковій групі. Депресія, тривожність і поведінкові порушення входять до перелику провідних причин хворобливості та інвалідності серед підлітків. Незастосування заходів з боротьби щодо порушень психічного здоров'я в підлітковому віці загрожує наслідками, які даються взнаки у дорослому віці, впливаючи негативно на фізичне та психічне здоров'я та спричинюючи обмежуючі можливості для повноцінного життя [24].

Інфекційні хвороби, зокрема ВІЛ-інфекція, на сьогодні є загрозою як для здоров'я, так і для життя людини. За проведеними ВООЗ оцінками, у 2021 р. чисельність ВІЛ-інфікованих підлітків (у віці 10–19 років) склала 1,7 млн осіб, 90% з яких проживали в Африканському регіоні ВООЗ. Незважаючи на значне скорочення кількості нових випадків ВІЛ-інфікування осіб підліткового віку у порівнянні з піковими значеннями 1994 р., біля 10% нових випадків ВІЛ-інфікування спостерігається саме серед підлітків, 75% з яких складають дівчата цієї вікової групи. Відмічається, що останнім часом на тлі значного скорочення числа нових випадків інфікування у світі, в країнах з високими показниками поширення ВІЛ-інфекції охоплення тестуванням на ВІЛ населення знаходиться на низькому рівні, що є загрозою, зокрема, для підлітків та молоді, які не знають свого ВІЛ-статусу і не мають повної доступності до тестування. Наведені дані поглиблюють проблему поширення ВІЛ-інфекції серед молоді [25].

Туберкульоз, незважаючи на те, що піддається профілактиці і лікуванню, продовжує негативно впливати на життя і розвиток мільйонів дітей і підлітків. У підлітків і молодих дорослих зазвичай спостерігається інфекційний туберкульоз. Згідно з Доповіддю про глобальну боротьбу з туберкульозом, показники його виявлення серед підлітків у віці 15–19 років вище, ніж серед осіб молодшого віку [26].

Розлади репродуктивного здоров'я залишається проблемою для молодих людей внаслідок поведінкових причин і здебільшого незахищених статевих стосунків. Незаплановану вагітність та пологи у молодому віці ВООЗ відносить до проблем зі здоров'ям. Щороку в країнах, що розвиваються, народжують приблизно 12 мільйонів дівчат у віці 15–19 років і не менше 777 000 дівчат віком до 15 років. У світі ускладнення перебігу вагітності та пологів вважають провідними причинами смерті серед дівчат віком 15–19 років [27]. Дослідження показують, що 55% випадків небажаної вагітності серед дівчат-підлітків у віці 15–19 років закінчуються абортом, який в країнах з низьким рівнем розвитку частіше проводиться небезпечним способом. Матерям підліткового віку у порівнянні з дорослими загрожує підвищений ризик еклампсії, післяпологового ендометриту та системних інфекційних хвороб, а їх діти частіше народжуються недоношеними і страждають на важкі неонатальні захворювання [27–33].

Ожиріння, анемія належать до провідних причин нездоров'я молодих людей, що залежить, перш за все, від недостатнього та незбалансованого харчування та гіподинамії [34–37].

Таким чином, здоров'я молоді в усьому світі не є задовільним, що потребує цілеспрямованих заходів для профілактики захворювань, зокрема впровадження системних принципів здорового способу життя.

1.2 Нормативно-правове регулювання дотримання права на здоров'я молоді

Для того, щоб згідно з визначенням ВООЗ здоров'я було «станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів» [38], на сучасному етапі вчені вважають, що серед найбільш важливих свобод, які може мати людина, є свобода від потенційно незадовільного стану здоров'я та від невідворотної смерті [39].

Науковці впевнені, що людством на світовому рівні досягнуто значного прогресу щодо поліпшення стану здоров'я. Наявні знання з питань лікування та

контролювання хвороб, які раніше були причиною смерті мільйонів людей. Одними із важливих досягнень є поліпшення доступу до якісної води, а також те, що в світі на сьогодні розроблені системи охорони здоров'я (ОЗ), які управляють заходами з подолання проблем, пов'язаних зі здоров'ям, а ресурсів для охорони здоров'я з'являється все більше. Проте, світовий прогрес у сфері ОЗ є нерівним у розрізі країн. Середня тривалість життя новонароджених значно різниться залежно від країни. Так, дитина, яка з'явилася на світ у Швеції, має шанс прожити понад 80 років, тоді як у Бразилії цей показник становить близько 72 років, в Індії — менше 63, а в Лесото — лише близько 50 років. Подібні контрасти спостерігаються й у сфері материнського здоров'я: наприклад, імовірність смерті жінки під час вагітності чи пологів в Ірландії становить приблизно 1 на 47 600 випадків, тоді як в Афганістані — 1 на 8. Такі показники свідчать про серйозну глобальну диспропорцію в стані здоров'я, яка проявляється не лише між різними країнами, а й усередині окремих держав. До прикладу, очікувана тривалість життя дитини, яка народилася в Калтоні (район шотландського міста Глазго) на 28 років менше, ніж у дитини, яка проживає в шотландському селі Лензі, що розташоване всього на 13 км далі. Свідченням того, що рівень освіти матері впливає на тривалість життя її новонародженого: діти, народжені жінками без освіти, ризикують у 10% випадків померти у віці до одного року у Болівії, а водночас дитина, яку народила жінка із середньою освітою, має шанс померти до одного року в 0,4% [40].

Статистична диспропорція у стані здоров'я пояснюється не лише біологічними процесами, а здебільшого є результатом соціально-економічної політики, що впливає на комфортність середовища, де людина народжується, зростає, живе, працює [41]. Диспропорції щодо стану здоров'я, як вважають науковці світу, можна зменшити або елімінувати навіть не за рахунок економічного зростання в країні, хоча воно має важливе значення у напрямку рівномірного розподілу ресурсів. ВООЗ зазначає, «що деяким країнам, що розвиваються, таким як Куба, Коста-Ріка або Шрі-Ланка, вдалося досягти хорошого

рівня здоров'я, незважаючи на відносно низьке національне економічне зростання. Боротьба з диспропорціями в охороні здоров'я є питанням соціальної справедливості та прав людини» [42].

У Декларації про Цілі розвитку тисячоліття проголошується Глобальне зобов'язання щодо здоров'я для всіх. А саме, уряди взяли на себе відповідальність у досягненні 8 цілей щодо зменшення бідності до 2015 року. Однак, як показала практика, означені глобальні зусилля без активної участі громадського суспільства не можливо виконати. Пояснюється це тим, що людина має, перш за все, знати свої права і обов'язки щодо здоров'я, оскільки здоров'я є не лише прагненням до благополуччя, це невід'ємне право людини [43].

Право на охорону здоров'я закріплено в численних міжнародних і регіональних правових актах, зокрема в Загальній декларації прав людини (ст. 25) [44], Міжнародному пакті про економічні, соціальні й культурні права (ст. 12) [45], Конвенції про права дитини (ст. 6, 24) [46], Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ст. 10, 11, 12, 14) [47], а також у Європейській соціальній хартії [48]. У зазначених документах це право не трактується виключно як право бути здоровим, оскільки повний захист від усіх можливих чинників, що загрожують здоров'ю, забезпечити неможливо. Йдеться про право на доступ до відповідних послуг, установ і ресурсів без дискримінації, а також про створення умов життя, які дозволяють досягати найвищого можливого рівня здоров'я. Це право включає не лише доступ до медико-санітарної допомоги, а й інші чинники, що впливають на стан здоров'я: наявність безпечної питної води, належної санітарії й житла, достатнього харчування, безпечного середовища праці, здорового довкілля, а також доступ до освіти й інформації, пов'язаної зі здоров'ям [49].

Права підлітків на життя, розвиток і добробут гарантовані низкою міжнародно-правових актів. У 2013 р. Комітет з прав дитини — орган, який здійснює нагляд за виконанням Конвенції про права дитини, — видав керівні принципи щодо реалізації права підлітків на найвищий досяжний рівень

здоров’я, а в 2016 р. — загальні рекомендації щодо дотримання прав дітей у підлітковому віці. Комітет акцентує на обов’язку держав враховувати специфічні потреби та права молодих людей у сфері здоров’я та особистісного розвитку [46].

Згідно з положеннями міжнародних договорів у галузі прав людини, медичні послуги повинні бути доступними, наявними, прийнятними та якісними для кожної людини без дискримінації. Доступність означає, що медичні установи, товари й послуги повинні бути як фізично, так і фінансово досяжними для всіх, а також забезпечувати можливість отримання, пошуку й поширення інформації щодо питань здоров’я, зокрема здорового способу життя. Наприклад, молодіжні медичні центри мають бути розташовані в межах досяжності — навіть у сільській місцевості — і мати зручне транспортне сполучення. Їхній графік роботи повинен відповідати потребам молоді. Послуги мають бути безоплатними або фінансово посильними. Інформація про здоров’я, включно із сексуальним і репродуктивним, має бути відкритою та вільною від дискримінації. Медичні послуги й товари повинні бути культурно прийнятними та відповідати принципам професійної етики. Наприклад, працівники охорони здоров’я мають володіти навичками ефективної взаємодії з молоддю. Атмосфера в закладах має бути доброзичливою, підтримувальною та неупередженою. Крім того, вся медична допомога повинна ґрунтуватися на сучасних наукових даних і відповідати високим стандартам якості — як у наданні послуг, так і в забезпеченні медикаментами [42].

Важливою складовою права на здоров’я є активна та обізнана участь молоді у процесах прийняття рішень, які стосуються питань здоров’я як на місцевому, так і на національному та міжнародному рівнях. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав підкреслює, що держава має створити сприятливі умови для залучення підлітків до формування здорового способу життя (ФЗСЖ), що включає їхню участь у прийнятті рішень, які впливають на їх здоров’я, розвиток життєвих навичок, доступ до необхідної

інформації, отримання порад і можливість узгоджувати умови, пов'язані зі способом життя, який вони обирають [42].

Молодь може відігравати важливу роль як стратегічний партнер у сфері охорони здоров'я. Чимало міжнародних організацій та мереж тісно співпрацюють із молодими людьми з різних питань, пов'язаних зі здоров'ям. Серед них — Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю, Молодіжна освітня мережа, Міжнародна федерація асоціацій студентів-медиків та інші. Такі молодіжні організації не лише забезпечують можливість проведення консультацій серед молоді, але й представляють широкий спектр думок і поглядів. Завдяки наявним повноваженням у сфері охорони здоров'я вони виступають ефективними партнерами для участі в обговореннях і прийнятті рішень [50–52].

Права людини передбачають, що уряди повинні бути підзвітними за свої дії, зокрема щодо виконання зобов'язань у сфері забезпечення права на здоров'я. Неурядові організації по всьому світу використовують різноманітні інструменти для посилення відповідальності держав, серед яких — медійні кампанії, подання альтернативних звітів до міжнародних договірних органів, звернення зі скаргами до судових інстанцій на національному, регіональному й міжнародному рівнях, захист права на здоров'я в рамках виборчих процесів, а також активна участь у процесах моніторингу [48].

У Європі реалізація права на здоров'я закріплена в Європейській соціальній хартії, зокрема в статті 11, яка зобов'язує держави-учасниці вживати необхідних заходів для покращення здоров'я населення та забезпечення доступу до медичної допомоги [48]. Дотримання положень Хартії контролюється Європейським комітетом із соціальних прав, який щорічно аналізує надані державами звіти й оцінює рівень виконання соціальних та економічних зобов'язань, зокрема в частині права на здоров'я. Окрім цього, окремі європейські інституції та національні неурядові організації мають право подавати колективні скарги до Комітету щодо порушення положень Хартії [53].

Рада Європи також активно долучається до процесів моніторингу й реалізації положень Хартії, підтримуючи країни-члени у впровадженні підходу, який базується на принципах «здоров'я та прав людини для всіх». Питання забезпечення прав представників меншин і вразливих верств населення перебуває в центрі уваги в межах співпраці з Комітетом експертів із належного управління у сфері охорони здоров'я. Європейський директорат з якості лікарських засобів та охорони здоров'я активно сприяє реалізації прав людини, зокрема права на доступ до безпечної та ефективної медичної продукції. Це забезпечується шляхом координації дій, спрямованих на стандартизацію, регуляцію та контроль якості лікарських засобів, процедур переливання крові, трансплантації органів, а також у сфері фармацевтичної діяльності [54].

1.3 Стратегії країн світу зі здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді та підлітків

На наш погляд, вчений Гілл Уолт дуже точно висловився щодо залучення до вирішення питань, пов'язаних зі ЗСЖ та здоров'ям молодого покоління: «Якщо ми, як медичні працівники, або вчителі, або студенти, або державні службовці, не вважаємо, що ми та організації чи групи, до яких належимо, маємо право впливати на політику, яка визначає наше життя або життя тих, хто поруч з нами, тоді навіщо взагалі вставати зранку?» [55].

Загальновідомо, що дотримання ЗСЖ є важливим і корисним для кожної людини, хоча його реалізація завжди індивідуальна і спирається на основні принципи з доведеною ефективністю. ЗСЖ — це спосіб життя, який сприяє досягненню фізичного та психічного благополуччя. У Європі молоді працівники, принаймні на 50% більше ніж люди старшого віку, піддаються ризику отримання травм на робочому місці, а також мають вищу ймовірність страждати від професійних захворювань [11]. Молодіжна політика Ради Європи також визначає благополуччя молоді як одну з основних цілей в межах Порядку денного 2020 р., що стало реакцією на зростання впродовж останніх років в багатьох євро-

пейських державах тривожних тенденцій: збільшення вживання алкоголю, наркотиків і тютюну серед молоді, що поєднується з погіршенням соціально-економічних перспектив [56, 57].

Міжнародні підходи до ЗСЖ розглядаються паралельно з розробленням профілактичних заходів, спрямованих на ключові показники здоров'я молоді. Наприклад, для зменшення рівня травматизму, особливо дорожньо-транспортного, у Глобальному звіті про безпеку дорожнього руху за 2023 рік описані досягнення з удосконалення законодавства, стратегій і практичних дій у цьому напрямі в різних країнах світу. П'ятий звіт визначає базову відправну точку для досягнення цілей Десятиліття дій ООН із безпеки дорожнього руху на 2021–2030 рр., а саме — зменшення на 50% кількості загиблих і травмованих у ДТП до 2030 року [58].

До загальних чинників ризику та соціальних детермінант усіх видів травматизму належать вживання алкоголю чи психоактивних речовин; недостатній нагляд дорослих за дітьми; соціальні чинники, що впливають на здоров'я, зокрема бідність; економічна й гендерна нерівність; безробіття; небезпечні умови в навколишньому середовищі (житло, школи, дороги, робочі місця); відсутність ефективних стандартів і регламентів безпеки харчування; легкий доступ до алкоголю, наркотичних засобів, вогнепальної зброї і пестицидів; слабкі системи соціального захисту; неефективна кримінально-правова система; а також неузгоджена або недостатньо ресурсозабезпечена інституційна політика, що заважає ефективному вирішенню проблеми травматизму [12].

Травматизм і насильство не є неминучими — існують науково підтверджені методи їх запобіганню. ВООЗ зібрала ці докази у низці технічних документів, які можуть слугувати орієнтиром для ухвалення рішень з метою посилення профілактичних заходів, серед них: «Save LIVES: технічний пакет з безпеки дорожнього руху» [59], «Запобігання насильству: докази» [60], «RESPECT women: профілактика насильства над жінками» [61], «Жити життя:

пакет заходів для запобігання самогубствам» [62], а також «Безпечніше: світ без шкоди від алкоголю» [63].

Розрахунки витрат і вигод для деяких обраних заходів профілактики травм і насильства свідчать про їхню економічну доцільність і високу ефективність для суспільства. Наприклад, у сфері запобігання травмам у дітей встановлено, що кожен вкладений один долар США в детектори диму економить 65 доларів, у дитячі утримувальні пристрої та шоломи — 29 доларів, а домашні візити зменшують витрати на охорону здоров'я на 6 доларів. У Бангладеш програма навчання школярів навичкам плавання та рятування забезпечила 3 000 доларів економії на кожну попереджену смерть. Також встановлено, що запобігання падінням у будинках приносить соціальну вигоду, щонайменше вшестеро більшу за витрати на ці заходи. У Європі та Північній Америці скорочення несприятливого досвіду дитинства на 10% може щорічно заощаджувати 3 мільйони років життя, скоригованих на інвалідність, або еквівалентно 105 мільярдам доларів США [12].

Удосконалення організації, планування і доступності допомоги при травмах, включаючи зв'язок, транспортування до лікарень, догоспітальну та госпітальну медичну допомогу, є ключовим напрямом зниження смертності та інвалідності внаслідок травматизму й насильства [12].

У «Глобальній доповіді про утоплення», яка розглядає запобігання одному з провідних чинників смертності, наголошується, що всі країни можуть розробити національний план безпеки на воді. Такі плани вже впроваджені в Австралії, Філіппінах та В'єтнамі. Оскільки єдиного універсального плану не існує, ресурси та зобов'язання щодо їхнього створення різняться між країнами. Ефективний національний план має: підвищувати обізнаність населення про безпечну поведінку біля води; сприяти досягненню згоди щодо найкращих рішень; забезпечувати злагоджену міжгалузеву відповідь із залученням ключових партнерів; створювати стратегічні рамки для координації зусиль; здійснювати моніторинг та аналіз даних з утоплень і профілактики [64–80].

У «Глобальному звіті про ситуацію із запобігання насильству над дітьми за 2020 р.» представлена інформація щодо досягнень у рамках Цілей сталого розвитку [43], які спрямовані на ліквідацію насильства щодо дітей та молоді, а також ефективність вжитих заходів у країнах. Публікація була підготовлена спільними зусиллями Всесвітньої організації охорони здоров'я, Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО), Спеціального представника Генерального секретаря ООН з питань насильства над дітьми та Глобального партнерства за припинення насильства. У документі зазначено, що 155 країн здійснили оцінку національної ситуації щодо запобігання насильству над дітьми, використовуючи науково обґрунтовані підходи, викладені у рамковій стратегії INSPIRE: сім стратегій для подолання насильства над дітьми. Звіт містить також конкретні рекомендації щодо посилення реалізації цієї стратегії та прискорення досягнення цілей у сфері запобігання насильству.

INSPIRE включає комплекс заходів, ефективність яких доведена емпіричними даними. До них належать: 1) впровадження та дотримання законодавчих актів; 2) трансформація норм і цінностей, які толерують насильство; 3) створення безпечного середовища; 4) підтримка батьків і осіб, що здійснюють догляд; 5) покращення фінансового стану сімей та зміцнення економічної стабільності; 6) розвиток служб реагування і підтримки постраждалих; 7) навчання та розвиток життєвих навичок.

Окрім основних напрямів, INSPIRE також передбачає два типи інтегрованих дій, які забезпечують взаємодію між усіма сімома стратегіями, сприяють їхній синергії та ефективному моніторингу впровадження. Запропоновані інтервенції охоплюють широкий спектр сфер — охорону здоров'я, освіту, соціальний захист, економіку, юстицію — і є міжсекторальними за природою. Десять міжнародних організацій, які брали участь у створенні INSPIRE, наголошують на тому, що всі її елементи є критично важливими для успішної профілактики насильства щодо дітей.

Для досягнення сталих результатів у цій сфері необхідно здійснювати системний вплив на чинники ризику та захисту на чотирьох взаємопов'язаних рівнях: індивідуальному, міжособистісному, рівні громади та суспільства загалом [82–100].

Заходи щодо зменшення ризиків, пов'язаних із доступом до води, є ефективними в запобіганні утопленням. Сучасним підходом є навчання дітей шкільного віку навичкам плавання, безпеки на воді та методам самопорятунку, зокрема за спеціальною навчальною програмою [13].

Враховуючи, що певні особи мають підвищену вразливість до алкоголю і входять до групи ризику, моніторинг таких осіб і здійснення індивідуальної профілактики дозволяє уникнути негативних медико-соціальних наслідків [15]. Затверджений країнами-членами ВООЗ «Глобальний план дій щодо зменшення шкоди від вживання алкоголю на 2022–2030 роки» передбачає реалізацію ефективних, науково обґрунтованих заходів на національному, регіональному та глобальному рівнях. У ньому виділено шість головних напрямів дій: впровадження ефективних стратегій, інформування населення, розвиток партнерства, технічна підтримка, формування знань та мобілізація ресурсів [101].

Ініціатива SAFER (ВООЗ, 2018) спрямована на підтримку країн у впровадженні перевірених і економічно доцільних рішень, які ефективно знижують шкоду від алкоголю [102–105]. Глобальна інформаційна система ВООЗ з питань алкоголю та здоров'я (GISAH) надає дані щодо рівня та характеру споживання алкоголю, пов'язаних з ним наслідків і стратегічних заходів у різних регіонах світу [106, 107]. Глобальна система моніторингу неінфекційних захворювань передбачає узгоджені дії країн та ефективну міжнародну координацію. Важливо здійснювати оцінку потенційних конфліктів інтересів перед початком комунікацій з усіма зацікавленими сторонами, особливо з представниками алкогольної індустрії. Економічні суб'єкти мають утримуватися від дій, які можуть завадити розробці, впровадженню або виконанню ефективних заходів щодо зменшення шкідливого вживання алкоголю [15].

Щодо зменшення кількості осіб з тютюнопалінням. На підставі наукових даних встановлено, що будь-яке вживання тютюну шкідливе для здоров'я, безпечної дози не існує, а сама речовина викликає сильне звикання [16, 108]. Тютюнопаління призводить до значних економічних витрат, пов'язаних із лікуванням захворювань та втратою людського капіталу [16]. До ефективних міжнародних практик з протидії тютюнопалінню належать заходи зі зменшення попиту на тютюн. Один із них — моніторинг поширеності куріння, що забезпечує основу для розробки відповідної політики. За результатами опитувань, майже половина населення планети надає інформацію про вживання тютюну, зокрема серед молоді. У 74 країнах діють закони щодо обмеження тютюнопаління в громадських місцях — це охоплює понад чверть світового населення. Національні служби з припинення тютюнопаління існують лише в 32 країнах, що охоплюють лише третину населення світу [16, 109]. Також ефективними є графічні попередження про шкоду куріння, які використовуються в антитютюнових кампаніях. У 103 країнах, де проживає понад половини світового населення, впроваджені заходи щодо дизайну таких попереджень. У 36 країнах (разом 1,5 мільярда людей) протягом останніх двох років проведено хоча б одну масштабну антитютюнову інформаційну кампанію [110]. Загальновизнано, що повна заборона реклами тютюну сприяє зниженню його споживання. Таке обмеження впроваджено у 66 країнах, що охоплюють 25% світового населення [111]. Оподаткування визнано одним із найефективніших економічних інструментів у боротьбі з тютюнопалінням, особливо серед молоді та людей із низьким рівнем доходу. Зменшення вартості тютюну на 10% призводить до скорочення його споживання на 4% у високорозвинених країнах і на 5% — у країнах з низьким або середнім рівнем доходу [112].

Важливим заходом є виконання Протоколу Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну (РКБТ) щодо викорінення незаконної торгівлі тютюновими виробами [113]. Міжнародна спільнота протидіє спробам тютюнової індустрії приховати правду про шкідливий вплив своєї продукції [114]. Прийняття

Протоколу Рамкової конвенції із боротьби проти тютюну стало історичною подією у зміцненні суспільного здоров'я — до Конвенції приєдналися 182 країни, що охоплюють понад 90% населення світу. У 2007 р. ВООЗ розробила інструмент MPOWER для реалізації шести основних положень РКБТ: моніторинг, захист, допомога у відмові, попередження [5], заборона реклами та підвищення податків. Відтоді ВООЗ здійснює моніторинг реалізації цих заходів [115].

Підлітковий період є критично важливим для формування соціальних і емоційних навичок, що впливають на психічне здоров'я. Йдеться про здоровий сон, регулярну фізичну активність, здатність долати труднощі, ефективне спілкування та емоційний самоконтроль. Сприятливе середовище в родині, школі та громаді є визначальним. Серед факторів ризику — насильство (зокрема сексуальне та булінг), жорстоке виховання та соціальні труднощі [24, 116, 117]. Заходи щодо зміцнення психічного здоров'я спрямовані на підвищення стійкості, формування навичок уникнення ризикованої поведінки, поліпшення соціального клімату. ВООЗ розробляє програми для підтримки підлітків. Наприклад, ініціатива ВООЗ і ЮНІСЕФ «Сприяння процвітанню підлітків», а також навчальні модулі та матеріали для педагогів [118, 119]. Міжнародна спільнота в рамках вирішення проблем психічного здоров'я молоді звертає увагу на проблему зловживання психоактивними речовинами серед молоді останніми роками, включаючи алкоголь, наркотики та тютюн, зокрема в Європі [56, 57].

Глобальні стратегії у сфері охорони здоров'я на 2022–2030 роки щодо ВІЛ, вірусного гепатиту та інфекцій, що передаються статевим шляхом, визначають орієнтири для впровадження цілеспрямованих дій у межах системи охорони здоров'я з метою ліквідації СНІДу, гепатиту В і С, а також ІПСШ до 2030 року [120, 121]. Крім цього, ВООЗ активно співпрацює з державами-партнерами та представниками громадянського суспільства для масштабування заходів у сфері боротьби з туберкульозом. Організація реалізує шість ключових функцій, які сприяють досягненню цілей Політичної декларації ООН на високому

рівні, Цілей сталого розвитку, Стратегії з ліквідації туберкульозу, а також пріоритетів ВООЗ. Ці функції включають: глобальне лідерство, підтримку досліджень і впровадження інновацій, розробку стандартів і норм профілактики та лікування, формування етичної політики у сфері боротьби з туберкульозом, надання технічної підтримки, а також моніторинг ситуації й звітування про перебіг епідемії [122].

Раціон харчування та рівень фізичної активності молоді значною мірою залежать від соціального й екологічного середовища, яке часто обмежує можливість особистого вибору. Ожиріння є скоріше соціальною проблемою, ніж індивідуальною, і вирішити її можна шляхом створення умов, що сприятимуть ЗСЖ, коли корисне харчування та регулярна фізична активність стають доступними й економічно вигідними елементами щоденної поведінки [123, 124]. У рамках Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я країни-члени ВООЗ ухвалили глобальні цілі у сфері харчування, які спрямовані на зниження поширеності надмірної ваги серед дітей, а також поставили завдання зупинити зростання рівнів діабету й ожиріння до 2025 року. Під час 75-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у 2022 році було схвалено оновлені рекомендації щодо профілактики та лікування ожиріння [34, 125, 126]. У західних промислово розвинених країнах усе частіше пріоритетними стають життєві орієнтири, пов'язані з фінансовим добробутом, популярністю, впливовістю, престижем та соціальним становищем. Рекламні кампанії значною мірою впливають на молодь, формуючи в неї уявлення про власну недосконаліть, якщо вона не володіє сучасними гаджетами, модним брендовим одягом, не вживає новітніх напоїв, зокрема енергетичних, або не має зовнішності, яка відповідає ідеалам, створеним засобами масової інформації. Такий тиск щодо зовнішнього вигляду та матеріального статусу негативно позначається на психічному й фізичному здоров'ї молодого покоління. ВООЗ називає булінг, низьку самооцінку, соціальні впливи, труднощі в управлінні стресом і популяризацію худорлявості в медіа серед основних чинників, що підвищують ризик виникнення розладів харчової пове-

дінки, зокрема анорексії та булімії [42]. У відповідь на занепокоєння, пов'язані з модельною індустрією, Британська рада моди закликала уряд вжити заходів, зокрема — заборонити участь моделей «нульового розміру», вимагати використання виключно здорових моделей віком від 16 років та створити спеціальну робочу групу для розробки галузевих стандартів. Аналогічні кроки зроблені в рамках проведення Мадридського тижня моди, заборонивши участь моделей із дефіцитом маси тіла, а також Мілан, який запровадив етичний кодекс, що забороняє використання моделей з анорексичною зовнішністю. У межах цієї політики Іспанія встановила заборону для моделей з індексом маси тіла (ІМТ) нижче 18 [127].

Глобальна стратегія ВООЗ щодо харчування, фізичної активності та здоров'я має на меті збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом створення умов, що сприяють довготривалим позитивним змінам на індивідуальному, громадському, національному та міжнародному рівнях. Це спрямовано на зниження захворюваності та смертності, пов'язаної з незбалансованим харчуванням і малорухомим способом життя. Заходи в рамках цієї стратегії сприяють реалізації Цілей розвитку тисячоліття ООН та мають значний потенціал для покращення глобального здоров'я. Основні завдання стратегії — зменшити вплив чинників ризику розвитку хронічних хвороб через систему охорони здоров'я, підвищити обізнаність населення про важливість раціонального харчування й рухової активності, а також розробити та втілити стійку політику і плани дій на глобальному, регіональному та національному рівнях, за активної участі всіх суспільних секторів [128, 129].

Питання сексуального та репродуктивного здоров'я є особливо актуальним для молоді, оскільки саме в цьому віці відбувається формування репродуктивного потенціалу. У період статевого дозрівання та інтенсивного психологічного розвитку підлітки стають вразливими до впливу соціального середовища й тиску однолітків, що може призводити до ризикованої сексуальної поведінки [42]. Здоров'я молоді відіграє ключову роль у глобальних ініціативах присko-

рення дій у сфері охорони здоров'я, ознаменувавши новий етап — епоху підвищеної уваги до підлітків у системі громадського здоров'я [130]. Аспекти здоров'я й розвитку підлітків інтегровані в Глобальну стратегію щодо охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків на 2016–2030 роки [131]. Інвестування в охорону здоров'я підлітків приносить потрійні результати: користь для сучасних підлітків, майбутніх дорослих і наступних поколінь. У звіті ВООЗ 2014 року «Здоров'я для підлітків усього світу» було наведено позитивні приклади результативних інвестицій у програми охорони здоров'я матерів і дітей [132]. Проблема підліткової вагітності є глобальною і має чітко визначені причини та серйозні медичні, соціальні й економічні наслідки [133–139]. Основна увага заходів, спрямованих на вирішення цього питання, зосереджена на профілактиці [27]. ВООЗ продовжує роботу з урядами та партнерами у сфері запобігання підлітковим вагітностям, дитячим шлюбам, а також щодо забезпечення соціальної підтримки неповнолітнім у шлюбі [28, 129, 140].

Багато з основних причин смертності серед молоді, включно з травмами та інфекціями, пов'язані зі станом довкілля. Через особливості фізіологічного розвитку підлітки є більш вразливими до шкідливих екологічних впливів і забруднення. До найнебезпечніших факторів, що негативно впливають на здоров'я молоді, належать забруднення повітря, наявність хімікатів і важких металів, зміна клімату, ультрафіолетове випромінювання, урбанізація та стан водо-санітарних систем [141].

Особливу тривогу викликає вплив повітряного забруднення на зір, що в умовах воєнних дій лише посилюється. Суміш диму, пилу та смогу, що характерна для великих міст і промислових зон, містить токсичні речовини, які шкодять органам зору. Найбільш шкідливими є: чадний газ, що порушує киснепостачання тканин; діоксид азоту, який погіршує нічний зір; сірчаний газ, що викликає печіння в очах; оксид азоту — подразнення слизових; алкани, які спричиняють помутніння кришталика; а також токсичні речовини як-от азбест, миш'як, бензол, хлор, свинець, діоксини та хлорвуглеці. Потрапляючи в очі, частинки диму розчиняються в сльозовій плівці й чинять токсичний вплив, що

у важких випадках може пошкодити зоровий нерв і сітківку. У Всесвітній доповіді про проблеми зору підкреслюється необхідність розвитку комплексної офтальмологічної допомоги, яка повинна бути інтегрована в системи охорони здоров'я, базуватись на первинній медичній допомозі та орієнтуватися на реальні потреби населення [142, 143].

Одними з найважливіших міжнародних підходів до ФЗСЖ є стратегії профілактики малорухливості серед підлітків і молоді. Для їх реалізації необхідне посилення зобов'язань і збільшення інвестицій з боку держав-учасниць, активне залучення недержавних організацій, подальший розвиток міжсекторальної співпраці, а також постійна методична підтримка та моніторинг з боку ВООЗ. До прикладів таких ініціатив належать рекомендації щодо розвитку інфраструктури для пішохідного та велосипедного руху, створення умов для збільшення фізичної активності в школах, на робочих місцях, у закладах дошкільної освіти та медичних установах, а також розширення доступу до спортивних майданчиків і громадських просторів [11, 144–146].

У сфері охорони здоров'я підлітків Європейське регіональне бюро ВООЗ надає країнам підтримку за трьома основними напрямами:

- запровадження комплексних, науково обґрунтованих, міжсекторальних підходів до охорони здоров'я молоді;
- уточнення ролі системи охорони здоров'я, зокрема провідної функції міністерств охорони здоров'я у впливі на інші галузі — освіту, ринок праці та соціальний захист;
- розробка заходів, спрямованих на зменшення нерівностей у сфері здоров'я та розвитку підлітків як у межах країн, так і на міжнародному рівні.

Крім того, ВООЗ приймала активну участь у формуванні та реалізації Європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я 2020» (резолюція EUR/RC60/R5). Організація забезпечує узгодження сучасних наукових знань у галузі здоров'я підлітків та його чинників, а також пропонує державам ефективні рішення й інтервенції, що сприяють покращенню здоров'я, зменшенню нерівностей і підвищенню добробуту [147–149].

Різні країни демонструють власний підхід до вирішення питань, пов'язаних із способом життя молоді. Наприклад, у Великій Британії діють популярні «Центри впевненого старту», які надають сім'ям з дітьми послуги в галузі виховання, працевлаштування, соціального захисту та охорони здоров'я за принципом «єдиного вікна». У Фінляндії впроваджено комплекс правових ініціатив, спрямованих на повне припинення тютюнопаління, з метою зменшити частку курців до менш ніж 2% до 2040 року. В країні популярна концепція «покоління без тютюну», яка ґрунтується на забороні початку куріння. У Данії успішно діє Національний дитячий комітет, створений і профінансований урядом, який залучає дітей і підлітків до участі в ухваленні рішень, що стосуються їхнього життя. У Молдові реалізується проєкт «Здорове покоління», спрямований на підвищення обізнаності підлітків про здоров'я через надання їм дружніх до молоді послуг [150–163].

Сьогодні ВООЗ просуває концепцію «п'яти S» (5S) як підхід до покращення підліткової охорони здоров'я. Інвестиції в цю сферу мають подвійний ефект: вони допомагають розірвати замкнене коло слабкого здоров'я та соціально-економічної вразливості, одночасно зміцнюючи здоров'я молодого покоління та сприяючи зростанню добробуту. Адже саме молодь є рушійною силою як сучасного, так і майбутнього розвитку суспільства:

- «Supportive policies — підтримуючих політик (що ґрунтуються на принципах дотримання прав людини), які необхідно впроваджувати;

- Strategic information — стратегічна інформація, необхідна для планування та моніторингу;

- Service delivery models — моделі надання послуг, дружніх до молоді, включаючи систему шкільних послуг охорони здоров'я та систему первинної медико-санітарної допомоги;

- Sustainable resources — стійких ресурсів у галузі нарощування потенціалу та планування;

- Cross-Sectors approach — міжсекторальний підхід до політиків та заходів з охорони здоров'я підлітків» [164].

Отже, ефективність міжнародних стратегій у сфері охорони здоров'я молоді визначається їхньою системністю, здатністю оперативно реагувати на актуальні виклики щодо зменшення впливу негативних факторів ризику, міжсекторальною взаємодією, відповідальним підходом до комунікації, державною підтримкою та активним залученням громадськості.

Висновки до розділу 1

1. Основними причинами смертності серед підлітків та молоді залишаються травми, зокрема внаслідок дорожньо-транспортних пригод і утоплень, випадки міжособистісного насильства, самоушкодження, а також ускладнення, пов'язані з вагітністю. Рівень виживання підлітків суттєво відрізняється залежно від регіону: у 2021 році найвищі показники смертності серед осіб віком 10–24 років були зафіксовані в країнах Африки на південь від Сахари, тоді як найнижчі — у Європі та Північній Америці. Зокрема, для 10-річної дитини в цьому регіоні ризик не дожити до 24 років був у шість разів вищим, ніж у розвинених країнах Заходу.

2. Глибока нерівність у стані здоров'я пояснюється не лише біологічними чинниками. Вона формується під впливом соціально-економічних умов та державної політики, яка визначає якість життя, освіти, роботи й навколишнього середовища. Такі відмінності є несправедливими, проте здебільшого усуваними, адже йдеться не тільки про економіку, а насамперед про соціальну справедливість і права людини.

3. Право на здоров'я означає можливість без дискримінації отримувати медичні послуги, а також жити в умовах, що сприяють збереженню здоров'я — доступ до чистої води, адекватної санітарії, безпечного житла, повноцінного харчування, гідних умов праці та екологічної безпеки, а також доступу до освіти і медичної інформації.

4. Глобальні підходи до здорового способу життя включають не лише профілактику основних захворювань, а й удосконалення систем надання екстреної допомоги, починаючи з виклику служб і транспортування до

лікарень, і завершуючи якісною медичною підтримкою на всіх етапах, що суттєво знижує ризик летальних випадків та інвалідизації внаслідок травм або насильства.

5. До найефективніших заходів профілактики насильства над дітьми відносять: прийняття і дотримання відповідних законів; формування здорових соціальних норм і цінностей; створення безпечного середовища; підтримку батьків та опікунів; покращення економічної стабільності сімей; надання допомоги постраждалим; та розвиток освіти й життєвих навичок. Ці напрямки втілюються через міжсекторальний підхід, передбачений програмою INSPIRE, яка охоплює сектори охорони здоров'я, освіти, правосуддя, соціальної підтримки та фінансів.

6. Успішні міжнародні підходи до вирішення проблем молодіжного здоров'я ґрунтуються на системному підході, оперативній реакції на виклики щодо зменшення впливу на здоров'я негативних факторів ризику, взаємодії між секторами, відповідальній комунікації, державній підтримці та широкій участі громад.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Знаменська МА, Жданова ОВ, Слабкий ГО. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: Аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. Україна. Здоров'я нації. 2019;1:59–6.

2. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966.

3. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474.

РОЗДІЛ 2
ПРОГРАМА, ПРЕДМЕТ, ОБСЯГИ ТА ОСНОВНІ МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Програма, етапи дослідження

Для досягнення поставленої мети наукового дослідження нами була розроблена програма, заснована на системному підході, яка передбачала реалізацію п’яти організаційних етапів. Кожен із цих етапів був спрямований на вирішення конкретних завдань дисертаційного дослідження з використанням відповідних методів та залученням достатнього обсягу емпіричних даних. Це забезпечило отримання повної та достовірної інформації для оцінки стану об’єкта й предмета дослідження (рис. 2.1).

Структура дослідження сприяла забезпеченню його цілісності та логічної послідовності. Результати, здобуті на попередніх етапах, слугували основою для формулювання завдань наступних етапів, а також стали підґрунтям для узагальнення зібраного матеріалу з метою досягнення загальної мети роботи.

Перший організаційний етап полягав у вивченні світового досвіду організаційних підходів до ФЗСЖ серед молоді як одного з ключових чинників збереження та зміцнення здоров’я. Для цього було застосовано системний підхід і бібліосемантичний аналіз наукових джерел, що дозволило обґрунтувати необхідність створення медико-соціальної концептуальної моделі комунікацій щодо формування ЗСЖ серед молоді України. За результатами цього етапу було уточнено напрям дослідження, а також визначено його об’єкт і предмет. Аналіз охопив 194 джерела, з яких 137 — іноземною мовою (латиницею), а 57 — українською (кирилицею).

Другий етап дослідження був присвячений розробці програми наукової роботи, чіткому формулюванню її мети та завдань, а також обґрунтуванню методів збору та аналізу матеріалів і визначенню необхідного обсягу дослід-ження.

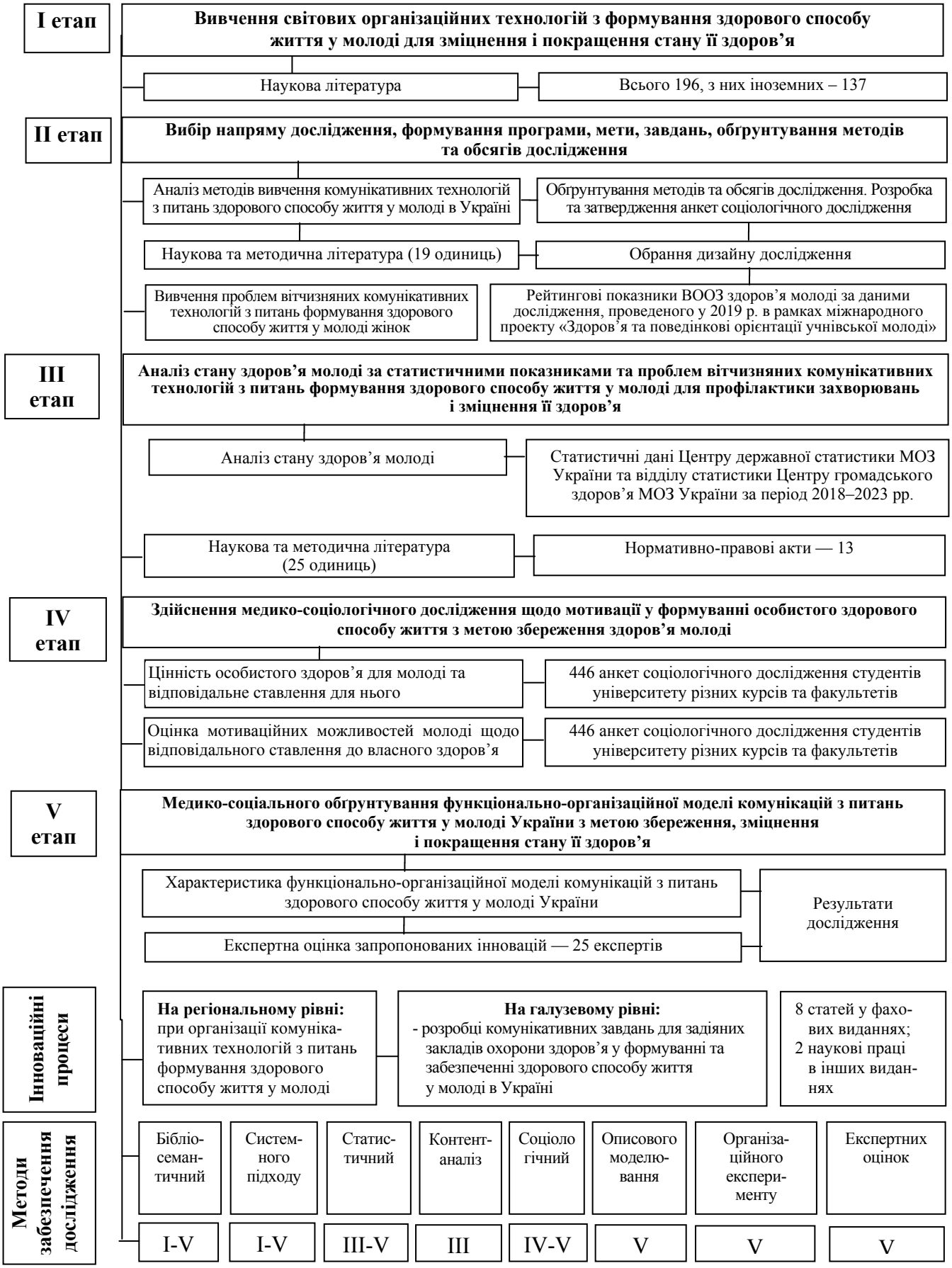

Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження.

Методики досліджень були затверджені на засіданні Комісії з питань етики та академічної доброчесності НУОЗ України імені П. Л. Шупика (протоколи засідань № 12 від 05.12.2024 та № 11/1 від 30.05.2025). На цьому етапі було розроблено план дослідження, визначено об'єкт дослідження, обсяг статистичних сукупностей (генеральну та вибіркову), часовий період дослідження (2018–2023 роки), а також вибрано методи та способи спостереження й збору даних. Також було визначено бази наукового дослідження і розроблено методологію для комплексного вивчення проблем вітчизняних комунікативних технологій з питань формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Третій організаційний етап дослідження згідно з розробленою програмою та планом дослідження, присвячено висвітленню стану здоров'я молоді за статистичними показниками, а також проблеми вітчизняних комунікативних технологій з питань формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Під час виконання цього організаційного етапу вивчено та проаналізовано:

- основні тенденції стану здоров'я молоді в Україні;
- проблеми формування репродуктивного здоров'я в Україні на основі звітних даних 2018–2023 рр.;
- проблеми поведінкового характеру способу життя молоді в Україні;
- вплив сучасних електронних технологій на формування здорового способу життя молоді в Україні;
- нормативне забезпечення комунікативних технологій з формування здорового способу життя молоді в Україні.

Інформаційною базою на цьому етапі дослідження використано статистичні дані Центру державної статистики МОЗ України та відділу статистики Центру громадського здоров'я МОЗ України за період 2018–2023 рр., рейтингові показники здоров'я молоді за даними дослідження, яке було проведено у 2019 р. в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації

учнівської молоді», а також діючі нормативно-правові документи стосовно забезпечення формування здорового способу життя молоді в Україні, зокрема: закон України «Про основні засади молодіжної політики», проект закону України «Про молодь», Закони України «Про фізичну культуру і спорт», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про охорону навколишнього середовища», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб» [181], указ Президента України № 300/2021 від 21.07.2021 «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація"» [182], наказ МОЗ України № 1 від 05.01.1999 «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 326 від 08.12.2000 [183], наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» [193].

На третьому етапі дослідження було застосовано такі методи: бібліосемантичний аналіз, системний підхід та медико-статистичні методи.

Четвертий, організаційний етап передбачав вивчення мотиваційних чинників, що впливають на формування здорового способу життя серед студентської молоді. Для цього на основі спеціально розробленої анкети було проведено опитування 446 студентів різних курсів і факультетів, зокрема 217 осіб, які навчаються на медичних спеціальностях, 105 — на стоматологічному факультеті та 124 — на факультетах немедичного профілю.

У ході соціологічного дослідження забезпечено дотримання принципів конфіденційності та захисту персональних даних учасників. Анкету, яка складалась з п'яти розділів, представлено в Додатку А.

Перший розділ стосувався питань, що визначають, які саме цінності студенти приписують особистому здоров'ю та яке місце воно займає серед інших цінностей у їх ієрархії.

Друга частина запитань стосувалась соціально-психологічної оцінки відповідального ставлення опитаних студентів до особистого здоров'я.

Третя частина запитань стосувалась вивчення готовності студентів щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я за наступними критеріями: «Вважаю себе повністю готовим», «Більше готовий, ніж не готовий», «Більше не готовий, ніж готовий», «Не готовий», «Не визначився», «Вважаю, що мій стан здоров'я успадкований і його рівень не залежить від готовності до відповідального ставлення».

Четверта частина питань анкети стосувалась з'ясування причин низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я за наступними критеріями: «Недостатній рівень інформованості про механізм ЗСЖ», «Наявність інших пріоритетних життєвих питань», «Відсутність фінансових умов для ведення ЗСЖ», «Територіальна недоступність умов для ведення ЗСЖ», «Небажання позбутися шкідливих звичок», «Члени сім'ї не ведуть ЗСЖ», «Друзі не ведуть ЗСЖ», «Наявність тяжкого хронічного захворювання».

П'ята частина питань анкети стосувалась вивчення мотиваційних механізмів щодо відповідального ставлення студентів до власного здоров'я, зокрема: «Бути здоровим економічно вигідно», «Здоров'я забезпечує красивий зовнішній вигляд», «Здоров'я — можливості кар'єрного росту», «Здоров'я сприяє фізичній витривалості», «Здоров'я забезпечує психологічну стійкість в критичних ситуаціях», «Здоров'я покращує якість життя», «Здоров'я — основа щасливої сім'ї».

У процесі дослідження було застосовано соціологічний та статистичний методи, які забезпечили збір і аналіз емпіричних даних.

На п'ятому, заключному організаційному етапі проведено медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі комунікацій, спрямованої на формування здорового способу життя у молоді в Україні. Метою створення моделі стало покращення стану здоров'я молодого покоління. Розробка моделі базувалася на комплексному аналізі наукової літератури, що висвітлює міжнародний досвід у сфері ЗСЖ, офіційних рекомендаціях Всесвітньої

організації охорони здоров'я, а також за результатами власного емпіричного дослідження.

У процесі обґрунтування моделі було визначено низку ключових проблем, які перешкоджають ФЗСЖ в Україні. Зокрема, йдеться про відсутність у батьків належних навичок щодо формування ЗСЖ у дітей, включно з власним прикладом; нестачу системного підходу до формування і підтримки ЗСЖ у закладах освіти різних рівнів — від дошкільних до вищих; недостатню ефективність використання сучасних інформаційних технологій у просвітницькій діяльності; низький рівень мотивації молоді щодо ведення здорового способу життя; а також відсутність актуальної державної комунікаційної стратегії у сфері ЗСЖ.

На законодавчому рівні ФЗСЖ не визначене як пріоритетне завдання, відсутні уніфіковані стандарти, існуючі підходи залишаються застарілими, а функціональні ролі різних секторів соціально-економічної діяльності в межах державної політики не розмежовані. Все це вказує на фрагментарність і несистемність реалізації політики у сфері здорового способу життя на національному рівні. Наразі питання ЗСЖ розглядається однобічно, без комплексного підходу, що, у свою чергу, негативно впливає на стан здоров'я дітей і молоді, створюючи загрозу як для репродуктивного, так і для продуктивного потенціалу держави.

Теоретичним обґрунтуванням розроблення концептуальної моделі комунікацій щодо ФЗСЖ у молоді в Україні стало: міжнародні стратегії щодо здорового способу життя підлітків та молоді, стан здоров'я молоді в Україні, нормативне забезпечення формування здорового способу життя в Україні, результати соціологічного опитування студентської молоді щодо мотивації ведення здорового способу життя та математичної моделі факторів, які впливають на формування здорового способу життя, а також участь лікаря загальної практики-сімейного лікаря на рівні первинної медичної допомоги у формуванні здорового способу життя.

У процесі розроблення концептуальної моделі було визначено її структуру, цілі, основні функції, завдання, а також ресурси і механізми реалізації. На цьому етапі дослідження використовувалися методологічні підходи системного аналізу та описового моделювання [195, 196].

Було організовано експертне оцінювання запропонованої моделі комунікацій, спрямованої на ФЗСЖ серед молоді в Україні. Авторка дисертаційної роботи презентувала основні положення своєї наукової розробки та надав розгорнуті відповіді на запитання експертів. Експерти здійснювали оцінювання за допомогою спеціально підготовленої анкети, застосовуючи 10-бальну шкалу. Отримані оцінки пройшли подальшу статистичну обробку.

Результати експертного аналізу підтверджують високу ефективність і практичну значущість запропонованої моделі. Середній бал загальної оцінки моделі склав 9,3±0,7 при відносному стандартному відхиленні 7,3%. Також високі оцінки отримали окремі складові моделі: нормативно-правове регулювання у сфері формування здорового способу життя — 9,6±0,6 (відхилення — 6,7%); розроблення стандартів ЗСЖ — 9,9±0,4 (відхилення — 4,4%); забезпечення ЗСЖ силами лікарів загальної практики — сімейних лікарів на первинному рівні — 9,9±0,4 (відхилення — 4,0%); міжсекторальні освітні програми з питань ЗСЖ — 9,3±0,7 (відхилення — 7,3%); соціально-економічне забезпечення доступності молоді до ЗСЖ — 9,3±0,7 (відхилення — 7,3%); інформаційна підтримка процесів ЗСЖ — 9,5±0,5 (відхилення — 5,4%).

Зведені результати свідчать про те, що модель отримала позитивну оцінку з боку незалежних експертів (9,3±0,7 бала) за умов статистично значущого рівня узгодженості їхніх суджень (коефіцієнт конкордації Кендалла $W = 0,143$; $p<0,001$), що вказує на достатньо високий рівень консенсусу. Відносне стандартне відхилення оцінок коливалося в межах 4,0–7,3%, що додатково підтверджує сталість експертних оцінок.

Таким чином, використання сучасних дослідницьких методик як окремо, так і в комплексі, забезпечило отримання достовірних, репрезентативних резуль-

татів. Вони стали основою для формування цілісної концептуальної моделі комунікацій, орієнтованої на покращення здоров'я молоді шляхом впровадження здорового способу життя у молоді в Україні.

2.2 Характеристика вибірки опитаних респондентів

Загальна вибірка опитаних респондентів становила 446 осіб, серед яких 217 навчалися на медичному факультеті, 104 особи стоматологічного факультету та 125 — на немедичному. Детальна соціодемографічна характеристика опитаних респондентів представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика опитаних респондентів, абс. (%)

Показник	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=104	Немедичний факультет, n=125	p χ^2
Місце помешкання				
Село	122 (56,2)	60 (57,7)	69 (55,2)	0,931
Місто	95 (43,8)	44 (42,3)	56 (44,8)	0,144
Стать				
Жінки	116 (53,5)	56 (53,8)	55 (44,0)	0,191
Чоловіки	101 (46,5)	48 (46,2)	70 (56,0)	3,310

Так, серед опитаних респондентів медичного факультету 56,2% було сільських жителів, 43,8% — міських; серед представників стоматологічного факультету відповідні показники складали 57,7 та 42,3%; респондентів немедичного факультету було 55,2 та 44,8% відповідно. Достовірної різниці відносно зазначених частотних показників визначено не було, тому за географічним типом вибірки співставні.

Стосовно розподілу опитаних за статтю респондентів медичного факультету жіночої та чоловічої статі було відповідно 53,5 та 46,5%; стоматологічного — відповідно 53,8 та 46,2%, немедичного — відповідно 44,0 та 56,0%. Зазначені частотні характеристики також достовірно не різнилися (p=0,191), тому за статевою характеристикою вибірки були співставні.

Вікова характеристика (табл. 2.2) показала середній вік серед респондентів медичного, стоматологічного та немедичного факультетів становив відповідно 19,9±1,2; 20,7±1,0 та 19,9±1,1 років. Достовірної різниці в міжгруповому аналізі даних когорт не було отримано, тому за віковим показником дані вибірки співставні.

Таблиця 2.2

Вікова характеристика опитаних респондентів, M±SD

Показник	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=104	Немедичний факультет, n=125	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
Вік, років	19,9±1,2	20,7±1,0	19,9±1,1	0,05	0,34	0,32

Примітки:

1. p_{1-2} — достовірність відмінностей між респондентами медичного та стоматологічного факультетів;
2. p_{1-3} — достовірність відмінностей між респондентами медичного та немедичного факультетів;
3. p_{2-3} — достовірність відмінностей між респондентами стоматологічного та немедичного факультетів;

2.3 Статистична обробка отриманих даних

Обробка отриманих даних здійснювалася з використанням прикладного програмного забезпечення Microsoft® Excel® (trial version) для попереднього аналізу, а також StatSoft® Statistica® v. 10 (STA999K347156-W) та IBM® SPSS Statistics 25.0 (trial version**)** для проведення повноцінної статистичної обробки результатів.

Для визначення характеру розподілу кількісних показників було застосовано графічний аналіз у поєднанні з формальними критеріями нормальності, зокрема тестами Колмогорова–Смірнова та Ліліфорса (Kolmogorov-Smirnov & Lilliefors), а також критерієм Шапіро–Уілка (Shapiro-Wilk). Аналіз виявив незначні відхилення від нормального розподілу, у зв'язку з чим подальші статистичні обчислення виконувались із використанням непараметричних методів медико-статистичної обробки.

Під час опису центральної тенденції та варіативності безперервних (інтервальних) змінних розраховували середнє арифметичне значення (M) та стандартне відхилення (SD), представляючи результати у форматі M±SD.

Для оцінки статистичної значущості різниці між двома незалежними вибірками застосовувався T-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (Independent-Samples Student's T-test).

Показники, що мали якісний характер (бінарні, порядкові, номінальні тощо), подавалися у вигляді абсолютних значень та відсоткового співвідношення (абс., %). Порівняльний аналіз між групами щодо якісних змінних проводився за допомогою чотирипільних і багатопільних таблиць із подальшим використанням критерію χ^2 Пірсона (Pearson's chi-squared test).

Для встановлення зв'язків між досліджуваними змінними та бінарною залежною змінною проводився багатофакторний логістичний регресійний аналіз із розрахунком коефіцієнтів β, стандартизованих коефіцієнтів (Odds Ratio, ВШ) та відповідних 95% довірчих інтервалів (Confidence Intervals, ДІ). Створення моделей здійснювалося шляхом об'єднання змінних за змістовими критеріями (наприклад, ставлення до здоров'я, готовність дотримуватися здорового способу життя, чинники, що перешкоджають тощо).

Для дослідження лінійних зв'язків між кількісними змінними застосовувався метод множинної лінійної регресії з визначенням коефіцієнтів β та відповідних 95% довірчих інтервалів.

Під час побудови регресійних моделей використовувались валідовані підходи: метод одночасного включення змінних (Enter), а також покрокові методи введення (Forward stepwise) та виключення (Backward stepwise) змінних з моделі. Первинно до моделі вносили всі доступні предиктори для попередньої оцінки їх значущості. На наступному етапі залишали лише ті змінні, які вносили істотний внесок у формування залежної змінної, тоді як неінформативні показники поступово вилучались. У разі виконання логістичної регресії з бінарною залежною змінною використовувався метод Вальда для оптимізації складу змінних.

Для перевірки статистично значущих відмінностей між двома незалежними вибірками було використано Т-критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (Independent-Samples Student's T-test). Якісні характеристики (бінарні, порядкові, номінальні) представлялись у вигляді абсолютних (абс.) та відносних (%) величин. Для порівняльного аналізу частотних розподілів між групами застосовували чотирипільні або багатопільні таблиці з подальшим використанням χ^2-критерію Пірсона (Pearson's chi-squared test). Для оцінки запропонованої моделі комунікації фломування здорового життя молоді в Україні використовували експертну оцінку, при цьому для оцінки рівня узгодженості їхніх суджень застосовували коефіцієнт конкордації (узгодженості думок експертів) Кендала.

Усі статистичні висновки базувалися на критичному рівні значущості $p = 0,05$, із обов'язковим зазначенням фактичного значення p-коефіцієнта для кожного порівняння.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5. doi: 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76

2. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров’я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4.

3. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров’я жінки. 2025;3:53–8. doi.org/10.30841/2708-8731.3.2025.329492.

РОЗДІЛ 3
ПРОБЛЕМИ ВІТЧИЗНЯНИХ КОМУНІКАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ПИТАНЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ

Відповідно до закону України «Про основні засади молодіжної політики (п. 17 ст. 1. розд. I) «... молодь – молоді особи — це особи віком від 14 до 35 років, які є громадянами України, іноземцями та особами без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах» [165]. Вітчизняна вікова градація дещо відрізняється від визначення ВООЗ з 2015 р., де молодою вважається людина у віці від 25 до 44 років [10]. Також ВООЗ чітко в своїх документах зазначає, що люди усіх вікових груп повинні вести ЗСЖ з метою мінімізації ризику серйозних захворювань або передчасної смерті, чому сприяють певні типи поведінки, яким треба навчити перш за все підлітків та молодь в рамках формування ЗСЖ [9].

На сьогодні відомо, що у законопроекті «Про основні засади молодіжної політики», ухваленому Верховною Радою України в першому читанні, йдеться про зниження межі молодого віку до 29 років [166], що не суперечить ані міжнародним, ані вітчизняним стратегіям щодо формування ЗСЖ, починаючи з 14 років.

Нами проведено дослідження впливу факторів комунікації на формування ЗСЖ молоді в Україні.

3.1 Основні тенденції стану здоров'я молоді в Україні

Стан здоров'я молоді України та його сучасні тенденції є основною передумовою необхідності комплексного міжсекторального впливу на ФЗСЖ шляхом ефективних комунікативних технологій та профілактичних програм.

За нашим дослідженням, статистична обробка показників здоров'я молоді у відповідності закону України «Про основні засади молодіжної політики віком

від 14 до 35 років відсутня, за виключенням окремих показників формування репродуктивного здоров'я. Тому ми використали деякі рейтингові показники (ВООЗ) здоров'я молоді за даними дослідження, яке було проведено у 2019 р. в рамках міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» [167].

Як і в усьому світі, насильство та травми є одними з основних проблем здоров'я молоді в Україні. Агресивна поведінка серед підлітків, що проявляється як фізичне насильство, так і моральний тиск (образи, насмішки, нецензурні висловлювання), залишається актуальною. 37,9% підлітків стали жертвами насильства. Участь у бійках часто призводить до травм, що спостерігається у 39,4% підлітків. Зокрема, кожен п'ятий (20,5%) отримав одну травму, 8,8% — дві травми, 4,6% — три травми, а 5,5% — чотири та більше травм. Кожен четвертий підліток хоча б раз у своєму житті зазнав фізичного насильства. Серед старших (студентів) цей показник дещо вищий — 32,2%. Емоційному насильству піддається 25,4% підлітків, причому дівчата відзначають це частіше за хлопців (27,6 проти 23,2%).

Що стосується психічного здоров'я, то 74,5% підлітків часто відчувають нервозність або роздратованість з поганим настроєм (78,4%), причому ці прояви прогресивно зростають з віком, особливо серед дівчат (п'ята частина переживає такі симптоми майже щодня). Такі стани негативно впливають на якість сну майже у третини досліджених, а також багато хто відчуває часті запаморочення, що вимагає додаткового обстеження для з'ясування причин порушень психічного здоров'я. Вживання психоактивних речовин серед підлітків як загрозливий фактор ризику є серйозною проблемою для системи охорони здоров'я молоді в Україні. Проблемою є доступність до широкого спектру психоактивних речовин та недостатнє усвідомлення підлітками ризиків, пов'язаних з їх вживанням. Хоча канабіс та інші нелегальні наркотики заборонені, алкоголь і тютюн є доступними, незважаючи на обмеження щодо їх реклами та продажу неповнолітнім. Споживання алкоголю та тютюну стало звичним у культурних

практиках населення, особливо через відсутність альтернатив у сфері дозвілля, і молодь сприймає це як норму. У середньому 39,4% підлітків хоча б раз у житті вживали алкоголь, а серед 17-річних цей показник становить 42,8%. Уживання алкоголю серед підлітків демонструє виразну вікову динаміку: якщо серед 13-річних вживали алкоголь 13,8%, то серед 14-річних — вже 23,8%, а серед 15-річних — 32,2%.

Аналогічну тенденцію простежено у вживанні тютюну: загалом 20,1% підлітків мають досвід куріння (24% хлопців та 16% дівчат), і ця частка зростає з віком — від 4,3% у 10-річному віці до 38,8% у 17 років. Щоденне куріння характерне для 5,1% підлітків, тоді як серед студентської молоді цей показник сягає 31,1%. Особливо різке зростання частки щоденних курців спостерігається у віці 15 років: серед хлопців цього віку курить кожен десятий (10,8%), а серед 17-річних — уже 21,0%. У дівчат їх кількість становить 3,9% у 15 років і 7,9% у 17 років, при цьому зберігається чітка гендерна різниця — дівчата курять значно рідше, ніж хлопці [46, 84].

Дослідження щодо вживання наркотичних речовин показали, що в середньому 7,8% підлітків хоча б раз уживали марихуану: 1,4% серед 13-річних і 13,9% — серед 17-річних. У півтора рази більше хлопців повідомили про такий досвід (9,4% проти 6,1% серед дівчат). Отже, в Україні кожен четвертий юнак (24,0%) та кожна шоста дівчина (16,0%) курять, марихуану вживають 9,4% хлопців і 6,1% дівчат, а понад половина підлітків та молоді (58,0%) мають досвід вживання алкоголю. Це свідчить про критичну ситуацію із поширенням шкідливих поведінкових звичок серед молоді.

Рівень фізичної активності дітей і підлітків є недостатнім: необхідна добова норма не забезпечується під час уроків фізкультури. Хоча 23,7% підлітків щодня займаються фізичною активністю не менше години, цей показник знижується з віком — від 30,0% серед 10–11-річних до 17,0% серед 16–17-річних. Повна відсутність фізичної активності спостерігається у 6,0% підлітків, а низький рівень (один день на тиждень по годині) — у 5,8%, переважно серед

старших підлітків. Недостатня фізична активність у дитячому віці, відсутність мотивації до регулярних занять фізичними вправами, недооцінка фізичного виховання призводять до формування стійкої байдужості до спорту у дорослому житті. Це стає причиною зниження фізичної працездатності, надмірної ваги, ожиріння, порушень опорно-рухового апарату, зокрема болю у плечах та спині, що характерні для сидячого способу життя. Отже, фізична активність, повноцінний сон і здоровий спосіб життя є ключовими чинниками підтримки здоров'я, особливо в юному віці. ВООЗ рекомендує дітям та підліткам принаймні 60 хвилин щоденної активності помірної або високої інтенсивності з мінімальною тривалістю одного заняття 10 хвилин.

Однак сучасний стиль життя молоді пов'язаний з гіподинамією: підлітки щодня проводять по 3–6 годин і більше перед екранами гаджетів — майже кожен шостий (17,6%) витрачає на це понад 6 годин на день, причому серед дівчат цей показник вищий (20,0%) порівняно з хлопцями (15,2%). Частота користування електронними пристроями збільшується з віком: від 6,8% серед 10-річних до понад 23,0% серед 16–17-річних, що пояснюється меншим батьківським контролем у старшому віці [46].

Інтернет став невід'ємною частиною життя молоді: 97,0% осіб віком 15–29 років в Україні є користувачами мережі. Соціальні мережі, хоч і відкривають нові можливості для спілкування, одночасно несуть низку ризиків:

- ризик доступу до особистої інформації;
- вплив онлайн-досвіду на реальну поведінку;
- постійність контенту (неможливість повного видалення);
- використання особистих даних з корисливою метою;
- ризик дезінформації;
- віктимізація (використання даних проти користувача);
- формування залежності;
- ізоляція від реального соціального життя;
- імпульсивна поведінка в мережі.

За результатами дослідження, 18,2% підлітків часто ігнорували інші важливі справи, такі як хобі або спорт, заради перебування в соцмережах. Найбільша частка таких випадків зафіксована серед 16-річних дівчат — 26,0%.

Проблеми із зором, спричинені надмірним використанням електронних пристроїв, нині є досить поширеним явищем серед школярів і студентів. У середньому молодь проводить близько дев'яти годин на день перед екранами смартфонів, планшетів, моніторів і телевізорів. Більшість дітей старше 12 років уже мають потребу у корекції зору. Найчастішою проблемою стає перенавантаження очей, яке з часом призводить до розвитку короткозорості. Проте первинними симптомами є сухість очей, сльозотеча, свербіж, почервоніння та подразнення, які діти часто ігнорують. Також можуть з'являтись печіння, підвищена чутливість до світла та труднощі з фокусуванням. Практично всі учні стикаються з комп'ютерним зором (астенопією) — специфічним порушенням зору. За даними статистики, 40,0% людей, які щодня працюють за комп'ютером, відчувають ці симптоми постійно, а 92,0% — періодично. Аналіз досліджень 1990–2023 років засвідчив поступове зростання загальної поширеності короткозорості у світі з 24,3 до 35,8%. Найвищі показники спостерігаються серед підлітків (47,0%) та учнів старших класів (45,7%) [84].

Оцінка рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності у підлітків також включає гігієну ротової порожнини. Проте виявлено, що 5,0–10,0% підлітків не дотримуються рекомендацій щодо регулярного чищення зубів, а 1,7% 17-річних узагалі ніколи не чистять зуби. Збалансоване харчування є ще одним важливим чинником здорового способу життя. Дослідження показують, що з віком зростає частка молоді з нормальним індексом маси тіла — від 66,3% серед 11-річних до 75,3% серед 17-річних. Хлопці частіше мають нормальну вагу, водночас дефіцит маси тіла притаманний значній кількості підлітків, особливо дівчат: майже кожна четверта 11-річна дівчинка повідомляє про недостатню вагу, як і кожна п'ята у 13, 15 та 17 років. У хлопців ці показники коливаються від 16,0% серед 11-річних до 8,0% серед 17-річних. Така

тенденція часто зумовлена впливом ЗМІ та ідеалізацією худорлявості, що спонукає дівчат до обмежень у харчуванні. Найбільше випадків надмірної ваги зафіксовано серед 11- та 13-річних, причому частіше це стосується хлопців, аналогічна ситуація спостерігається і з ожирінням. Склад харчування також має велике значення. Частка підлітків, які регулярно вживають як корисні (овочі, фрукти), так і шкідливі (солодощі, газовані напої) продукти, залишається стабільною у різних вікових і статевих групах, що свідчить про вже сформовані харчові звички. Так, 42,4% підлітків споживають кока-колу та інші солодкі газовані напої більше одного разу на тиждень, причому серед хлопців цей показник сягає 48,7%, серед дівчат — 37,5%. Попри рекомендації споживати щодня 4–5 порцій овочів і 2 порції фруктів, на практиці фрукти щодня їдять лише 51,2% підлітків, а овочі — 42,2%. Натомість дедалі більше вживається їжа, що містить штучні трансжири, які негативно впливають на клітинні мембрани, порушують обмін речовин і провокують розвиток захворювань серцево-судинної системи, печінки, нервової системи, а також ожиріння. Трансжири містяться у великій кількості продуктів, зокрема у снеках, випічці, майонезі, чіпсах, соусах, шоколаді, морозиві та цукерках. Щодо солодощів, то понад 75,2% підлітків споживають їх більше одного разу на тиждень, з них 35,5% — щодня. Найчастіше це стосується дівчат, незалежно від віку [84].

Формування репродуктивного здоров’я є важливою складовою загального формування здорового способу життя. Проте теми сексуального виховання, статевої поведінки та сексуальності й досі майже не розглядаються в системі середньої та вищої освіти і залишаються поза увагою в інформаційному просторі. Через поєднання сексуальної необізнаності з нав’язливою сексуалізацією у медіа українські підлітки зростають у середовищі підвищеного ризику, де сексуальна активність становить не меншу загрозу, ніж вживання алкоголю чи наркотиків. Це проявляється у таких негативних явищах, як ранні статеві стосунки, аборти, інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом, та сексуальне насильство. Дослідження свідчать, що 18,3% підлітків вже мали

досвід статевого життя. Серед них 3,7% — це 13-річні, а 34,2% — 17-річні. Зокрема, 9,2% розпочали статеве життя у віці 12 років або раніше (12,1% хлопців і 3,5% дівчат), більшість (66,8%) почали статеве життя після 15 років. Під час першого сексуального контакту презерватив використовували 69,3% підлітків [46]. Водночас у старшій віковій групі дівчата частіше нехтували засобами захисту — третина 16-річних та чверть 17-річних. Ці дані свідчать про недостатній рівень інформованості підлітків щодо збереження репродуктивного здоров'я, що пояснюється слабкою взаємодією між освітніми закладами, системою охорони здоров'я, ЗМІ та родинами. Основним джерелом інформації про сексуальні стосунки для підлітків є Інтернет — його вказали 58,4% респондентів, на другому місці — друзі та однолітки (41,0%), тоді як лише 32,5% отримували таку інформацію від батьків, а 28,9% — від вчителів [46, 84].

Внаслідок цього молодь віком 15–24 років залишається однією з найбільш уразливих до ризику інфікування ВІЛ через брак профілактичних знань, ранню сексуальну активність і незахищені статеві стосунки. За результатами епідеміологічного нагляду, у 2008–2017 роках частка ВІЛ-інфікованих серед осіб 15–24 років знизилась з 16,1 до 6,0%. Однак проблема не втратила актуальності. Так, у 2024 році найбільше випадків недавнього інфікування ВІЛ виявлено саме у віковій групі 18–24 років, особливо серед жінок до 20 років — 19,0% від протестованих. Основним фактором ризику залишаються незахищені статеві контакти [46, 84].

Формування репродуктивного здоров'я в підлітковому віці є ключовим етапом для його збереження в дорослому житті. Цей процес є багатогранним і довготривалим, він залежить як від фізичного стану організму, так і від способу життя, гігієнічної культури, умов довкілля, а також поведінки людини у сфері статевих стосунків. Вплив різних чинників змінюється залежно від віку. Щороку близько 500 тисяч дівчат вступають у репродуктивний період. Саме гармонійний розвиток організму у цей час має вирішальне значення для майбутнього здоров'я жінки та її здатності до народження дітей. Водночас репро-

дуктивна поведінка підлітків часто виявляється ризикованою: через відсутність належної підготовки до безпечного сексу підвищується ймовірність зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом.

Захворюваність на ІПСШ (табл. 3.1) підлітків віком 15–17 років в Україні за період 2018–2023 рр. має позитивну тенденцію: зниження показника захворюваності на сифіліс становить 76,6% (2018 р. — 2,86 на 100 тис. дівчат віком 15-17 років, 2023 р. — 0,67); на гонококову інфекцію — 68,2% (2018 р. — 2,67; 2023 р. — 0,85); хламідіоз — 89,3% (2018 р. — 9,36; 2023 р. — 1,0); на трихомоніаз — 85,5% (2018 р. — 59,97, 2023 р. — 8,7); на уреаплазмоз — 90,4% (2018 р. — 21,01; 2023 р. — 2,01).

Таблиця 3.1

Динаміка захворюваності дівчат-підлітків 15–17 років на інфекції, що передаються статевим шляхом (Україна, 2018–2023 рр.)

Вид захворювання	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число
Сифіліс	2,86	15	0,94	5	1,08	6	1,92	11	0,73	9	0,67	4
Гонококова інфекція	2,67	14	2,62	14	1,26	7	1,74	10	0,57	7	0,85	5
Хламідіоз	9,36	49	8,43	45	1,79	10	1,74	10	0,57	7	1,0	6
Трихомоніаз	59,97	314	47,04	251	23,85	133	16,73	96	5,53	68	8,7	52
Уреаплазмоз	21,01	110	15,93	85	2,69	15	2,61	15	1,14	14	2,01	12

Проте, захворюваність на означені види ІПСШ, окрім сифілісу, у 2023 р. мала зростання у порівнянні з 2022 р. Не зважаючи на позитивність тенденції, наведені дані свідчать про проблеми формування репродуктивного здоров'я у дівчат, починаючи з дитячого віку, що дається взнаки упродовж всього життя жінки і негативно позначається на реалізації репродуктивного потенціалу у майбутньому. Адже, лише за проаналізовані роки 1399 дівчат мали розлади органів, що формують репродуктивну систему, а 2 з них у 2023 р. вже мали хронічну гонококову інфекцію.

ІПСШ є проблемою не лише для дівчат-підлітків, а й для хлопчиків, що, по-перше, залежить також від ЗСЖ (табл. 3.2), зокрема щодо поінформованих про необхідність ведення безпечних статевих стосунків, по-друге — інфекційні хвороби у чоловіків також впливають на стан формування репродуктивного здоров'я та його реалізації у майбутньому в подружній парі. Захворюваність на ІПСШ у дівчат-підлітків у 2023 р. вище ніж у хлопчиків, окрім сифілісу і хламідіозу (нижче на 29,5 і 21,3% відповідно), перевищують показники захворюваності на гонококову інфекцію (на 25,1%), трихомоніаз (на 85,4%), мікоплазмоз (на 92,0%) [172].

Таблиця 3.2

Захворюваність юнаків 15–17 років на інфекції, що передаються статевим шляхом (Україна, 2023 р.)

Найменування	Юнаки 15–17 років	
	абсолютні числа	на 100 000 відповідного населення
Сифіліс	6,00	0,95
Гонококова інфекція	4,00	0,63
Хламідіоз	8,00	1,27
Трихомоніаз	8,00	1,27
Урогенітальний мікоплазмоз	1,00	0,16

Отримані дані свідчать про необхідність комунікацій батьків, освітніх закладів ЛЗП-СЛ, служб планування сім'ї, «Клінік дружніх до молоді та соціальних служб в організації просвітницьких заходів щодо ФЗСЖ для підлітків обох статей.

Надзвичайною проблемою формування репродуктивного здоров'я є ІПСШ у дівчаток віком до 14 років (табл. 3.3). За період 2018–2023 рр. захворюваність на сифіліс збільшилась на 23,5% (2018 р. – 0,13 на 100 тис. дівчат віком до 14 років, 2023 р. — 0,17). Захворюваність на трихомоніаз знизилась на 87,2% (2018 р. — 2,65, 2023 р. — 0,34); на уреаплазмоз — на 94,1% (2018 р, — 0,51, 2023 р, — 0,03). Випадків гонококової інфекції та хламідіозу у 2023 р. не зареєстровано.

Таблиця 3.3

Динаміка захворюваності дівчат віком до 14 років на інфекції, що передаються статевим шляхом. Україна. 2018–2023 рр.

Вид захворювання	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число	Показник (на100 тис. відп. віку)	Абс. число
Сифіліс	0,13	4	0,16	5	0,06	2	0,03	1	0,11	7	0,17	5
Гонококова інфекція	0,44	14	0,13	4	0	0	0	0	-	-	0	0
Хламідіоз	0,13	4	0,10	3	0	0	0	0	0,02	1	0	0
Трихомоніаз	2,65	84	0,8	34	0,36	11	0,23	7	0,18	11	0,34	10
Уреаплазмоз	0,51	10	0,60	19	0,10	3	0,07	2	0,03	2	0,03	1

Проте, якщо врахувати, що 244 дівчат дитячого віку за проаналізовані роки перехворіли на серйозні інфекції, які безперечно деструктивно позначаються на репродуктивних органах під час їх формування, то можна стверджувати, що репродуктивні плани та їх реалізація, у таких дівчаток будуть сумнівними [173, 174]. За відсутності достатньої інформації з питань культури статевої поведінки вона стає ризикованою щодо здоров'я та соціального життя дівчинки. Ранні та незахищені сексуальні контакти часто призводять до небажаної вагітності, яка зазвичай завершується штучним абортом або ранніми пологами. Обидва ці сценарії негативно впливають на процеси формування та збереження репродуктивного здоров'я [171].

На відміну від розвинутих країн світу, в Україні до цього часу реєструються аборти у дитячому і підлітковому віці (рис. 3.1).

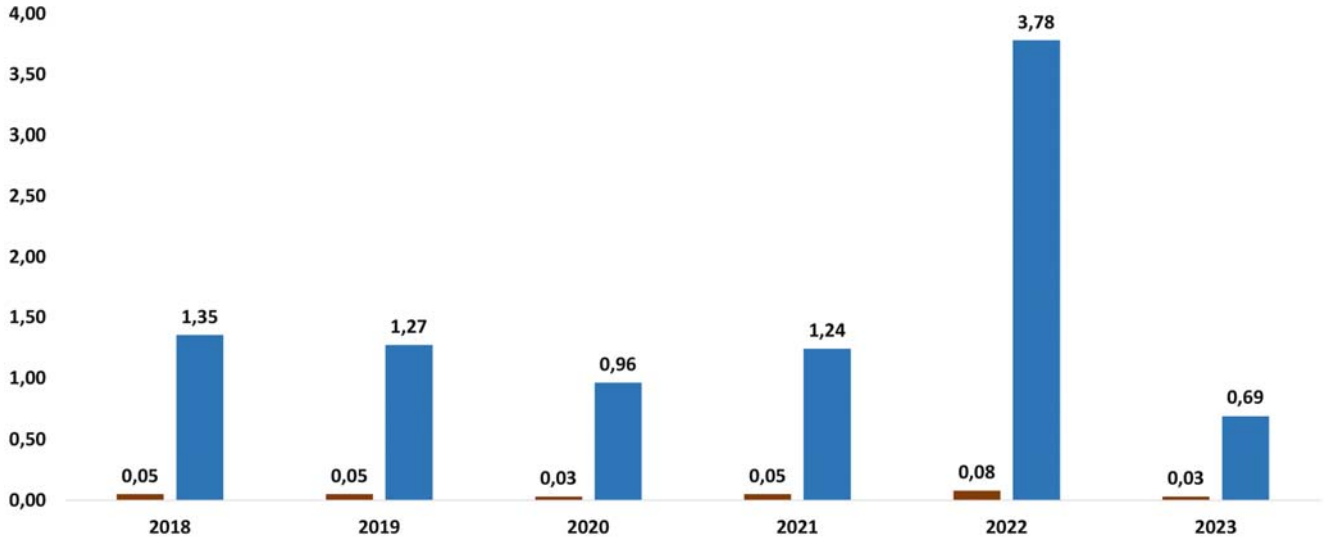

Рис. 3.1. Динаміка штучних абортів у дівчат віком до 14 та 15–17 років, 2018–2023 рр.

Тим більше, що тенденції проблеми абортів у дитячому віці є вкрай негативними. Аборти вважаються найбільш руйнівними чинниками репродуктивного здоров'я. Так, за період 2018–2023 рр. показник кількості абортів на 1000 дівчаток віком до 14 років знизився на 40,0% (2018 р. — 0,05; 2023 р. — 0,03), у дівчат віком 15–17 років зниження відбулося на 48,9% (2018 р. — 1,35;

2023 р. — 0,69). У 2023 р. 14 дівчаток віком до 14 років і 411 — віком 15–17 років вдалися до такого небезпечного методу вирішення проблеми небажаної вагітності [173, 174].

Ранні пологи у дівчат дитячого віку також свідчать про відсутність інформації щодо методів запобігання небажаній вагітності. За період 2018–2023 рр. показник ранніх пологів мав позитивну динаміку: у дівчат віком до 14 років показник пологів знизився на 25,0% (2018 р. — 0,12 на 1000 дівчат до 14 років, 2023 р. — 0,09); у підлітків — на 50,1% (2018 р. — 6,82 на 1000 дівчат 15–17 років, 2023 р. — 3,40). Тим не менше, кількість дівчаток, що народили у ранньому віці у 2023 р., занепокоює (до 14 років — 98 дівчат, 15–17 років — 2033) і спонукає до підвищення ефективності просвітницьких профілактичних технологій.

Означена ситуація вказує на недостатню ефективність діяльності служби планування сім'ї в країні, розбалансованість та закриття центрів планування сім'ї, а також недоліки у роботі унормованих на сьогодні «Клінік, дружніх до молоді». Стан формування репродуктивного здоров'я в Україні має негативні ознаки, що загрожує репродуктивному здоров'ю у дорослому віці [171, 173, 174].

Ми проаналізували результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років як технології формування ЗСЖ шляхом раннього виявлення відхилень від норми та їх своєчасної корекції, щоб попередити виникнення певних видів захворювань, які здебільшого залежать від способу життя дитини. На наш погляд, чим раніше за віком дитини виявляється відхилення і чим раніше розпочати корекцію за допомогою технологій способу життя, тим більш результативними вони будуть з віком. Нами проведено дослідження проведення профілактичних оглядів у наступних вікових групах: діти дошкільного віку; діти, що розпочали навчання з шести років; діти, що розпочали навчання з семи років, школярі 2–8 класів; школярі 9–11 класів; діти, які були переведені під нагляд поліклініки для дорослих.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2023), оглянуто всього дітей віком 0–17 років — 4 944 449 осіб, з них 249 0721 хлопчиків (50,4%) та 49,6% дівчаток (табл. 3.4). Патологія була виявлена у 585 956 дітей, що становить 11,9%. Тобто, майже 12,0% дітей мали розлади здоров'я, пов'язані зі способом життя: у 9 551 (0,2%) виявлено порушення органів слуху, у 24 3647 (5,0%) — органів зору, у 64 316 (1,3%) — дефект мовлення, у 76 022 — сколіоз (1,5%), у 192 420 (3,2%)– порушення постави [172].

Таблиця 3.4

Виявлення захворювань у дітей віком 0–17 років під час проведення профілактичних оглядів у 2023 р.

Найменування	Оглянуто		Виявлено при профілактичних оглядах									
			з пониженням гостроти				з дефектами мовлення		зі сколіозом		з порушенням постави	
			слуху		зору							
	усього	з них хлопчики	усього	з них хлопчиків	усього	з них хлопчиків	усього	з них хлопчиків	усього	з них хлопчиків	усього	з них хлопчиків
Усього дітей 0–17 років включно, у т.ч.	4944449	2490721	9551	5003	243647	116685	64316	33915	76022	38297	192420	96330
- дошкільного віку	1283624	645129	1663	865	22796	10667	37878	19801	2869	1404	12097	5993
- ті, що почали навчання з шести років	246143	122709	766	403	14545	7076	10508	5702	2675	1324	9198	4552
- ті, що почали навчання із семи років	125825	62938	536	268	8632	4125	3693	1971	2305	1117	6848	3386
Школярі 2–8 класів	2361715	1183580	4346	2237	134736	64392	10019	5354	41004	20346	111253	55024
Школярі 9–11 класів	770842	385106	2014	1104	55977	26440	1708	867	24463	12485	46434	23474
Діти, яких передали під нагляд поліклініки для дорослих	238697	119201	468	264	11796	5586	327	175	5225	2739	11983	5800

Пріоритетними групами для дослідження стали діти трьох груп: діти дошкільного віку; діти, що почали навчання з шести років; діти, що почали навчання з семи років (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика захворювань у дітей дошкільного віку, дітей, що почали навчання з шести років, і дітей, що почали навчання з семи років, під час проведення профілактичних оглядів (2023 р.)

Вікова категорія дітей	Патологія органів слуху	Патологія органів зору	Дефект мовлення	Сколіоз	Порушення постави	Всього
Діти дошкільного віку	1663	22 796	37 878	2 869	12 097	**77 303**
Діти, що почали навчання з шести років	766	14 545	10 508	2 675	9 198	**37 692**
Діти, що почали навчання з семи років	536	8 632	3 693	2 305	6 848	**22 014**
Всього	**2 965**	**45 973**	**52 079**	**7 849**	**28 143**	**137 009**

Всього у цих трьох груп дітей виявлено значна кількість випадків патологічних станів, які здебільшого залежать від способу життя, на який у такому віці дітей впливають, як правило батьки або лікарі загальної практики-сімейні лікарі. Найбільшу кількість дітей склали з дефектом мовлення — 52 079, яка коригується в ранньому віці логопедом, далі в рейтингу розташовані порушення органу зору — 45 973, порушення постави — 28 143, сколіоз — 7 849, порушення органів слуху — 2 965 дітей. Тобто, всі зазначені патологічні стани піддаються корекції і це необхідно робити на етапі дошкільного віку у співпраці медичної, освітньої галузей та за активної участі батьків.

Всього виявлено у цих трьох групах дітей 137 009 патологічних станів, з них найбільшу групу складають діти дошкільного віку — 77 303, дітей, що почали навчання з шести років — 37 692, дітей, що почали навчання з семи років — 22 014 осіб. Без проведеної корекції кількість захворювань зростає. Наприклад, порушення зору збільшилося у 5,9 рази у дітей 2–8 класів (134 736 випадків) у порівнянні дітьми дошкільного віку (22 796 випадків), кількість сколіозів збільшилась у 14,3 рази відповідно (у дітей 2–8 класів 41 004 випадків у порівнянні дітьми дошкільного віку — 2 869 випадків). Отримані дані свідчать про вкрай недосконалу діяльність зацікавлених сторін у формуванні здорового способу життя.

Таким чином, стан соматичного та репродуктивного здоров'я підлітків в Україні є вкрай незадовільним, що вказує на необхідність розробки комплексної моделі з формування здорового способу життя з міжсекторальним підходом з ефективними комунікаціями.

3.2 Нормативне забезпечення комунікативних технологій з формування здорового способу життя молоді в Україні

В Україні особливості реалізації прав молоді в галузі охорони здоров'я визначені Законом України «Про основні засади молодіжної політики» (ст. 19). Згідно з цим документом, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, державним і комунальним закладам охорони здоров'я (ЗОЗ), у співпраці з підприємствами, установами та організаціями, доручено на постійній основі забезпечувати проведення щорічних медичних оглядів для всіх дітей і молоді. Це свідчить про наявність державної підтримки охорони здоров'я підлітків та молодих людей [175].

Крім того, законом покладається обов'язок на центральний орган виконавчої влади, відповідальний за формування і реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я, а також на місцеві органи влади та органи само-

врядування — забезпечити розвиток мережі наркологічних закладів і медико-соціальних установ для дітей і молоді. Також вони мають розробляти та впроваджувати програми і заходи, спрямовані на профілактику соціально небезпечних захворювань, формування культури здоров'я та популяризацію здорового способу життя серед молодого покоління. Як видно, в законі унормовуються комунікативні технології щодо впровадження засад ЗСЖ між медичною та соціальною службами [175]. Однак, як важлива ланка у цій роботі, відсутні освітні заклади, що, на нашу думку, є основним, оскільки формування ЗСЖ має починатись щонайменше з віку 14 років, колі в організмі дітей відбуваються фізіологічні гормональні зміни, що сприяють появі відчуття дорослості, самостійності у прийнятті рішень, менш потужним зв'язкам з батьками як прикладу в житті, більш тісним зв'язкам з однолітками, які за принципом «рівний – рівному» діляться інформацією щодо способу життя, які не завжди співпадають з принципами ЗСЖ. Тому необхідно використати цей віковий підлітковий період як потужний ланцюжок у формуванні ЗСЖ.

Закон України «Про основні засади молодіжної політики» [175], що містить 44 статті, не передбачає чітких законодавчих положень або механізмів щодо формування та реалізації принципів здорового способу життя серед молоді, як і не акцентує уваги на питаннях охорони здоров'я цієї соціальної групи. У документі відсутня деталізація напрямів або практичних інструментів, спрямованих на інтеграцію засад ЗСЖ у державну молодіжну політику. Натомість у фокусі законодавчого акта перебувають інші ключові компоненти: забезпечення права молоді на участь у формуванні та реалізації молодіжної політики, створення Молодіжної ради як консультативно-дорадчого органу для залучення молоді до управлінських процесів на місцевому та регіональному рівнях, утворення Національної ради з питань молоді при Кабінеті Міністрів України з метою координації дій органів влади й суб'єктів молодіжної роботи, визначення повноважень центральних та інших органів виконавчої влади у цій сфері, розробка стратегій і програм молодіжної підтримки на різних рівнях, правові

підстави для діяльності молодіжних і дитячих громадських об'єднань, формування молодіжної інфраструктури, зокрема молодіжних центрів, підтримка у сфері освіти, працевлаштування, підприємництва, забезпечення житлом, а також допомога молодим людям, які перебувають у складних життєвих обставинах. Крім того, закон визначає принципи діяльності Українського молодіжного фонду, фінансування молодіжної політики за рахунок державного та місцевих бюджетів і можливість залучення інших дозволених джерел, а також положення про міжнародне співробітництво у сфері молодіжної політики. Однак, попри широке охоплення тем, питання здоров'я молоді та формування здорового способу життя залишаються на периферії нормативного регулювання, що свідчить про прогалини у законодавчому забезпеченні цього важливого напряму. Проаналізувавши даний закон, можна стверджувати, що здоров'я молоді та ЗСЖ не є пріоритетним для державної молодіжної політики, яка характеризується здебільшого політичним декларативним спрямуванням [175].

Ми детально ознайомились на сайті Верховної ради з проектом закону України «Про молодь» [176], який стосувався молодіжної політики і був зареєстрований ще у 2015 р. та проголосований у першому читанні, але так і не став Законом. Хоча в ньому висвітлені засади формування ЗСЖ з урахуванням міжсекторальності та унормованих, у разі прийняття цього законопроєкту, основних комунікативних технологій між органами охорони здоров'я та освіти, соціальної служби органів місцевого самоврядування тощо. Розлогою, на наш погляд, ст. 7 законопроєкту «Здоров'я та фізичний розвиток, статева освіта молоді» деталізується участь та комунікації причетних структур до формування та розвитку ЗСЖ в Україні.

У законопроєкті «Про фізичну культуру і спорт» [176] особлива увага приділяється підтримці молоді з боку органів державної влади та місцевого самоврядування в таких сферах, як охорона здоров'я, профілактична освіта, фізична культура, спорт, а також запобігання захворюванням і соціально небезпечним явищам. Ця підтримка розглядається як частина цілісної стратегії

зміцнення здоров’я молодих осіб шляхом формування потреби у здоровому способі життя. Передбачається створення умов — політичних, соціальних, економічних, законодавчих, фінансових та організаційних — для реалізації цієї стратегії через механізми освіти, охорони здоров’я, спорту та фізичного виховання, з урахуванням національного контексту і міжнародного досвіду. Законопроєктом також передбачено впровадження цільових програм, спрямованих на популяризацію цінностей здоров’я та здорового способу життя серед молоді, розвиток знань з основ здоров’я, формування життєвих навичок, залучення молоді до регулярних занять фізичною культурою, збереження психічного й репродуктивного здоров’я, а також профілактику вживання психоактивних речовин шляхом надання вільного доступу до програм превентивної освіти. У документі наголошується на необхідності підготовки педагогічних кадрів до виховання у молоді культури здоров’я, удосконалення фізичної підготовки в системі освіти, а також на розробці ініціатив із розширення мережі спортивних майданчиків для активного дозвілля, включаючи молодь з інвалідністю. Вказується на потребу впровадження інноваційних методик у сфері здорового способу життя, створення умов для якісного дитячого, молодіжного та сімейного відпочинку, а також формування інфраструктури позашкільного спорту. Передбачається запровадження механізмів громадського контролю, розвиток спортивних заходів без потреби в спеціальній інфраструктурі, обмеження реклами алкоголю, тютюну, насильства та іншої деструктивної медіа-продукції. Законопроєкт охоплює питання статевого виховання та сексуального здоров’я, включаючи боротьбу з негативними субкультурами, заохочення молоді до регулярного медичного обстеження, профілактику захворювань, що передаються статевим шляхом, а також запровадження сучасної освітньої моделі, яка охоплює психологічні, соціальні й культурні аспекти статевих відносин. У фокусі — розробка нових форматів профілактичної й реабілітаційної роботи з молоддю, схильною до девіантної поведінки, залучення до таких програм неформальних молодіжних об’єднань, використання партисипативних підходів, формування

інклюзивної культури у спорті й молодіжній роботі. Значну увагу приділено гендерно-чутливому підходу, підтримці відповідального батьківства, а також участі як хлопців, так і дівчат у програмах охорони здоров'я. Передбачено підтримку розвитку волонтерських ініціатив, спрямованих на охорону здоров'я, підвищення кваліфікації медичних працівників, зокрема щодо гендерної та міжкультурної чутливості. Законопроєкт також акцентує на необхідності забезпечення зручного та доступного медичного обслуговування, зокрема через мобільні медичні пункти у сільській місцевості, онлайн-консультації, молодіжні служби охорони здоров'я та заходи щодо подолання мовних і культурних бар'єрів. Особлива увага приділяється потребам вразливих категорій молоді — з інвалідністю, психічними розладами або ВІЛ-позитивним статусом. Також пропонується створення інституційних механізмів взаємодії державних органів з молодіжними організаціями, розробка локальних інформаційних політик і консультативних служб, підготовка соціальних працівників та волонтерів, що спеціалізуються на профілактиці та реабілітації. Передбачається активне поширення найкращих практик, використання ефективних моделей профілактики та реалізація масових інформаційних кампаній. Обов'язок реалізації всіх зазначених заходів покладається на органи виконавчої влади в галузі охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування в межах їхніх повноважень, а також на заклади охорони здоров'я у партнерстві з підприємствами, установами й організаціями. Їм також доручено забезпечення медичних оглядів та розвиток мережі спеціалізованих центрів лікування та реабілітації залежностей (зокрема нарко- та алкозалежності) [176].

Також заклади загальної середньої, професійно-технічної та вищої освіти мають включати до своїх навчальних програм курс фізичної культури й організовувати спортивні секції. У взаємодії з батьками, школами та громадськими організаціями, які працюють у сфері статевого виховання, передбачено розробку й підтримку науково обґрунтованих програм статево-рольового виховання. Окрім цього, мають функціонувати організації та служби, що надають інформа-

цію про міжособистісні стосунки, форми сексуальної поведінки, репродукцію та планування сім'ї, а також проводиться робота з молоддю в рамках програм рівних за віком (підліткових) ініціатив [176].

На сьогодні держава здійснює заходи із забезпечення молодим особам рівне з іншими громадянами право на ОЗ, заняття фізичною культурою і спортом, що регулюється Законами України «Про фізичну культуру і спорт» [177], «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [178], «Про охорону навколишнього середовища» [179], «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [180], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [181]. Про конкретні комунікативні технології щодо формування ЗСЖ у цих законодавчих актах не йдеться. Указом Президента України № 300/2021 від 21 липня 2021 р. «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація" [182] затверджена Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року як «здоровий спосіб життя з кінцевим результатом досягти здорової нації, яка базується на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, Ради Європи, Європейського Союзу, нормах національного законодавства, відповідно до яких держава покликана забезпечити формування та реалізацію багатовекторної, комплексної політики заохочення громадян до оздоровчої рухової активності, що сприятиме зменшенню ризику виникнення неінфекційних захворювань — основної причини високих показників передчасної смертності в Україні» [182]. Передумовою для ініціювання розробки Національної стратегії стали результати загальнонаціонального соціологічного дослідження, яке засвідчило критично низький рівень фізичної активності серед населення України на початку XXI століття. Зокрема, лише 3% громадян віком від 16 до 74 років відповідали рекомендованому рівню оздоровчої рухової активності, що передбачає не менше 4–5 занять на тиждень тривалістю не менше 30 хвилин. Ще 6% респондентів демонстрували помірну рухову активність (2–3 заняття на тиждень), тоді як 33% мали недостатній рівень фізичної актив-

ності, обмежуючись 1–2 заняттями щотижня. Для переважної більшості дорослого населення характерний малорухливий спосіб життя, а серед дітей та підлітків дедалі більшого поширення набувають форми пасивного дозвілля. В тексті обґрунтування Стратегії значиться, що «недосконаліть системи охорони здоров'я, низький рівень усвідомлення цінності здоров'я як власного капіталу, перебування переважної більшості населення в умовах соціально-економічної нестабільності призвели до створення несприятливих для ведення здорового способу життя умов» [182]. Тобто, розробники Стратегії вбачають, що низькому рівню усвідомлення цінності здоров'я населенням України сприяє недосконаліть системи охорони здоров'я, таким чином, основні проблеми покладаються на систему охорони здоров'я, а не на систему освіти, як це відбувається в багатьох країнах світу.

Ключовими напрямами Стратегії є розвиток фізичної культури та відповідної інфраструктури, а також оновлення системи фізичного виховання у закладах освіти, яке повинно гармонійно інтегруватися з іншими складовими здорового способу життя. Особлива увага приділяється підвищенню відповідальності керівників навчальних закладів за організацію, модернізацію та підтримку належного рівня фізичної активності учнів. Також передбачено запровадження медико-педагогічного контролю за фізичним розвитком школярів, що є одним із сучасних підходів до реалізації принципів ЗСЖ. Водночас, Стратегія має декларативний характер, оскільки в ній відсутні чітко визначені цільові показники, а замість цього йдеться лише про координацію дій між різними секторами державної політики. Це, на нашу думку, знижує ймовірність досягнення реальних результатів у впровадженні здорового способу життя серед населення.

На сьогодні єдиним нормативним документом, що регулює діяльність з питань ЗСЖ, є наказ МОЗ України № 1 від 5 січня 1999 р. «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» [183], із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ № 326 від 8 грудня 2000 р. [184], який містить застарілі за

часом організаційні технології. Питання формування здорового способу життя визначається одним із основних завдань органів і закладів охорони здоров'я, зокрема гігієнічного виховання населення. Відповідальність покладається «на створені центрі здоров'я, підготовку підручників і посібників з валеології та гігієнічного виховання населення для студентів медичних навчальних закладів і курсантів закладів післядипломної освіти, включити до навчального плану та програми підготовки лікаря загальної практики-сімейного лікаря розділ з валеології та гігієнічного виховання населення, поліпшити аналіз діяльності медичних та аптечних закладів з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення. Комунікація зі спеціалістами системи освіти визначалась тим, що доручалось Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій вжити заходів до посилення спільної роботи з органами та закладами освіти щодо впровадження безперервного валеологічного навчання підростаючого покоління, а також надавати їм всебічну допомогу в підготовці вчителів, забезпеченні методичними матеріалами та санітарно-освітньою літературою» [184]. З метою впровадження міжнародних, національних і регіональних програм профілактики, розвитку руху за ЗСЖ та організації просвітницьких заходів з актуальних медичних питань, центри здоров'я повинні тісно співпрацювати з відповідними установами та організаціями. Зокрема, йдеться про відділення профілактики при поліклініках, кабінети з пропаганди здорового способу життя (санітарної освіти) в амбулаторно-поліклінічних установах і санітарно-епідеміологічних службах, відділення здорової дитини в дитячих поліклініках, центри і кабінети планування сім'ї, лікувально-фізкультурні, наркологічні та дерматовенерологічні диспансери, психоневрологічні центри, консультаційні служби з питань шлюбу та сім'ї, кабінети сексопатології, центри профілактики та боротьби зі СНІДом, фізкультурно-оздоровчі та спортивні заклади і комплекси, а також з Українською асоціацією «Рух за здоровий спосіб життя» та іншими державними й недержавними організаціями, що працюють у сфері оздоровлення та виховання.

Як показав аналіз, ЗСЖ молоді на рівні законодавства не є пріоритетним питанням, стандарти ЗСЖ не визначені і не унормовані, підходи є застарілими, комунікації не конкретизовані з визначеними функціями для кожного сектору соціально-економічної діяльності країни. Застарілість унормованих заходів зі ЗСЖ свідчить про відсутність системності державної політики у впровадженні принципів ЗСЖ. На державному рівні питання ЗСЖ має односторонній характер: на прикладі затвердження Указом Президента України № 300/2021 від 21 липня 2021 року Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», маючи на увазі, що рухливість є лише складовою ЗСЖ [182].

Висновки до розділу 3

1. У відповідності до законодавства України, зокрема Закону «Про основні засади молодіжної політики», молоддю вважаються особи віком від 14 до 35 років, незалежні від громадянства, якщо вони законно перебувають на території України. Водночас, за класифікацією ВООЗ, що діє з 2015 року, до молоді відносяться особи у віці від 25 до 44 років.

2. Основні проблеми здоров’я молоді в Україні, пов’язані з насильством, травматизмом, психічними розладами, вживанням шкідливих та психоактивних речовин, порушенням харчової рівноваги, недостатньою фізичною активністю, інфекціями, які передаються статевим шляхом, раннім материнством і небажаною вагітністю.

Так, 37,9% підлітків виявили насильства, 39,4% мали фізичні травми, а періодичні психічні розлади легкого ступеня фіксуються у 74,5% підлітків. Досвід тютюнопаління має 20,1% (24% хлопців і 16% дівчат), при цьому з віком цей показник зростає — від 4,3% серед 10-річних до 38,8% серед 17-річних. Маріхуану вживають 9,4% хлопців та 6,1% дівчат. Алкоголь споживає понад половину підлітків і молоді (58%).

Фізично активними не менше років на день є лише 23,7% підлітків, а 6% взагалі не мають фізичної активності. Розширення гіподинамії також пов’язане

з активним користуванням Інтернетом — серед молоді віком 15–29 років ця частка сягає 97%, що створює додаткові ризики у сфері соціального спілкування.

З віком зростає кількість молодих людей з нормальним індексом маси тіла: від 66,3% серед 11-річних до 75,3% серед 17-річних. Недостатню увагу мають 24,1% 11-річних дівчат і кожна п’ята дівчина у віці 13, 15 та 17 років. Найбільшу розширення посиленої вагилено серед 11- і 13-річних, особливо серед хлопців. Також є значна незбалансованість харчування.

3. Результати профілактичних оглядів дітей віком від 0 до 17 років, які є місцем формування здорового способу життя через раннє виявлення відхилень і їх остаточну корекцію, показали, що патологічні стани фіксуються у значних частинах дітей — у 12% (серед них 50,4% хлопців і 49,6% дівчат): у 0,2% (9 551 дітей) виявлено порушення слуху, у 5,0% (243 647) — зору, у 1,3% (64 316) — мовленнєві дефекти, у 1,5% (76 022) — сколіоз, а в 3,2% (192 420) — порушення постави. більшість проблем зі здоров’ям виявляються у дітей дошкільного віку (77 303 випадки), менше — серед тих, хто пішов до школи в 6 років (37 692 випадки), і ще менше — у тих, хто почав вчитися в 7 років (22 014 випадків).

Тривожною є тенденція зниження стану здоров’я з віком, якщо не відбувається корекція. Так, випадки порушення зору в учнів 2–8 класів зросли в 5,9 рази (134 736 випадків проти 22 796 у дошкільників), а кількість випадків коліозу — у 14,3 рази (41 004 проти 2 869). Ці дані вказують на недостатню ефективність зусиль зацікавлених структур у справі формування здорового способу життя дітей.

4. Формування репродуктивного здоров’я в Україні залишається актуальною проблемою. Часто фіксуються випадки незахищених статевих стосунків: лише 69,3% підлітків використовували консервант під час першого сексуального контакту як засіб контрацепції та захисту від інфекцій, що перейшли статевим шляхом (ІПСШ).

Протест за період 2018–2023 років ваша позитивна динаміка щодо зменшення захворюваності на ІПСШ серед дівчат віком 15–17 років. таким чином, рівень захворюваності на сифіліс уражений у 76,6% (з 2,86 на 100 тис. осіб у 2018 році до 0,67 у 2023 році), на гоноккову інфекцію — на 68,2%, хламідіоз — на 89,3%, трихомоніаз — на 85,5%, уреаплазмоз — на 90,4%.

Також зменшився рівень абортів серед дівчат 15–17 років — на 48,9% (з 1,35 на 1000 осіб у 2018 році до 0,69 у 2023 році). Однак, у 2023 році 411 дівчат у цій віковій категорії все ж вдалися до аборту як до способу вирішення проблеми незапланованої діяльності. Це підтверджено про недостатній рівень обізнаності щодо методів запобігання захворювання.

Позитивна тенденція боротьби і зниження кількості ранніх пологів. Серед дівчат до 14 років цей показник знизився на 25% (з 0,12 до 0,09 на 1000), а серед підлітків 15–17 років — на 50,1% (з 6,82 до 3,40). Протест у 2023 році все ще зафіксовано 98 пологів серед дівчат до 14 років і 2 033 — серед підлітків 15–17 років, які мають про наявні прогалини у статевому вихованні та доступні до контрацепції.

5. Аналіз висновків, що питання здорового способу життя (ЗСЖ) молоді не займає пріоритетного місця в українському законодавстві. Відсутні чітко визначені стандарти ЗСЖ, підходи залишаються застарілими, а система комунікацій не структурована — немає розподілу ролей і відповідальності між іншими секторами соціально-економічної сфери. Наявні нормативні заходи з формування ЗСЖ свідчать про шлюб цілісного та системного підходу в державній політиці. На національному рівні ця проблема розглядається однобічно та фрагментарно.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966.

2. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367.

4. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474

5. Жданова ОВ. Проблеми формування репродуктивного здоров'я в Україні. In: Material International scientific conference: Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine. 2024 Груд 25–26; Рига, Латвія. Рига; 2024. с. 110–3.

РОЗДІЛ 4
МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО МОТИВАЦІЇ МОЛОДІ У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОГО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Концепція формування здорового способу життя ґрунтується на низці ключових ідеологічних засад, серед яких визнання здоров'я найвищою людською цінністю; розуміння здоров'я не лише як відсутності захворювань чи фізичних обмежень, а як цілісного стану фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя [186]. Також підкреслюється багатовимірна природа здоров'я як явища, що охоплює різні аспекти життєдіяльності людини. Важливим є принцип спільної відповідальності, згідно з яким збереження і підтримка здорового способу життя є не лише завданням держави та соціальних інституцій, а й особистою відповідальністю кожного індивіда. Людина самостійно відповідає за власні вчинки, вибори та їх наслідки для здоров'я, тоді як громада виконує роль партнера, що бере участь у підтримці здоров'я своїх членів. У цьому контексті держава передає частину своїх функцій громадам та окремим громадянам, надаючи їм відповідні ресурси та управлінські повноваження. Такий підхід підкреслює провідну роль особистості в збереженні власного здоров'я. Ідеологічна основа цього підходу гармонізує з положеннями Оттавської хартії, ухваленої на першій міжнародній конференції зі зміцнення здоров'я у 1986 році [187].

Виходячи з вищезазначених принципів щодо індивідуальної відповідальності за стан здоров'я, нами було проведено соціологічне дослідження з метою аналізу рівня відповідального ставлення студентської молоді до власного здоров'я. Актуальність цього питання обумовлена тим, що відповідальність за власне здоров'я є одним із ключових чинників формування готовності студентів до збереження власного здоров'я в процесі фізичного виховання у закладі вищої освіти (ЗВО).

Упродовж останніх років значна кількість наукових праць присвячена проблематиці збереження здоров'я в контексті якісної професійної підготовки фахівців [188]. Ці дослідження охоплюють майбутніх педагогів, економістів, курсантів морських закладів, військових, представників аграрного сектора, пожежників тощо. Науковці підкреслюють, що готовність до збереження здоров'я є невід'ємною складовою професійної компетентності сучасного фахівця. З урахуванням специфіки збереження індивідуального здоров'я поняття інтегрованої готовності майбутніх фахівців до здоров'язбереження в контексті професійної діяльності доцільно розглядати як складову професійної компетентності. Це багатокомпонентне особистісне утворення включає сукупність знань, умінь і ставлень, орієнтованих на підтримку, зміцнення та відновлення власного здоров'я. Така готовність ґрунтується на внутрішньо усвідомленій відповідальності за стан свого здоров'я, що є необхідною умовою для повноцінної професійної реалізації та життєвого саморозвитку [189].

На думку М. В. Співака (2017), процес збереження здоров'я є не спонтанним, а цілеспрямованим, і включає гармонізацію емоційно-психологічної, фізичної та інтелектуальної сфер особистості. Він передбачає формування ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших, а також усвідомлення особистої відповідальності за нього [190].

У зв'язку з цим відповідальність за стан власного здоров'я виступає ключовим компонентом готовності до його збереження та вимагає окремого акцентування. Водночас, результати соціологічних опитувань демонструють, що значна частина студентської молоді не ототожнює загальне погіршення показників здоров'я в суспільстві з власною байдужістю або пасивною поведінкою. Натомість респонденти часто перекладають відповідальність на зовнішні інституції — медичні, освітні, оздоровчі, — пояснюючи стан здоров'я несприятливою екологічною ситуацією [191].

Однак, у науковому середовищі переважає думка, що навіть за наявності належного законодавчого регулювання, достатнього фінансування, якісної медич-

ної допомоги та матеріального забезпечення, вирішальним фактором залишається особиста позиція людини та її свідоме, відповідальне ставлення до власного здоров'я.

У якості емпіричної бази дослідження використано результати соціологічного опитування, проведеного серед 446 студентів різних курсів і факультетів, зокрема 217 студентів медичних спеціальностей, 105 — стоматологічного факультету та 124 осіб, які навчаються на немедичних факультетах. У дослідницькому процесі було застосовано методи соціологічного опитування та статистичного аналізу даних.

Під час проведення соціологічного дослідження було дотримано етичних норм відповідно до принципів Гельсінської декларації, ухваленої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000 рр.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.), Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються в експериментах (1986 р.), а також відповідних положень ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та чинного законодавства України [199].

4.1 Цінність особистого здоров'я для молоді та відповідальне ставлення для нього

У початковій фазі дослідження було проаналізовано уявлення студентів про зміст особистого здоров'я [199], а також визначено його позицію в структурі їхньої індивідуальної ціннісної орієнтації. Узагальнені результати соціологічного опитування представлені в таблиці 4.1. Аналіз наведених даних показує, що в ієрархії цінностей у студентів медичного факультету на першому місці особисте здоров'я лише в 11,9±1,6%. В більшості студентів медичного факультету серед їх цінностей особисте здоров'я було на другому місці (39,6±2,4%) та на третьому (28,1±2,3%). Таким чином, частка студентів медичного факультету, для яких пріоритетною цінністю власне здоров'я визначено у 79,6%, а у 2,8±0,8% студентів цієї групи було лише на шостому місці.

Таблиця 4.1

Результати дослідження ціннісних оцінок студентами особистого здоров'я, %

Показник	Факультети навчання			p χ^2
	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=105	Факультет немедичного профілю, n=124	
Місце особистого здоров'я в ієрархії цінностей студентів				
Перше	11,9±1,6	3,8±0,9	2,4±0,7	<0,001 45,780
Друге	39,6±2,4	42,9±2,5	18,5±1,9	
Третє	28,1±2,3	32,4±2,3	45,2±2,5	
Четверте	12,4±1,6	12,4±1,6	16,9±1,9	
П'яте	5,1±1,1	7,7±1,3	15,3±1,8	
Шосте	2,8±0,8	0,9±0,4	1,6±0,6	
Соціально-психологічна оцінка відповідального ставлення до особистого здоров'я				
Здоров'я — це власні життєві ресурси	12,4±1,6	11,4±1,6	15,3±1,8	0,013 36,460
Відповідальне ставлення до особистого здоров'я — це прояв сили волі	16,1±1,8	6,7±1,3	12,1±1,6	
Здатність управляти своєю поведінкою	11,6±1,6	9,5±1,5	9,7±1,5	
Здоров'я — це престижно	14,3±1,7	20,0±2,0	23,4±2,1	
Здоров'я — це соціальна цінність	8,8±1,4	4,8±1,1	5,6±1,1	
Відповідальне ставлення до особистого здоров'я — це розширення обсягу персональних знань	13,8±1,7	8,6±1,4	8,9±1,4	
Адекватність сприйняття власного здоров'я, здатність правильно оцінювати свої можливості	20,3±2,1	21,9±2,1	13,7±1,7	
Свідома необхідність ЗСЖ	2,7±0,8	20,0±2,0	11,3±1,6	

У студентів стоматологічного факультету спостерігалась подібна ситуація: на першому місці в пріоритеті інших цінностей особисте здоров'я було лише у 3,8±0,9%, на другому — 42,9±2,5%, на третьому — у 32,4±2,3%. Частка студентів стоматологічного факультету з пріоритетною цінністю власного здоров'я склала 79,1%, що майже на рівні студентів медичного факультету.

У групі студентів, які навчаються на факультетах немедичного профілю результати дослідження відрізнялися: перші три рангові місця в ієрархії цінностей особисте здоров'я було у 66,1% (перше — у 2,4±0,7%, друге — у 18,5±1,9%, третє — у 45,2±2,5%). Значну частку студентів немедичних факультетів власне здоров'я було не в пріоритеті — 33,8%, що свідчить про недостатній рівень інформованості цієї групи студентів про те, як важливо мати хороше здоров'я для реалізації свого професійного та життєвого майбутнього.

Вивчення соціально-психологічної оцінки відповідального ставлення до особистого здоров'я студентів усіх трьох факультетів доводить про відсутність достатніх знань та інформованості щодо значимості власного здоров'я та методів його досягнення [199]. Так, лише 14,3±1,7% студентів медичного факультету, 20,0±2,0% — стоматологічного та 23,4±2,1 — немедичного профілю вважали престижним відповідальне ставлення до особистого здоров'я; тільки 16,1±1,8; 6,7±1,3 та 12,1±1,6% відповідно вважали відповідальне ставлення до особистого здоров'я проявом сили волі або здатністю управляти своєю поведінкою (11,6±1,6; 9,5±1,5 та 9,7±1,5% відповідно).

Про те, що відповідальне ставлення до особистого здоров'я потребує це розширення обсягу персональних знань, стверджували 13,8±1,7% студентів медичного факультету, 8,6±1,4% — стоматологічного та 8,9±1,4 — немедичних факультетів. Тобто, незважаючи на те, що студенти медичного та стоматологічного факультетів мали певні професійні поняття про здоров'я як таке, більшість з них (86,2% — медичного факультету та 91,4% — стоматологічного) не вважали, що відповідальне ставлення до особистого здоров'я потребує розширення обсягу персональних знань.

Про свідому необхідність ЗСЖ переймалися більше студентів стоматологічного факультету (20,0±2,0%) та немедичних факультетів (11,3±1,6%), ніж студенти медичного (2,7±0,8%), що з одного боку занепокоює, оскільки саме студенти-медики мали би поширювати знання про ЗСЖ, з іншого — свідчить про недостатність отриманих знань щодо ЗСЖ в більш молодому віці [199].

Звертає також на себе увагу надзвичайно низькі показники дослідження щодо оцінки студентами соціальної значимості здоров'я, зокрема студентами медичного факультету — лише 8,8±1,4%, інших — ще нижче, а саме 4,8±1,1% студентами стоматологічного та 5,6±1,1% студентами немедичних факультетів.

Отже, проведений аналіз вказує на те, що особисте здоров'я студентів не є пріоритетом, відповідальність за власне здоров'я також на низькому рівні і опитані студенти не розуміють, що набуте здоров'я у молодому віці в повній мірі залежить від ФЗСЖ. Більшість респондентів не вважають, що відповідальне ставлення до особистого здоров'я потребує це розширення обсягу персональних знань, тому надто низькі показники свідомого вибору ЗСЖ. Все означене свідчить про недостатню підготовку дітей підліткового віку про основи ЗСЖ на рівні шкільної освіти, недостатній вплив батьків та середовища на поведінкові складові ЗСЖ, що потребує систематизації та комунікації зацікавлених сторін у ФЗСЖ.

Ми отримали підтвердження зроблених висновків, коли дослідили рівень готовності студентів щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я (табл. 4.2). Аналіз отриманих результатів показав, що дуже незначна частка студентів вважають себе повністю готовими щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я: 14,3±1,7% студентів медичного факультету, 18,1±1,9% — стоматологічного та 13,7±1,7% — немедичних факультетів. Майже такі ж самі результати свідчать про стан більш готовим, ніж не готовим (14,7±1,8; 22,9±2,1 та 14,5±1,8% відповідно) і навпаки більш не готовим, ніж готовим (18,9±2,0; 18,1±1,9 та 18,5±1,9% відповідно).

Таблиця 4.2

Рівень готовності студентів щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я, %

Показник	Факультети навчання			p χ^2
	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=105	Факультет немедичного профілю, n=124	
Вважає себе повністю готовим	14,3±1,7	18,1±1,9	13,7±1,7	0,320 11,502
Більше готовий, ніж не готовий	14,7±1,8	22,9±2,1	14,5±1,8	
Більше не готовий, ніж готовий	18,9±2,0	18,1±1,9	18,5±1,9	
Не готовий	41,0±2,5	31,4±2,3	39,9±2,4	
Не визначився	8,8±1,4	5,7±1,1	7,3±1,3	
Вважає, що його стан здоров'я успадкований і його рівень не залежить від готовності до відповідального ставлення	2,3±0,7	3,8±0,9	6,5±1,9	
Причини низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я				
Недостатній рівень інформованості про механізм ЗСЖ	8,7±1,4	5,2±1,1	17,3±1,9	0,002 34,129
Наявність інших пріоритетних життєвих питань	16,1±1,8	25,9±2,2	16,0±1,8	
Відсутність фінансових умов для ведення ЗСЖ	11,4±1,5	6,9±1,3	9,9±1,5	
Територіальна недоступність умов для ведення ЗСЖ	14,8±1,8	5,2±1,1	6,2±1,2	
Небажання позбутися шкідливих звичок	17,4±1,4	29,3±2,3	18,5±1,9	

Продовження табл. 4.2

Показник	Факультети навчання			p χ^2
	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=105	Факультет немедичного профілю, n=124	
Члені сім'ї не ведуть ЗСЖ	9,4±1,4	6,9±1,3	8,6±1,4	
Друзі не ведуть ЗСЖ	19,5±2,0	12,1±1,6	19,8±2,0	
Наявність тяжкого хронічного захворювання	2,7±0,8	8,6±1,4	3,7±0,9	

Саме частка неготовності студентів усіх опитаних груп щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я є дуже значною — майже половина студентів медичного факультету (41,0±2,5%), що може здивувати, оскільки студенти медичного факультету мають певну інформацію щодо здоров'я населення та особистого. Тим більше, що цей показник був нижчим у студентів стоматологічного (31,4±2,3%) та немедичних факультетів (39,9±2,4%), проте також третина молодих людей не готові до особистої відповідальності за власне здоров'я. В межах 2,3±0,7 – 6,5±1,9% студенти помилково вважали, що його стан здоров'я успадкований і рівень його власного здоров'я не залежить від готовності до відповідального ставлення щодо ЗСЖ.

Серед студентів медичного факультету основними чинниками, що зумовлюють недостатній рівень готовності до відповідального ставлення до власного здоров'я, були виявлені такі: відсутність прикладу здорового способу життя серед друзів (19,5±2,0%), небажання відмовлятися від шкідливих звичок (17,4±1,4%), наявність інших, більш пріоритетних життєвих справ (16,1±1,8%), а також обмежений доступ до умов, необхідних для ведення ЗСЖ через територіальні бар'єри (14,8±1,8%) [199].

У студентів стоматологічного факультету до ключових причин низької готовності відповідально ставитися до власного здоров'я віднесено небажання змінювати поведінкові звички, пов'язані з ризиком для здоров'я (29,3±2,3%),

фокус на інших життєвих пріоритетах (25,9±2,2%) та відсутність позитивного прикладу серед друзів, які не практикують ЗСЖ (12,1±1,6%) [199].

Студенти немедичних факультетів основними причинами низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я назвали: друзі не ведуть ЗСЖ (19,8±2,0%), небажання позбутися шкідливих звичок (18,5±1,9%), наявність інших пріоритетних життєвих питань (16,0±1,8%).

Отже, для всіх трьох досліджуваних груп студентів основними причинами низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я є: друзі не ведуть ЗСЖ, небажання позбутися шкідливих звичок та наявність інших пріоритетних життєвих питань, що свідчить про необхідність удосконалення і побудови ефективної комунікативної системи ФЗСЖ та його збереження у подальших вікових категоріях.

Показник недостатнього рівня інформованості про механізм ЗСЖ як причина низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я серед студентів немедичних факультетів є вищими (17,3±1,9%), ніж серед студентів медичного (8,7±1,4%) та стоматологічного (5,2±1,1%) факультетів, що необхідно враховувати при створенні освітніх програм або проведенні просвітницьких заходів.

Отримані дані показують наскільки члени сім'ї, скоріше батьки, не є авторитетом у веденні ЗСЖ. В опитаних усіх трьох груп показники неведення ЗСЖ членами сім'ї були майже на одному рівні: у 9,4±1,4% студентів медичного факультету, стоматологічного — 6,9±1,3%, немедичних факультетів — 8,6±1,4%.

За отриманими результатами (2,7±0,8% студентів медичного факультету, 8,6±1,4% — стоматологічного та 3,7±0,9% — немедичних факультетів) стає зрозумілим, що для дітей і молоді з тяжкими хронічними захворюваннями необхідно здійснювати спеціальні оздоровчі або реабілітаційні програми для поліпшення їх якості життя.

4.2 Оцінка мотиваційних можливостей молоді щодо відповідального ставлення до власного здоров'я

Ефективність профілактичних технологій, зокрема ФЗСЖ, в значному ступені залежить від умотивованості та зацікавленості в них підлітків та молодих людей. Нами здійснено вивчення мотиваційних механізмів щодо відповідального ставлення студентів до власного здоров'я. Результати дослідження наведені в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Мотиваційні механізми щодо відповідального ставлення студентів до власного здоров'я, %

Показник	Факультети навчання			p χ^2
	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=105	Факультет немедичного профілю, n=124	
Бути здоровим — економічно вигідно	17,1±1,9	10,5±1,5	14,5±1,8	<0,001 36,121
Здоров'я забезпечує красивий зовнішній вигляд	19,8±2,0	27,6±2,2	16,2±1,8	
Здоров'я — можливості кар'єрного росту	14,4±1,7	9,5±1,5	35,5±2,4	
Здоров'я сприяє фізичній витривалості	16,1±1,8	18,1±1,9	19,4±2,0	
Здоров'я забезпечує психологічну стійкість в критичних ситуаціях	9,7±1,5	8,6±1,4	5,6±1,1	
Здоров'я покращує якість життя	10,6±1,5	10,5±1,5	4,0±1,0	
Здоров'я — основа щасливої сім'ї	13,4±1,7	15,2±1,8	7,3±1,3	

Аналіз отриманих даних показав, що найвагомішим мотиваційним механізмом для студентів медичного факультету є те, що здоров'я забезпечує красивий зовнішній вигляд (19,8±2,0%), на другому місці в рейтингу мотивації бути здоровим є те, що бути здоровим — економічно вигідно (17,1±1,9%), на третьому — здоров'я сприяє фізичній витривалості (16,1±1,8%). Мотиваційними механізмами для цієї групи щодо відповідального ставлення студентів до власного здоров'я є також впевненість їх у тому, що здоров'я сприятиме кар'єрному росту (14,4±1,7%) та побудові щасливої сім'ї (13,4±1,7%).

Для студентів стоматологічного факультету пріоритетними мотиваційними механізмами стали наступні показники: здоров'я забезпечує красивий зовнішній вигляд (27,6±2,2%), здоров'я сприяє фізичній витривалості (18,1±1,9%), здоров'я — основа щасливої сім'ї (15,2±1,8%).

Тобто мотиваційні механізми для майбутніх медичних спеціалістів майже одні й ті самі, а для студентів немедичних факультетів найвагомішим мотиваційним механізмом стало те, здоров'я — це можливості кар'єрного росту (35,5±2,4%), далі — те, що здоров'я сприяє фізичній витривалості (19,4±2,0%) і забезпечує красивий зовнішній вигляд (16,2±1,8%).

Отже, сучасна молодь вважає, що здоров'я сприятиме кар'єрному росту на тлі фізичної витривалості та красивої зовнішності водночас значна частка цих же респондентів з усіх трьох груп не хочуть відмовлятися від шкідливих звичок (17,4±1,4; 29,3±2,3 та 18,5±1,9% відповідно), що, як відомо, руйнує здоров'я. Отримані дані свідчать про те, що молодь не має стійких знань про залежність стану здоров'я від мотиваційних механізмів.

При побудові комунікаційних технологій щодо ФЗСЖ надзвичайно важливим є забезпечення інформацією про основні складові ЗСЖ. Важливим також є те, яким саме джерелам інформації молодь на сьогодні довіряє, тому нами здійснено вивчення пріоритетних джерел інформації для студентів стосовно знань про відповідальне ставлення до власного здоров'я (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Пріоритетні для студентської молоді джерела інформації стосовно формування здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я, %

Показник	Факультети навчання			p χ^2
	Медичний факультет, n=217	Стоматологічний факультет, n=105	Факультет немедичного профілю, n=124	
Навчальна освітня програма	23,5±2,1	20,7±2,21	19,4±2,0	188,686 <0,001
Школа здоров'я	1,8±0,7	2,9±0,8	4,8±1,1	
Персональна консультація лікаря	11,1±1,6	13,3±1,7	11,3±1,6	
Групова консультація лікаря	5,1±1,1	8,6±1,4	4,8±1,1	
Тематичні тренінги	3,2±0,9	3,8±0,9	26,2±2,1	
Тематичні лекції	2,3±0,8	1,9±0,7	2,4±0,7	
За програмою «Рівний – рівному»	1,4±0,6	0,9±0,5	4,8±1,1	
Буклети	0,5±0,4	31,4±2,3	2,4±0,7	
Інтернет	43,3±2,5	4,9±1,1	16,9±1,9	
Поради членів сім'ї	1,4±0,6	6,7±1,2	3,2±0,9	
Поради друзів	6,5±1,2	5,6±1,1	4,8±1,1	

Як видно з даних таблиці 4.4, найбільше довіряють студенти медичного факультету джерелам інформації з системи Інтернет (43,3±2,5%), стоматологічного факультету — буклетам (31,4±2,3%), немедичних факультетів — тематичним тренінгам (26,2±2,1%). Необхідно ураховувати показник пріоритетності джерела інформації система Інтернет і переконувати молодих людей, що інформація не завжди є вірною.

Для усіх трьох груп суттєвим джерелом інформації, на їх думку, є навчальна освітня програма: у 23,5±2,1% для студентів медичного факультету, 20,7±2,1% — стоматологічного, 19,4±2,0% — немедичних факультетів, що необхідно ураховувати при побудові комунікацій в просвітницькій роботі щодо ФЗСЖ.

Персональній консультації лікаря довіряють незначна частка усіх трьох груп респондентів — біля 11,0%.

Порадам членів сім'ї та друзів довіряє незначна частка опитаних: 1,4±0,6 та 6,5±1,2% відповідно студенти медичного факультету; 6,7±1,2 та 5,6±1,1% — стоматологічного; 3,2±0,9 та 4,8±1,1% — немедичних факультетів.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що студенти загалом мало обізнані з одним із сучасних та ефективних підходів до інформування — методом «рівний – рівному». Суть цього методу полягає в об'єднанні осіб за спільними ознаками з метою надання достовірної інформації, подолання стереотипів та хибних уявлень, а також формування практичних навичок, необхідних для успішної соціалізації та адаптації. Як джерело знань про формування здорового способу життя та відповідальне ставлення до власного здоров'я цей підхід було згадано лише 1,4±0,6% опитаними студентами медичного факультету, 0,9±0,5% — стоматологічного та 4,8±1,1% — студентами немедичних спеціальностей.

Висновки до розділу 4

1. Особисте здоров'я для студентської молоді не є пріоритетним серед життєвих цінностей: в ієрархії цінностей у студентів медичного факультету особисте здоров'я на першому місці було лише у 11,9±1,6%, стоматологічного — у 3,8±0,9%, немедичних факультетів — у 2,4±0,7% опитаних.

2. У більшості опитаних виявлено недостатній рівень інформованості про те, як важливо мати хороше здоров'я для реалізації свого професійного та життєвого майбутнього. Не вважають, що відповідальне ставлення до особистого здоров'я потребує розширення обсягу персональних знань, 86,2% опитаних судентів медичного факультету та 91,4% — стоматологічного.

3. Про свідому необхідність ЗСЖ переймаються більше студентів стоматологічного факультету (20,0±2,0%) та немедичних факультетів (11,3±1,6%), ніж студенти медичного (2,7±0,8%), що, з одного боку, занепокоює, оскільки саме студенти-медики мали би поширювати знання про ЗСЖ, з іншого — свідчить про недостатність отриманих знань щодо ФЗСЖ в більш молодому віці.

4. Менше половини студентів готові до особистої відповідальності за власне здоров'я: медичного факультету — 41,0±2,5%, стоматологічного — 31,4±2,3%, немедичних факультетів — 39,9±2,4%.

5. Для всіх трьох досліджуваних груп студентів основними причинами низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я є те, що друзі не ведуть ЗСЖ, небажання позбутися шкідливих звичок та наявність інших пріоритетних життєвих питань, що свідчить про необхідність удосконалення і побудови ефективної комунікативної системи ФЗСЖ та його збереження у подальших вікових категоріях.

6. Сучасна молодь не має стійких знань про залежність стану здоров'я від мотиваційних механізмів і вважає, що здоров'я сприятиме кар'єрному росту на тлі фізичної витривалості та красивої зовнішності, водночас значна частка цих самих респондентів з усіх трьох груп не хочуть відмовлятися від шкідливих звичок (17,4±1,4% — медичного факультету, 29,3±2,3% — стоматологічного, 18,5±1,9% — немедичних факультетів), що, як відомо руйнує здоров'я.

8. Готовність студентів до формування здорового способу життя базується на низькому рівні відповідальності за нього як інтегральної риси особистості, що проявляється в слабкому усвідомленні соціальної значущості мотивів збереження здоров'я, неадекватному сприйнятті стану власного здоров'я, обмеженій здатності контролювати свою поведінку та діяльність, спрямовану на його підтримку й покращення, а також у недостатній мотивації до такої діяльності.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4.

2. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5. doi: 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76

3. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367

4. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

5. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474

РОЗДІЛ 5
ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ ТА ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ ЗМІНОЮ МІСЦЯ ЗДОРОВ'Я В ІЄРАРХІЇ ЦІННОСТЕЙ

5.1 Зв'язок соціально-демографічних показників та факторів готовності до ведення здорового способу життя з вищим місцем здоров'я в ієрархії цінностей

У даному розділі показано результати математичного аналізу зв'язків та ступеня впливу на те, яке місце в системі цінностей опитаних індивідів займає здоров'я. Зокрема, оцінено зв'язок соціально-демографічних показників та факторів готовності до ведення здорового способу життя із місцем здоров'я в ієрархії цінностей опитаних осіб [195].

Враховуючи, що опитування включало в себе шість категорій, їх було узагальнено в три основні: найвище (1–2), проміжне (3–4) та кінцеве (5–6) місця. Оцінка зазначених параметрів проходила в залежності від факультету.

Таблиця 5.1

Соціально-демографічні фактори

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Вік, років	0,951	0,796	1,135	0,576
Мешкання (місто)	0,911	0,603	1,376	0,658
Стать (чоловіча)	0,777	0,514	1,174	0,231
Медичний факультет	*Референтна група*			<0,001
Стоматологічний факультет	1,272	0,763	2,121	0,356
Немедичний факультет	3,889	2,288	6,613	<0,001

Як можна бачити з даних таблиці 5.1, вік опитаних респондентів не був пов'язаний з тим, яке місце в їх системі цінностей займає здоров'я (ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,769–1,135], p=0,576). Також не було отримано достовірного впливу на цей показник: відповідно ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,604–1,376], p=0,658 та ВШ = 0,777 [95,0% ДІ 0,514–1,174], p=0,231. Таким чином, згідно отриманих даних, місце мешкання та стать особи не пов'язана зі зміною місця здоров'я в системі їх цінностей [195].

Варто додати, що респонденти стоматологічного факультету, порівняно з такими медичного факультету не показали достовірної різниці відносно вищого місця здорового способу життя в ієрархії цінностей (ВШ = 1,272 [95,0% ДІ 0,763–2,121], p=0,356). При цьому, респонденти немедичного факультету мали в 4 рази вищу вірогідність ставити здоровий спосіб життя на пріоритетне місце (ВШ = 3,889 [95,0% ДІ 2,288–6,61]3, p<0,001).

Проаналізувавши в подальшому фактори з таблиці 5.1, було уточнено соціально-демографічні показники (табл. 5.2). Приналежність до немедичного факультету у порівнянні з медичним факультетом, достовірно (p<0,001) асоційована з вірогідністю вищої оцінки здоров'я в ієрархії цінностей в 3,7 рази [195].

Таблиця 5.2

Соціально-демографічні (метод зворотного виключення)

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Медичний факультет	*Референтна група*			<0,001
Стоматологічний факультет	1,221	0,749	1,989	0,423
Немедичний факультет	3,769	2,230	6,372	<0,001

Як можна бачити з даних таблиці 5.3, порівняно з респондентами, які повністю готові вести ЗСЖ, вище місце в ієрархії здоров'я визначили респон-

денти, які не знають чи готові вести ЗСЖ, в 4 рази більш схильні до вищої оцінки здоров'я в ієрархії цінностей (ВШ = 3,895 [95,0% ДІ 1,478–10,264], p=0,006). Тенденція до більш високої оцінки цінності свого здоров'я визначена відносно респондентів, які «не готові» до ведення ЗСЖ: ВШ = 1,609 [95,0% ДІ 0,873–2,966], p=0,127.

Таблиця 5.3

Оцінка готовності ведення здорового способу життя

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Медичний факультет	*Референтна група*			<0,001
Стоматологічний факультет	1,221	0,749	1,989	0,423
Немедичний факультет	3,769	2,230	6,372	<0,001
Повністю готовий	*Референтна група*			0,076
Більше готовий, ніж не готовий	1,155	0,569	2,345	0,691
Більше не готовий, ніж готовий	1,209	0,607	2,409	0,589
Не готовий	1,609	0,873	2,966	0,127
Не знаю	3,895	1,478	10,264	0,006
Стан здоров'я успадкований	2,599	0,610	11,079	0,197

Таким чином, за результатами аналізу можна дійти висновку, що більш високе місце здоров'я в системі цінностей опитаних осіб визначається серед респондентів немедичного факультету (порівняно з медичним) та тих, які не знають чи готові вести ЗСЖ [195].

5.2 Визначення параметрів із суб'єктивно оціненим місцем здоров'я в ієрархії цінностей

У даному підрозділі оцінено асоціацію визначених показників з безпосередньо особистою оцінкою місця здоров'я в ієрархії цінностей. Визначення зв'язку зазначених параметрів проводилося з корекцією на факультет навчання. Було визначено взаємозв'язок та ступінь впливу окремих досліджених факторів та їх сукупностей на підвищення місця здоров'я в ієрархії цінностей опитаних респондентів, таким чином, виокремити найбільш вагомі фактори та оцінити можливі напрямки роботи з ними (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Параметри готовності до ведення здорового способу життя

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Повністю готовий	0,308	0,136	0,480	<0,001
Більше готовий, ніж не готовий	0,158	-0,007	0,323	0,060
Більше не готовий, ніж готовий	0,182	0,024	0,340	0,024
Стан здоров'я успадкований	-0,245	-0,553	0,064	0,120

Так, повна готовність до ведення ЗСЖ асоційована з більш низьким місцем здоров'я в ієрархії цінностей на 0,308 [95,0% ДІ 0,136–0,480], p<0,001. При цьому, респонденти, які більш готові, ніж не готові, також оцінили здоров'я на більш низькому рівні (на 0,158 [95,0% ДІ -0,007–0,323], p=0,060). Подібні значення отримані серед респондентів, які більш не готові, ніж готові до ведення ЗСЖ (на 0,182 [95,0% ДІ 0,028–0,340], p=0,024). Варто зазначити, що респонденти, які вважають, що стан здоров'я успадкований, оцінюють здоров'я серед іншого вище (на -0,245 [95,0% ДІ -0,553–0,064]), проте показник був на межі тенденції до достовірного (p=0,120).

При загальному аналізі, серед оцінених можливих причин, які заважають вести ЗСЖ, *«небажання позбутися шкідливих звичок»* було в прямій залежності зі зниженням цінності здоров'я (на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071); *«наявність тяжкого захворювання»* також визначило подібну тенденцію (на 0,309 [95,0% ДІ -0,027–0,645], p=0,071). Близькі результати визначено відносно *«відсутності фінансових умов»* та *«недотримання правил здорового способу життя членами сім'ї»*: відповідно на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071 та на 0,273 [95,0% ДІ -0,071–0,616], p=0,120. Інші проаналізовані відповіді не показали достовірного зв'язку з особистою оцінкою місця здоров'я в ієрархії цінностей (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Можливі причини, які заважають вести здоровий спосіб життя

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Маю інші пріоритети в житті, ніж здоровий спосіб життя	0,189	-0,120	0,498	0,230
Відсутність фінансових умов для ведення здорового способу життя	0,261	-0,077	0,598	0,129
Територіальна недоступність умов для ведення здорового способу життя	0,031	-0,306	0,368	0,857
Небажання позбутися шкідливих звичок	0,281	-0,024	0,586	0,071
Члени сім'ї не притримуються правил здорового способу життя	0,273	-0,071	0,616	0,120
Друзі не притримуються правил здорового способу життя	0,225	-0,087	0,537	0,156
Маю тяжке хронічне захворювання, що не дозволяє дотримуватись правил здорового способу життя	0,309	-0,027	0,645	0,071

Провівши додатковий аналіз для виключення недостовірних показників та уточнення безпосереднього впливу на місце здоров'я в ієрархії цінностей опитаних респондентів, було отримано наступні уточнені дані (табл. 5.6). Асоційовані зі зниженням місця здоров'я визначені наступні твердження: *«відсутність фінансових умов для ведення здорового способу життя»* (на 0,239 [95,0% ДІ -0,004–0,482], p=0,053); *«небажання позбутися шкідливих звичок»* (на 0,260 [95,0% ДІ 0,059–0,461], p=0,011); *«недотримання членами сім'ї здорового способу життя»* (на 0,251 [95,0% ДІ -0,001–0,504], p=0,051); *«недотримання друзями здорового способу життя»* (на 0,204 [95,0% ДІ -0,003–0,411], p=0,053), *«наявність тяжкого хронічного захворювання»* (на 0,288 [95,0% ДІ 0,046–0,530], p=0,020).

Таблиця 5.6

Можливі причини, які заважають вести здоровий спосіб життя (оцінка за методом зворотного виключення)

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Маю інші пріоритети в житті, ніж здоровий спосіб життя	0,168	-0,038	0,374	0,110
Відсутність фінансових умов для ведення здорового способу життя	0,239	-0,004	0,482	0,053
Небажання позбутися шкідливих звичок	0,260	0,059	0,461	0,011
Члени сім'ї не притримуються правил здорового способу життя	0,251	-0,001	0,504	0,051
Друзі не притримуються правил здорового способу життя	0,204	-0,003	0,411	0,053
Маю тяжке хронічне захворювання, що не дозволяє дотримуватись правил здорового способу життя	0,288	0,046	0,530	0,020

Серед оцінених думок, що може дати ЗСЖ, не було визначено взаємозв'язків з місцем здоров'я в ієрархії цінностей респондентів. Усі проаналізовані

варіанти відповідей не показали достовірної асоціації з зазначеним параметром (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Самооцінка здорового способу життя

Показник	Відно-шення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Бути здоровим — економічно вигідно	0,060	-0,142	0,262	0,559
Здоров'я — можливості кар'єрного росту	0,007	-0,186	0,200	0,946
Здоров'я сприяє фізичній витривалості	0,024	-0,169	0,216	0,809
Здоров'я забезпечує психологічну стійкість в критичних ситуаціях	-0,056	-0,304	0,191	0,654
Здоров'я покращує якість життя	0,130	-0,108	0,368	0,285
Здоров'я — основа щасливої сім'ї	0,082	-0,131	0,296	0,449

У сукупній оцінці відповідей стосовно пріоритетного джерела інформації відносно ЗСЖ (табл. 5.8), було визначено певні тенденції, проте усі показники не визначили достовірного зв'язку з місцем здоров'я в ієрархії цінностей. Так, найбільш впливовий показник відмічався стосовно «*порад членів сім'ї*» (на 0,237 [95,0% ДІ -0,113–0,588], p=0,184).

Таблиця 5.8

Пріоритетність джерела інформації стосовно формування здорового способу життя

Показник	Відношення шансів	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Навчальна освітня програма	0,080	-0,090	0,250	0,357
Школа здоров'я	-0,115	-0,479	0,249	0,535
Персональна консультація лікаря	-0,052	-0,258	0,155	0,623

Продовження табл. 5.8

Показник	Показник	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Групова консультація лікаря	-0,085	-0,353	0,183	0,533
Тематичні тренінги	-0,119	-0,355	0,117	0,323
Тематичні лекції	-0,229	-0,637	0,180	0,272
За програмою «Рівний – рівному» (знання від підготовлених однолітків або друзів)	-0,018	-0,430	0,395	0,933
Буклети	-0,102	-0,336	0,131	0,389
Поради членів сім'ї	0,237	-0,113	0,588	0,184
Поради друзів	-0,124	-0,392	0,145	0,366

При подальшому аналізі та покроковому виключенні недостовірних показників, було визначено, що з місцем здоров'я в ієрархії цінностей асоційовані *«навчальна освітня програма»* та *«поради членів сім'ї»*: відповідно на 0,141 [95,0% ДІ -0,001–0,284], p=0,052 та на 0,299 [95,0% ДІ -0,037–0,636], p=0,081.

Таблиця 5.9

Пріоритетність джерела інформації стосовно формування здорового способу життя (оцінка за методом зворотного виключення)

Показник	Показник	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Навчальна освітня програма	0,141	-0,001	0,284	0,052
Поради членів сім'ї	0,299	-0,037	0,636	0,081

Основними параметрами, які за результатом аналізу, пов'язані з суб'єктивною оцінкою місця здоров'я в системі цінностей опитаних респондентів були навчання на немедичному факультеті (вплив на -0,370 [95,0% ДІ -0,498–0,242], p<0,001); *«повна готовність до ведення здорового способу життя»* (вплив на

0,367 [95,0% ДІ 0,194–0,540], p<0,001); *«більше готовий, ніж не готовий»* (вплив на 0,184 [95,0% ДІ 0,021–0,346], p=0,027); *«більше не готовий, ніж готовий»* (вплив на 0,206 [95,0% ДІ 0,050–0,362], p=0,010); *«небажання позбутися шкідливих звичок»* (вплив на 0,123 [95,0% ДІ -0,020–0,266], p=0,093); *«навчальна програма»* (вплив на 0,161 [95,0% ДІ 0,020–0,301], p=0,025).

Таблиця 5.10

Сукупний аналіз оцінених параметрів та їх зв'язку з місцем здоров'я в ієрархії цінностей

Показник	Показник	Довірчий інтервал		p
		+95%	–95%	
Немедичний факультет	-0,370	-0,498	-0,242	<0,001
Повністю готовим	0,367	0,194	0,540	<0,001
Більше готовий, ніж не готовий	0,184	0,021	0,346	0,027
Більше не готовий, ніж готовий	0,206	0,050	0,362	0,010
Небажання позбутися шкідливих звичок	0,123	-0,020	0,266	0,093
Навчальна освітня програма	0,161	0,020	0,301	0,025

Отже, вища схильність високої оцінки цінності свого здоров'я відмічалася серед респондентів немедичних факультетів, яка була достовірно (p<0,001) вищою майже в 4 рази, порівняно з респондентами з медичного факультету. Не було визначено достовірного зв'язку ступеню готовності до ведення ЗСЖ у респондентів, які були «більше готові, ніж не готові» та «більше не готові, ніж готові», проте особи, які не змогли визначитися, в 3,9 рази більше були схильні до вищої оцінки цінності здоров'я порівняно з «повністю готовими», в той же час, відмічено тенденцію до більшої оцінки цінності здоров'я у осіб, які «не готові» вести ЗСЖ, що, можливо, пов'язано з наявністю факторів, що заважають це робити.

Більш низьке місце здоров'я в ієрархії цінностей, з іншого боку, визначено серед респондентів, які «повністю готові» та «більше не готові, ніж готові» до ведення ЗСЖ. А серед причин які додатково знижують цінність здоров'я визначено «небажання позбутися шкідливих звичок», «наявність тяжкого хронічного захворювання», «відсутність фінансових умов», недотримання членами сім'ї та друзями правил ЗСЖ.

Пріоритетним джерелом інформації стосовно ЗСЖ респонденти визначили «поради членів сім'ї», проте показник був на рівні тенденції, додатково, за даними аналізу, вагомий внесок робить структура «навчальної освітньої програми».

При сукупному аналізі отримано такі дані, які достовірно впливають на місце здоров'я в ієрархії цінностей, зокрема приналежність до «немедичного факультету», «повна готовність», «більше готовий, ніж не готовий» та «більше не готовий, ніж готовий» до ведення здорового способу життя, «небажання позбутися шкідливих звичок» та «навчальна освітня програма» визначені як значні предиктори.

Висновки до розділу 5

1. За проведеним математичним аналізом зв'язків та ступеню впливу на місце в системі цінностей опитаних респондентів здоров'я, вік опитаних не був пов'язаний з тим, яке місце в їх системі цінностей займає здоров'я (ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,769–1,135], p=0,576). Також не отримано достовірного впливу на цей показник місця помешкання та статі: відповідно ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,604–1,376], p=0,658 та ВШ = 0,777 [95,0% ДІ 0,514–1,174], p=0,231.

2. З'ясовано, що у студентів немедичного факультету, порівняно з медичним факультетом, достовірно (p<0,001) асоційована вірогідність вищої оцінки здоров'я в ієрархії цінностей в 3,7 рази.

3. Встановлено, що повністю готові вести здоровий спосіб життя та вище місце в ієрархії здоров'я визначили респонденти, які відповіли на питання

«не знаю», а саме в 3,9 разів більш схильні до вищої оцінки здоров'я в ієрархії цінностей (ВШ = 3,895 [95,0% ДІ 1,478–10,264], p=0,006). Тобто, за результатами аналізу можна дійти висновку, що більш високе місце здоров'я в системі цінностей опитаних осіб визначається серед респондентів немедичного факультету (порівняно з медичним) та тих, які не знають чи готові вести здоровий спосіб життя. При цьому, респонденти, які більш готові, ніж не готові, оцінили здоров'я на більш низькому рівні (на 0,158 [95,0% ДІ -0,007–0,323], p=0,060, як і ті, що більш не готові, ніж готові до ведення здорового способу життя (на 0,182 [95,0% ДІ 0,028–0,340], p=0,024).

4. За отриманими результатами щодо можливих причин, які заважають вести здоровий спосіб життя, *«небажання позбутися шкідливих звичок»* було в прямій залежності зі зниженням цінності здоров'я (на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071); *«наявність тяжкого захворювання»* (на 0,309 [95,0% ДІ -0,027–0,645], p=0,071); *«відсутність фінансових умов»* та *«недотримання правил здорового способу життя членами сім'ї»*: відповідно на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071 та на 0,273 [95,0% ДІ -0,071–0,616], p=0,120.

5. За даними аналізу методом зворотного виключення недостовірних показників було визначено, що з місцем здоров'я в ієрархії цінностей асоційовані *«навчальна освітня програма»* та *«поради членів сім'ї»*: відповідно на 0,141 [95,0% ДІ -0,001–0,284], p=0,052 та на 0,299 [95,0% ДІ -0,037–0,636], p=0,081, тобто пріоритетним джерелом інформації щодо ЗСЖ були визначені студентами навчальна освітня програма та поради членів сім'ї.

6. При сукупному аналізі встановлено фактори, які достовірно впливають на місце здоров'я в ієрархії цінностей, зокрема приналежність до «немедичного факультету», «повна готовність», «більше готовий, ніж не готовий» та «більше не готовий, ніж готовий» до ведення здорового способу життя, «небажання позбутися шкідливих звичок» та «навчальна освітня програма» визначені як значні предиктори.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4.

2. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5.

3. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367

4. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

5. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474

РОЗДІЛ 6
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ КОМУНІКАЦІЙ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У МОЛОДІ В УКРАЇНІ

За результатами проведеного дослідження на попередніх етапах основними проблемами формування здорового способу життя в Україні є: відсутність навичок у батьків щодо формування здорового способу життя у своїх дітей, зокрема і на своєму прикладі; відсутність системного підходу до формування та збереження ЗСЖ в освітніх закладах (дошкільних, шкільних та закладах вищої освіти); недосконале використання сучасних інформаційних технологій у пропаганді ЗСЖ; недостатність мотивації у молоді щодо ЗСЖ; відсутність сучасної державної комунікативної стратегії щодо формування ЗСЖ: на рівні законодавства ЗСЖ не є пріоритетним питанням, стандарти ЗСЖ не визначені і не унормовані, підходи є застарілими, комунікації не конкретизовані з визначеними функціями для кожного сектору соціально-економічної діяльності країни. Застарілість унормованих заходів зі ЗСЖ свідчить про відсутність системності державної політики щодо впровадження принципів ЗСЖ. На державному рівні питання ЗСЖ має односторонній характер. За означеними проблемними питаннями стан здоров'я дітей та молоді є вкрай незадовільним, що загрожує як ризику продуктивного потенціалу держави, так і його репродуктивному потенціалу.

6.1 Теоретичне обґрунтування організаційної моделі здорового способу життя

Оскільки ідеологічні засади формування здорового способу життя передбачають визнання здоров'я як базової цінності у системі людських орієнтирів, розуміння його як цілісного стану фізичного, психічного, соціального й духовного благополуччя, а також розподіл відповідальності за збереження здоров'я між державою, суспільством та особистістю [186], організаційна модель форму-

вання здорового способу життя має будуватися на міжсекторальних засадах на основі профілактичних програм. Такий підхід передбачає комплексну взаємодію різних секторів — охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо — для забезпечення сталого впливу на здоров'я молоді, починаючи з раннього віку, через розвиток навичок здорової поведінки та своєчасну профілактику факторів ризику.

Тільки за таких підходів людина зможе з певною відповідальністю контролювати власне життя, а також брати на себе особисту відповідальність за дії, рішення та їх наслідки.

На громаду, в тому числі і батьків, а також на оточення підлітків, має покладатись певна частка відповідальності за здоров`я підростаючого покоління. Для цього держава повинна делегувати частину своїх повноважень громаді у відповідності до територіального розподілу в Україні, а також окремій людині щодо ФЗСЖ через законодавче закріплення дій і спрямування певної частини ресурсів на це та делегування прав контролю.

Формування здорового способу життя, як відомо, охоплює не лише сферу охорони здоров'я чи надання відповідних послуг, а має значно ширший вплив, оскільки здоров'я розглядається як ключовий ресурс для соціального, громадського та економічного розвитку держави. Воно є важливим показником якості життя та визначає конкурентоспроможність особистості в умовах сучасного політичного, економічного, соціального, культурного, поведінкового та біологічного середовища, що узгоджується із сучасною концепцією «п'яти S» (5S), запропонованою ВООЗ: «Supportive policies — підтримуючі політики, що ґрунтується на принципах дотримання прав людини; Strategic information — стратегічно інформації, необхідно для планування та моніторингу; Service delivery models — моделі надання послуг, дружніх до молоді, включаючи систему шкільних послуг охорони здоров'я та систему первинної медико-санітарної допомоги; Sustainable resources — стійких ресурсів у галузі нарощування потенціалу та планування; Cross-Sectors approach — міжсекторального підхіду до заходів з охорони здоров'я підлітків» [164].

Міжнародні стратегії щодо ЗСЖ часто розглядаються у взаємозв'язку з розробкою інших соціально значущих ініціатив. Наприклад, вдосконалення законодавства у сфері безпеки дорожнього руху спрямоване на зниження рівня травматизму серед підлітків, а також на подолання факторів ризику, пов'язаних з ним. До таких факторів належать: вживання алкоголю та психоактивних речовин, відсутність належного нагляду дорослих, економічна і гендерна нерівність, безробіття, небезпечні умови проживання, навчання та праці, слабкі стандарти безпеки, легкий доступ до алкоголю, наркотиків і зброї, недостатній соціальний захист і слабкі системи правосуддя, а також нестача ресурсів для реалізації послідовної політики у цій сфері [12].

Інвестування у здоров'я молоді дозволяє розірвати замкнене коло поганого здоров'я та соціально-економічної вразливості, водночас сприяючи підвищенню добробуту суспільства, адже саме молодь є головним ресурсом для формування його майбутнього [192]. Проте, сама по собі ідеологія ФЗСЖ не гарантує позитивних зрушень, бо без належної підготовки та здатності людей контролювати чинники, що впливають на їхнє здоров'я, досягти оптимального рівня благополуччя неможливо. Тому пріоритетом заходів у межах ФЗСЖ має стати зменшення нерівностей у доступі молоді до ресурсів і можливостей, необхідних для дотримання здорового способу життя.

На наш погляд, головним принципом ФЗСЖ є партнерство, що передбачає узгоджену роботу всіх зацікавлених сторін — уряду, системи охорони здоров'я, громадських і економічних секторів, неурядових організацій, місцевих громад і медіа. Саме система охорони здоров'я має ключову роль у забезпеченні ефективної міжсекторальної комунікації та реалізації спільних профілактичних програм, спрямованих на покращення здоров'я молоді.

Ще одним принципом ФЗСЖ є адаптація профілактичних програм та ініціатив до конкретних умов кожної громади — з урахуванням соціального, економічного та культурного контексту, а також потреб і можливостей місцевої молоді. Підлітковий вік є критичним етапом розвитку емоційних і соціальних навичок, важливих для психічного здоров'я в дорослому житті, серед них:

формування здорових звичок щодо сну, регулярна фізична активність, здатність долати труднощі, вирішувати конфлікти та керувати емоціями. Для розвитку цих навичок особливо важливими є сприятливі умови в родині, школі та громаді загалом [117]. У зв'язку з особливостями статевого дозрівання та швидкими психологічними змінами молодь є групою ризику щодо соціального тиску, включаючи ризиковану статеву поведінку [81].

Основним механізмом реалізації принципів ФЗСЖ є надання людям або групам з окремих громад можливості оволодіти навичками позитивного впливу на власне здоров'я. У рамках таких заходів особлива увага приділяється усвідомленню, що саме особа, а не держава чи інституції, несе головну відповідальність за вибір здорової поведінки. Це сприяє зростанню самооцінки, посиленню контролю над життям і, як наслідок, розширює можливості для вирішення проблем зі здоров'ям. Цей процес забезпечується через низку комунікативних стратегій в рамках спільних профілактичних програм, спрямованих на досягнення конкретних результатів: ознайомлення з загальними закономірностями та специфікою індивідуального і суспільного здоров'я; інформування про можливі шляхи покращення здоров'я; мотивація до дотримання принципів ЗСЖ; удосконалення організаційної структури діяльності зацікавлених сторін, у тому числі через сучасні технології; формування ефективної політики у сфері здоров'я, яка враховує права особистості на ЗСЖ, а також включає механізми самоврядування, взаємодію з бізнес-структурами тощо; міжгалузеву комунікацію задля розвитку солідарності в громадах.

У рамках реалізації ФЗСЖ виокремлюють п'ять основних напрямів.

1. Формування ідеології, сприятливої для здоров'я, що передбачає об'єднання зусиль усіх рівнів управління, державного і приватного секторів, громадських організацій. Використовуються законодавчі та фінансові стимули для заохочення дій, спрямованих на покращення здоров'я населення.

2. Створення здорового природного та соціального середовища — реалізація заходів на основі соціоекологічного підходу. Йдеться про створення умов життя, праці та відпочинку, які не шкодять здоров'ю.

3. Посилення ролі громад — активізація участі місцевих, етнічних, релігійних чи культурних спільнот у плануванні та впровадженні заходів ФЗСЖ, що є стандартною практикою у розвинених країнах. Саме громада визначає пріоритети та бере участь у реалізації стратегій зі зміцнення здоров'я.

4. Розвиток особистих навичок — зосереджений на просвітницькій та освітній роботі, спрямованій на підвищення обізнаності та навичок контролю за власним здоров'ям. Ці заходи мають охоплювати всі сфери життя — освіту, роботу, побут, дозвілля — та залучати всі можливі інституції незалежно від форми власності.

5. Переорієнтація системи охорони здоров'я на профілактику — полягає у розширенні її функцій за межі лікувального підходу, з акцентом на превентивні заходи та формування здорового способу життя.

Поведінка людини є однією з ключових детермінант здоров'я, її вплив часто перевищує значення інших чинників. Залежно від обраного стилю життя, поведінкові фактори можуть як зміцнювати здоров'я, так і завдавати йому шкоди. Для позитивної зміни поведінки необхідні зусилля не лише самої особи, а й підтримка з боку родини та суспільства. Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) включає низку компонентів, які охоплюють усі аспекти здоров'я — фізичний, психічний, соціальний і духовний. Найважливішими з них є:

- харчування, зокрема споживання чистої води, необхідних вітамінів, мікроелементів, білків, жирів, вуглеводів та спеціалізованих продуктів;
- побутові умови, включаючи якість житла, рівень безпеки та можливості для відпочинку;
- умови праці, що охоплюють не лише фізичну, а й психологічну безпеку, а також можливості професійного розвитку;
- рухова активність, яка сприяє фізичному вдосконаленню та відновленню після навантажень;
- відмова від шкідливих звичок, таких як куріння, вживання алкоголю чи наркотиків;
- безпечна сексуальна поведінка, що запобігає виникненню захворювань.

Для усвідомлення та реалізації принципів ЗСЖ вирішальне значення має інформованість населення та доступ до профілактичних послуг в рамках національних, регіональних та місцевих профілактичних програм. Реалізація ЗСЖ значною мірою залежить від рівня особистої свідомості. Навіть у разі відсутності сприятливих матеріальних умов, особа з високим рівнем розуміння важливості здоров'я прагне до збереження його і передає відповідні цінності іншим. Водночас, навіть за наявності добрих умов, відсутність внутрішньої мотивації може знижувати прагнення до здорового способу життя.

Матеріальний стан родини опосередковано впливає на можливість дотримання ЗСЖ, так само як і ставлення найближчого оточення — негативне середовище ускладнює дотримання здорових практик.

В основі розробки концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні лежать результати попередніх досліджень: аналіз міжнародних стратегій, стану здоров'я молоді в Україні, нормативно-правової бази, даних соціологічного опитування студентів, математичної моделі факторів впливу на формування ЗСЖ, а також роль лікаря первинної медико-санітарної допомоги.

Для побудови цієї моделі були застосовані бібліосемантичний підхід, структурно-логічний аналіз, описового моделювання, а методологічною основою став системний підхід.

6.2 Характеристика концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні

Ключовою ідеєю концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді є послідовне вирішення пріоритетної проблеми формування здорового способу життя в Україні на основі визначення конкретних завдань кожній із зацікавлених сторін щодо формування ЗСЖ, механізму їх ефективної комунікації на рівні держави шляхом законодавчого унормування, адміністрування послуг з ФЗСЖ спільно з громадою.

Центральним елементом концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні є здоров'я підлітків та молоді.

Концепція комунікацій у сфері ФЗСЖ враховує міжнародні підходи до вирішення проблем здоров'я підлітків і молоді. На сьогодні науковці розвинених країн та Всесвітня організація охорони здоров'я дійшли спільної думки, що ФЗСЖ не обмежується лише діяльністю системи охорони здоров'я чи наданням послуг зі здорового способу життя. Вони розглядають здоров'я як ключовий ресурс для соціального, економічного та громадського прогресу, важливу складову якості життя й показник конкурентоспроможності людини в умовах політичних, економічних, культурних, соціальних, поведінкових і біологічних факторів.

Заходи із ФЗСЖ мають бути спрямовані на забезпечення молодим особам рівних можливостей і ресурсів для досягнення фізичного та ментального здоров'я. Використовуючи принцип партнерства у розвитку ефективних комунікацій щодо ФЗСЖ шляхом скоординованої діяльності всіх зацікавлених сторін можна досягти можливості права на здоров'я підлітків та молодих осіб в Україні з перспективою більш здорового майбутнього продуктивного потенціалу країни. Все це потребує удосконалення законодавства в Україні стосовно ФЗСЖ, оскільки за результатами нашого дослідження щодо нормативного забезпечення комунікативних технологій з ФЗСЖ молоді в Україні, з'ясовано, що ЗСЖ молоді на рівні законодавства не є пріоритетним питанням, стандарти ЗСЖ не визначені і не унормовані, підходи є застарілими, комунікації не конкретизовані з визначенням функцій для кожного сектору соціально-економічної діяльності країни. Застарілість унормованих заходів зі ЗСЖ свідчить про відсутність системності державної політики у впровадженні принципів ЗСЖ в нашій країні. На державному рівні питання ЗСЖ має односторонній характер на прикладі затвердження Указом Президента України № 300/2021 від 21 липня 2021 року «Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на

період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація"», опікуючись лише однією складовою ЗСЖ — оздоровчою рухливістю. Хоча й відомо, що здоровий спосіб життя охоплює різні аспекти, він включає ключові складові, які впливають на всі сфери здоров'я — фізичну, психічну, соціальну та духовну.

Серед найважливіших чинників — екологічні умови, якість харчування, побут і організація відпочинку, рівень фізичної та психічної безпеки в середовищі проживання, умови праці, рівень рухової активності, запобігання шкідливим звичкам, а також безпечна сексуальна поведінка, що може запобігти виникненню багатьох захворювань.

Тому розроблена нами концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні (рис. 6.1) базується на міжнародному досвіді успішного подолання проблем, пов'язаних зі здоров'ям молодого покоління. Ця модель відзначається системним підходом, своєчасністю реакції на актуальні виклики щодо негативного впливу факторів ризику на здоров'я, міжсекторальною співпрацею, відповідальною комунікацією, державною підтримкою та активною участю громад. В її основу покладено комплекс міжнародних стратегій, що ґрунтуються на найнадійніших на сьогодні емпіричних даних щодо зниження рівня насильства стосовно дітей. Серед них:

1) впровадження та дотримання законодавства;

2) трансформація соціальних норм і цінностей;

3) створення безпечного середовища;

4) підтримка батьків і опікунів;

5) покращення доходів і економічної стабільності;

6) надання допомоги та послуг підтримки;

7) освіта і розвиток життєвих навичок.

Ці напрямки охоплюють ключові сектори — охорону здоров'я, соціальний захист, освіту, фінанси й правосуддя [164].

Рис. 6.1. Концептуальна модель комунікацій формування здорового способу життя у молоді в Україні.

Складова «Правові засади формування здорового способу життя» у запропонованій Моделі передбачає нормативне закріплення стратегічних профілактичних підходів до впровадження ЗСЖ. Ключовими елементами цих стратегій є утвердження здоров'я як базового права людини, формування позитивної ідеології щодо здоров'я, створення сприятливого середовища для життя, впровадження інноваційних комунікаційних технологій, а також запобігання будь-яким проявам дискримінації в суспільстві. Процес нормативного врегулювання передбачає розробку відповідної законодавчої та регуляторної бази за участі таких інституцій, як Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти і науки, Міністерство захисту довкілля, Міністерство інфраструктури та зв'язку, а також Міністерство розвитку громад і територій.

Міжнародна практика підтверджує необхідність науково обґрунтованого підходу до побудови стратегій у сфері ФЗСЖ на всіх рівнях — національному, регіональному та глобальному. У межах запропонованої моделі блок наукового забезпечення організаційних технологій ФЗСЖ включає правове, фінансове, організаційно-методичне, матеріально-технічне, кадрове та інформаційно-аналітичне підґрунтя для розроблення та впровадження стандартів здорового способу життя. Ці функції мають бути чітко розподілені між структурними підрозділами відповідних міністерств та установ із визначенням ролей і повноважень фахівців, які опікуватимуться питаннями ЗСЖ.

Одним із ключових напрямів у межах організаційно-наукового блоку є розробка освітніх програм, присвячених тематиці ЗСЖ. Такі програми мають охоплювати підготовку не лише батьків, а й спеціалістів, які працюють у системі освіти (дошкільній, шкільній та вищій), а також лікарів загальної практики — сімейної медицини на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Крім того, до реалізації таких профілактичних програм доцільно залучати представників громадських і волонтерських організацій.

Результати проведеного нами соціологічного дослідження щодо мотивації студентської молоді до формування власного здорового способу життя показали, що головними джерелами інформації у цій сфері для молоді є поради членів сім'ї та освітні навчальні програми, що підкреслює необхідність їхнього посилення та якісного вдосконалення.

Наступною вагомою організаційною технологією у Моделі є комплекс заходів з ФЗСЖ на рівні первинної медико-санітарної допомоги, які має забезпечувати лікар загальної практики-сімейний лікар як лікар першого контакту від народження дитини у сім'ї. Саме фаховий підхід до ФЗСЖ лікаря загальної практики-сімейного лікаря в рамках виконання своїх безпосередніх функцій щодо «надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнопаління, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя» [193], закріплених у галузевому наказі МОЗ України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [193].

Поведінка індивіда виступає одним із провідних чинників, що визначають стан здоров'я, при цьому її вплив часто перевершує значущість інших детермінант. Поведінкові аспекти можуть мати як позитивний, так і негативний ефект — усе залежить від особистого вибору стилю життя. Актуальність цього твердження підтверджується незадовільними показниками здоров'я молоді в Україні [193].

Основні проблеми здоров'я молоді в Україні включають насильство, травми, психічні розлади, вживання психоактивних та шкідливих речовин, порушення харчової рівноваги, гіподинамію, інфекції, що передаються статевим шляхом, ранні пологи та небажану вагітність як фактори ризику розладу здоров'я. Зокрема, 37,9% підлітків стали жертвами насильства, а 39,4% отримали фізичні травми; 74,5% мають періодичні легкі психічні розлади; 20,1% підлітків (24,0% хлопців та 16,0% дівчат) мають досвід

тютюнопаління, причому цей показник зростає з віком — від 4,3% серед 10-річних до 38,8% серед 17-річних; 9,4% хлопців і 6,1% дівчат вживають марихуану; більше половини підлітків і молодих людей (58,0%) вживають алкоголь; лише 23,7% підлітків щодня займаються фізичною активністю не менше години, тоді як 6,0% підлітків не займаються фізичною активністю взагалі. Гіподинамія є поширеною проблемою, оскільки 97,0% молоді віком 15–29 років активно користуються Інтернетом, що пов'язано з ризиками, зокрема, через спілкування в соціальних мережах. Частка молодих людей з нормальним індексом маси тіла зростає з віком — від 66,3% серед 11-річних до 75,3% серед 17-річних; однак кожна четверта (24,1%) 11-річна дівчина і кожна п'ята дівчина віком 13, 15 та 17 років мають недостатню вагу. Найвищий рівень зайвої ваги спостерігається серед 11-річних та 13-річних підлітків, при цьому частка таких підлітків є більшою серед хлопців. Крім того, виявлено значне порушення збалансованості харчування [167].

Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років як технології формування ЗСЖ шляхом раннього виявлення відхилень від норми та їх своєчасної корекції, щоб попередити виникнення певних видів захворювань, які здебільшого залежать від способу життя дитини, показали, що патологічні стани виявляються у значної кількості дітей — у 12,0% дітей (з них у 50,4% хлопчиків і 49,6% — у дівчаток). У 9 551 підлітків (0,2%) виявлено порушення органів слуху, у 243 647 (5,0%) — органів зору, у 64 316 (1,3%) — дефект мовлення, у 76 022 — сколіоз (1,5%), у 192 420 (3,2%)– порушення постави. Найбільш численну групу з виявленими відхиленнями стану здоров'я складають діти дошкільного віку — 77 303, далі у дітей, що почали навчання з шести років — 37 692, а у дітей, що почали навчання з семи років — 22 014 осіб. Надзвичайно негативною тенденцією є те, що з віком у дітей виявлені показники значно погіршуються без проведеної корекції: порушення зору збільшилося у 5,9 разів у дітей 2–8 класів (134 736 випадків у порівнянні дітьми дошкільного віку — 22796), кількість сколіозів — у 14,3 рази відповідно (у дітей 2–8 класів 41 004 випадків у порівнянні дітьми

дошкільного віку — 2 869 випадків). Отримані дані свідчать про вкрай недосконалу діяльність зацікавлених сторін у формуванні здорового способу життя [172].

Формування репродуктивного здоров'я є проблемним питанням в Україні. Нерідко спостерігаються незахищені статеві стосунки — користувалися презервативом як засобом контрацепції та захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом, при першому сексуальному контакті лише 69,3%. Захворюваність на ІПСШ підлітків віком 15–17 років в Україні за період 2018–2023 рр. має позитивну тенденцію: зниження показника захворюваності на сифіліс становить 76,6% (2018 р. — 2,86 на 100 тис. дівчат віком 15–17 років, 2023 р. — 0,67); на гонококову інфекцію — 68,2% (2018 р. — 2,67; 2023 р. — 0,85); хламідіоз — 89,3% (2018 р. — 9,36; 2023 р. — 1,0); на трихомоніаз — 85,5% (2018 р. — 59,97; 2023 р. — 8,7); на уреаплазмоз — 90,4% (2018 р. — 21,01; 2023 р. — 2,01). За період 2018–2023 рр. показник кількості абортів на 1000 дівчат віком 15–17 років знизився на 48,9% (2018 р. — 1,35, 2023 р. — 0,69), проте 411 підлітків-дівчат вдалися до такого небезпечного методу вирішення проблеми несвоєчасної вагітності; ранні пологи у дівчат дитячого віку також свідчать про недостатність інформації щодо методів запобігання небажаній вагітності. За період 2018–2023 рр. показник ранніх пологів мав позитивну динаміку: у дівчат віком до 14 років показник пологів знизився на 25,0% (2018 р. — 0,12 на 1000 дівчат до 14 років, 2023 р. — 0,09); у підлітків — на 50,1% (2018- 6,82 на 1000 дівчат 15–17 років, 2023 р. — 3,40). Тим не менше, кількість дівчаток, що народили у ранньому віці у 2023 р., складає: до 14 років — 98 дівчат, 15–17 років — 2033 осіб [171–174].

Сучасна система охорони здоров'я, зокрема у частині функціонування ЛЗП-СЛ, передбачає публічне управління (адміністрування) як складову частину державного управління [194]. Це починається з підписання Декларації між пацієнтом та лікарем, що надає пацієнту певні преференції, включаючи персональну відповідальність за його здоров'я, зацікавленість у задоволеності пацієнта послугами, що безпосередньо впливає на заробітну плату лікаря та

його розподіл часу. Система публічного адміністрування (управління) має забезпечувати результативність діяльності закладів лікарів загальної практики – сімейної медицини у сфері формування здорового способу життя шляхом впровадження механізмів колегіального прийняття та реалізації стратегічних рішень. Ці процеси повинні ґрунтуватися на ефективній координації та узгодженні дій усіх зацікавлених сторін відповідно до чинного законодавства та нормативно-правових актів. До повноважень адміністративного управління входить як прийняття управлінських рішень і надання адміністративних послуг, так і здійснення внутрішнього менеджменту діяльності ЛЗП-СЛ із залученням місцевої громади, в якій функціонує заклад, із урахуванням геосоціального контексту з метою досягнення загальнодержавних пріоритетів [193]. Публічне адміністрування зосереджене на ефективній реалізації прав, свобод і охоронюваних законом інтересів. Діяльність державних органів здійснюється через функції охорони здоров'я сімей, які уклали декларацію із сімейним лікарем. На громаду та батьків покладається частина відповідальності за здоров'я молодого покоління. Для цього держава повинна делегувати частину своїх повноважень громаді та окремим особам щодо ФЗСЖ через законодавче закріплення дій та надання відповідних ресурсів і контролю.

Як зображено на рисунку 6.2, основною метою формування здорового способу життя є сприяння досягненню благополуччя та здоров'я для всіх, на всіх рівнях в усіх сферах, з урахуванням усіх детермінант здоров'я для зменшення негативного впливу факторів ризику. Для забезпечення суб'єкта повною інформацією з питань ФЗСЖ, ЛЗП-СЛ застосовує такі стратегії: надання знань про загальні закономірності та конкретні проблеми громадського здоров'я на відповідній дільниці; інформування про поточний стан і можливості покращення конкретних аспектів ЗСЖ; сприяння розвитку свідомості та мотивації молоді до дотримання принципів ЗСЖ; формування політики здоров'я як важливої частини виховання ціннісних орієнтирів молоді щодо ЗСЖ; поширення знань про питання екологічної безпеки.

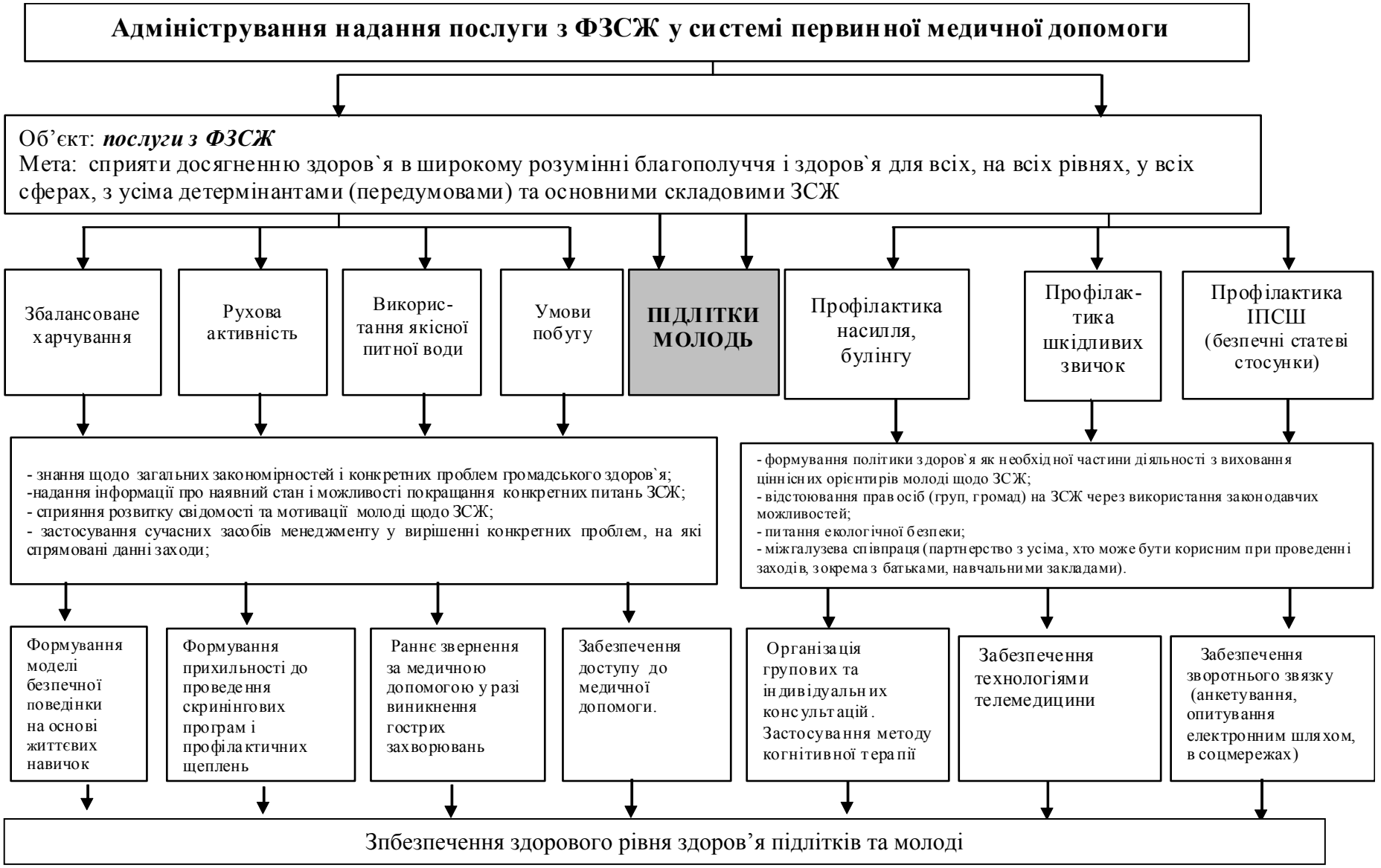

Рис. 6.2. Алгоритм адміністрування надання послуг з формування здорового способу життя на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Форми діяльності ЛЗП-СЛ у сфері ФЗСЖ для забезпечення високого рівня здоров'я підлітків та молоді включають: формування моделі безпечної поведінки на основі життєвих навичок; формування прихильності до проведення скринінгових програм і профілактичних щеплень; рекомендації щодо раннього звернення за медичною допомогою у разі виникнення гострих захворювань; забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, організація групових та індивідуальних консультацій; забезпечення технологіями телемедицини; забезпечення зворотного зв'язку (анкетування, опитування електронним шляхом, в соцмережах).

Підґрунтям для визначення напрямків та форм діяльності ЛЗП-СЛ у Концептуальній моделі стали результати соціологічного дослідження (анкетування) щодо готовності та мотивації студентської молоді до ЗСЖ. Менше половини студентів готові до особистої відповідальності за власне здоров'я: медичного факультету — 41,0±2,5%, стоматологічного — 31,4±2,3%, немедичних факультетів — 39,9±2,4%.

Основними причинами низького рівня готовності щодо відповідального ставлення до особистого здоров'я є те, що друзі не ведуть ЗСЖ, небажання позбутися шкідливих звичок та наявність інших пріоритетних життєвих питань, що свідчить про необхідність забезпечення науково обгрунтованою інформацією щодо безпечних поведінкових звичок, оскільки сучасна молодь не має стійких знань про залежність стану здоров'я від мотиваційних механізмів і вважає, що здоров'я сприятиме кар'єрному росту на тлі фізичної витривалості та красивої зовнішності. Водночас значна частка цих же респондентів з усіх трьох груп не хочуть відмовлятися від шкідливих звичок (17,4±1,4% — медичного факультету, 29,3±2,3% — стоматологічного, 18,5±1,9% — немедичних факультетів), що, як відомо, руйнує здоров'я.

Дані соціологічного дослідження набули більшої надійності завдяки застосуванню математичного аналізу взаємозв'язків і ступеня впливу різних чинників на позицію здоров'я в особистій ціннісній системі респондентів. Було проаналізовано залежність між соціально-демографічними характеристиками,

готовністю до ведення здорового способу життя та тим, яке значення надають опитані здоров'ю у власній ієрархії цінностей. Зокрема, встановлено, що вік не має статистично значущого зв'язку з оцінкою важливості здоров'я (ВШ = 0,951 [95% ДІ 0,769–1,135], p = 0,576). Також не виявлено достовірного впливу такого чинника, як місце проживання (ВШ = 0,951 [95% ДІ: 0,604–1,376], p = 0,658 та ВШ = 0,777 [95% ДІ 0,514–1,174], p = 0,231 відповідно). Натомість респонденти, які обрали варіант відповіді «не знаю», виявилися у 4 рази більш схильними до того, щоб надавати здоров'ю вищу позицію у власній системі цінностей (ВШ = 3,895 [95% ДІ 1,478–10,264], p = 0,006) [202].

Взаємозв'язок та ступінь впливу окремих досліджених факторів та їх сукупностей на підвищення місця здоров'я в ієрархії цінностей опитаних респондентів дозволяє виокремити найбільш вагомі фактори та оцінити можливі напрямки роботи з ними. При загальному аналізі, серед оцінених можливих причин, які заважають вести ЗСЖ, *«небажання позбутися шкідливих звичок»* було в прямій залежності зі зниженням цінності здоров'я (на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071); *«наявність тяжкого захворювання»* також визначило подібну тенденцію (на 0,309 [95,0% ДІ -0,027–0,645], p=0,071). Близькі результати визначено відносно *«відсутності фінансових умов»* та *«недотримання правил здорового способу життя членами сім'ї»*: відповідно на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071 та на 0,273 [95,0% ДІ -0,071–0,616], p=0,120. Отримані результати вказують на необхідність розвитку персональних навичок через інформаційну і освітню діяльність для досягнення мети щодо ФЗСЖ.

Молодь може виступати стратегічним партнером у реалізації ініціатив, спрямованих на вирішення питань, пов'язаних зі збереженням та зміцненням здоров'я. Низка міжнародних організацій і мереж (зокрема, Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю, Молодіжна освітня мережа, Міжнародна федерація асоціацій студентів-медиків (IFMSA) та ін.) активно співпрацює з молоддю з різних аспектів охорони здоров'я. Молодіжні об'єднання часто слугують ефективною платформою для організації консультацій і діалогу серед молоді,

оскільки мають представницький характер і здатні виражати широкий спектр молодіжних інтересів. Багато з них володіють відповідними компетенціями у сфері охорони здоров'я, що робить їх повноцінними партнерами у процесі формування рішень [50–52].

За умов, коли ЗСЖ серед молоді не є чітко визначеним пріоритетом на законодавчому рівні, а існуючі стандарти та підходи є застарілими, а також відсутня чітка міжсекторальна координація з розподіленням функцій між галузями соціально-економічної діяльності, актуальним постає питання формування уніфікованої стратегії. Ця стратегія має реалізовуватись за допомогою міжсекторального комунікативного підходу, орієнтованого на здоров'язбережуючі технології з раннього віку (за участі сім'ї, закладів дошкільної та загальної середньої освіти, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів на рівні первинної медико-санітарної допомоги). Соціальні засади формування здорового способу життя передбачають забезпечення доступності профілактичних послуг в рамках цільових профілактичних програм за участі територіальних громад [204].

Таким чином, комплексні заходи мають забезпечити формування в молоді стійкої потреби в дотриманні ЗСЖ. Це включає: розробку інтегрованої моделі, що забезпечує сприятливе політичне, соціальне, економічне, правове, фінансове та організаційне середовище для збереження здоров'я молоді (з урахуванням як вітчизняного контексту, так і міжнародного досвіду); популяризацію цінностей здоров'я та здорового способу життя; підтримку освітніх здоров'язберігаючих технологій, спрямованих на розвиток життєвих навичок і формування грамотності в галузі здоров'я; впровадження ініціатив щодо охорони репродуктивного та психічного здоров'я, профілактики споживання психоактивних речовин як серйозного фактору ризику для здоров'я, забезпечення вільного доступу до превентивних програм і послуг; підготовку педагогів до виховання культури здоров'я; покращення фізичної підготовки в межах формальної освіти; розвиток інфраструктури для активного дозвілля та масового спорту; впровадження інноваційних підходів до дозвілля, зокрема для

молоді з інвалідністю; створення центрів громадського контролю, профільних освітніх центрів у пенітенціарних установах; організацію спортивних подій і популяризацію доступних видів спорту [202].

Крім того, до важливих напрямів належать: обмеження реклами шкідливих продуктів і деструктивної медіапродукції; реалізація програм статевого виховання, охоплення молоді профілактичними заходами щодо профілактики ІПСШ та ВІЛ; робота з молодими людьми з груп ризику; запровадження сексуальної освіти у школах; застосування нових форм індивідуальної і групової роботи з правопорушниками; залучення неформальних лідерів молодіжних рухів до просвітницької роботи; використання партисипативних методів навчання; врахування гендерних та культурних аспектів у політиках залучення молоді до активностей; інформаційні кампанії щодо відповідального батьківства; підтримка обґрунтованого вибору молоді через систему освіти, харчування та статевого інформування; надання пільг підприємствам, що інвестують у розвиток фізкультури і спорту.

Важливим є також формування ефективної молодіжної медицини, зосередженої не лише на лікуванні, а й на профілактиці (із залученням молоді до розробки політик); розвиток волонтерства в охороні здоров'я; підтримка професійного зростання медиків у напрямах культурної чутливості, гендерної рівності, комунікації з молоддю; забезпечення доступу молоді до якісних послуг (через цифрові канали, мобільні пункти меддопомоги, спеціальні ініціативи в сільських районах); підтримка молоді з особливими потребами, психічними розладами, ВІЛ-експонованими; подолання бар'єрів у доступі до медичних послуг (мовних, поведінкових, культурних); створення механізмів інституційного діалогу з молодіжними організаціями; просування локальної інформаційної політики та програм підтримки молоді з ризикованою поведінкою; поширення найкращих практик профілактики на всій території країни [176].

Економічні засади Моделі визначають фінансове забезпечення умов ФЗСЖ з державного бюджету, бюджету громади, цільових грантів та заохо-

чувальних коштів, зокрема вирішення екологічних проблем, облаштування спортивних майданчиків, забезпечення якості харчових продуктів та питної води, спроможності громади забезпечити основні принципи ФЗСЖ [203].

Необхідно врахувати, що характерною особливістю останнього часу є пандемія та війна проти російської агресії. На їх фоні змінилися умови підготовки спеціалістів у вищій школі із впровадженням дистанційної форми навчання. Проведений нами аналіз публікацій щодо впливу війни проти російської агресії на стан здоров'я населення України показав на погіршення стану здоров'я населення в цілому, зниження рівня відношення до особистого здоров'я та здоров'язберігаючої поведінки [2].

Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішення основних проблем з формування здорового способу життя молоді в Україні шляхом системного міжсекторального підходу до формування та збереження ЗСЖ з послідовністю впливу на стан здоров'я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань [201, 202].

6.3 Експертна оцінка концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні

Запровадження запропонованої концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволить забезпечити впровадження ефективних комунікативних технологій щодо ФЗСЖ на національному, галузевому та на рівні територіальної громади, а також у конкретному структурному підрозділі. Було здійснено експертне оцінювання. Здобувач представив результати дисертаційного дослідження та надав відповіді на запитання експертів. Усі учасники заповнили запропоновану анкету. Оцінювання проводилося за 10-бальною шкалою. Отримані дані піддано статистичній обробці (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Оцінка експертами концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні та її об'єктів

Запропоновані об'єкти Моделі	Бал M±SD	Відносне стандартне відхилення, %
Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні	9,3±0,7	7,3%
Розробка нормативно-правових актів щодо ФЗСЖ	9,6±0,6	6,7%
Розробка стандартів ЗСЖ	9,9±0,4	4,4%
Забезпечення ФЗСЖ ЛЗП-СЛ на рівні первинної медико-санітарної допомоги	9,9±0,4	4,4%
Розробка міжсекторальних просвітницьких профілактичних програм з питань ФЗСЖ	9,9±0,4	4,0%
Соціально-економічне забезпечення доступності молоді до здоров'язберігаючих технологій при ФЗСЖ	9,3±0,7	7,3%
Інформаційне забезпечення	9,5±0,5	5,4%

За результатами експертного оцінювання концептуальної моделі комунікацій, спрямованої на формування здорового способу життя серед молоді в Україні, було отримано високі середні бали (9,3±0,7), що супроводжувалися відносно низьким рівнем варіації оцінок (відносне стандартне відхилення — 7,3%). Оцінювання окремих компонентів моделі також засвідчило позитивну динаміку: розробка нормативно-правових документів у сфері формування здорового способу життя отримала 9,6±0,6 бали (відхилення — 6,7%), стандарти ЗСЖ — 9,9±0,4 бали (4,4%), організація роботи ЛЗП-СЛ із забезпечення ЗСЖ на рівні первинної медико-санітарної допомоги — 9,9±0,4 бали (4,0%), міжсекторальні просвітницькі профілактичні програми — 9,3±0,7 бали (7,3%), соціально-економічні заходи щодо забезпечення молоді доступом до здоров'я-

зберігаючих технологій — 9,3±0,7 бали (7,3%), а інформаційне забезпечення — 9,5±0,5 бали (5,4%) [201, 202].

Незалежні експерти надали загальну позитивну оцінку запропонованій моделі, що підтверджується як високим середнім балом (9,3±0,7), так і статистично значущим рівнем узгодженості їхніх суджень — коефіцієнт конкордації Кендала становив W = 0,143 при p<0,001. Ці показники свідчать про достатньо високий рівень консенсусу серед експертів, а діапазон відносного стандартного відхилення (4,0–7,3%) підтверджує стабільність і надійність наданих оцінок.

Висновки до розділу 6

1. Основними проблемами формування здорового способу життя в Україні є: відсутність навичок у батьків щодо формування здорового способу життя у своїх дітей, зокрема і на своєму прикладі; відсутність системного підходу до формування та збереження ЗСЖ в освітніх закладах (дошкільних, шкільних та закладів вищої освіти); недосконале використання сучасних інформаційних технологій у пропаганді ЗСЖ; недостатність мотивації у молоді щодо ЗСЖ; відсутність сучасної державної комунікативної стратегії щодо формування ЗСЖ — на рівні законодавства ЗСЖ не є пріоритетним питанням, стандарти ЗСЖ не визначені і не унормовані, підходи є застарілими, комунікації не конкретизовані з визначеними функціями для кожного сектору соціально-економічної діяльності країни. Застарілість унормованих заходів зі ЗСЖ свідчить про відсутність системності державної політики у впровадженні принципів ЗСЖ. На державному рівні питання ЗСЖ має односторонній характер. За означеними проблемними питаннями стан здоров’я дітей та молоді є вкрай незадовільним, що загрожує як ризику продуктивного потенціалу держави, так і його репродуктивному потенціалу.

2. Теоретичним обґрунтуванням з розроблення концептуальної моделі комунікацій щодо ФЗСЖ у молоді в Україні стало: міжнародні стратегії щодо здорового способу життя підлітків та молоді, стан здоров’я молоді в Україні,

нормативне забезпечення формування здорового способу життя в Україні, результати соціологічного опитування студентської молоді щодо мотивації ведення здорового способу життя та математичної моделі факторів, які впливають на формування здорового способу життя, а також участь лікаря загальної практики – сімейного лікаря на рівні первинної медичної допомоги у формуванні здорового способу життя.

3. Ключовою ідеєю концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді є послідовне вирішення пріоритетної проблеми формування здорового способу життя в Україні на основі визначення конкретних завдань кожній із зацікавлених сторін щодо формуванні ЗСЖ, механізму їх ефективної комунікації на рівні держави шляхом законодавчого унормування, адміністрування послуг з ФЗСЖ спільно з громадою. Центральним елементом концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні є здоров'я підлітків та молоді.

4. Публічне адміністрування має забезпечити ефективність ЛЗП-СЛ з надання послуг щодо ФЗСЖ через процес колективного прийняття та реалізації стратегічних рішень на основі узгодження та координації мети і дій усіх ключових учасників, регламентованими законами та іншими правовими актами, що спрямовані на: прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування (ЛЗП-СЛ), а саме управління за участю громади, де працює ЛЗП-СЛ з геосоціальними особливостями для досягнення національних цілей та інтересів шляхом діяльності суб'єкта публічної сфери ЛЗП-СЛ, як суб'єкта органів місцевого самоврядування. Публічне адміністрування спрямоване на ефективну реалізацію прав, свобод та охоронюваних законом інтересів. На громаду, зокрема і на батьків, покладається деяка частка відповідальності за здоров`я підростаючого покоління, для чого держава має делегувати частину своєї влади громаді і окремій людині щодо ФЗСЖ через законодавче закріплення дій і спрямування певної частини ресурсів і прав контролю.

5. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішення основних проблем комунікацій з формування здорового способу життя у молоді в Україні шляхом системного підходу до формування та збереження ЗСЖ, з міжсекторальною послідовністю впливу на стан здоров'я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань.

6. Отримано позитивну оцінку концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні з боку незалежних експертів ($9{,}3 \pm 0{,}7$ бала), що супроводжується статистично достовірним рівнем узгодженості їхніх поглядів щодо запропонованих інновацій (коефіцієнт конкордації Кендала ($W = 0{,}143$; $p < 0{,}001$). Результати проведеного аналізу свідчать про високий ступінь узгодженості експертних оцінок під час оцінювання елементів запропонованої Моделі (відносне стандартне відхилення оцінок становить (4,0–7,3 %).

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. Знаменська МА, Жданова ОВ, Слабкий ГО. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: Аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. Україна. Здоров'я нації. 2019;1:59–66.

2. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5.

3. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4.

4. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Потокій НЙ. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;2:4–9.

5. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966

6. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/2053

7. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

8. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474

9. Жданова ОВ. Проблеми формування репродуктивного здоров'я в Україні. In: Material International scientific conference: Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine. 2024 Груд 25–26; Рига, Латвія. Рига; 2024. с. 110–3.

10. Жданова ОВ. Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження. Україна. Здоров'я Нації. 2022;4:95–9. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277078

11. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров'я. В: Матеріал 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. 2020 Лют 25; Ужгород. Ужгород: УжНУ; 2020. с. 62.

РОЗДІЛ 7
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ

Здоров'я молодого покоління становить ключовий елемент загального здоров'я нації, оскільки саме від нього залежать майбутнє держави, її інтелектуальні ресурси, трудовий потенціал, що, у свою чергу, визначає соціально-економічний розвиток країни, її обороноздатність і незалежність.

Здоров'я людини передбачає його формування і збереження. Стан здоров'я молоді, як особливий період життя людини щодо впливу на подальші якість та тривалість особистого життя, потребує дотримання ЗСЖ, оскільки загальновідомо, ЗСЖ є важливим чинником зміцнення соціального здоров'я як особистості, так і суспільства загалом. Він втілює у собі цінності вищого порядку, спрямовані на гуманізацію суспільних процесів, активізацію життєвої позиції людини та розвиток її особистісних якостей. Молодь відіграє ключову роль як основа, ресурс і рушійна сила поступального розвитку країни, її сьогодення і майбутнього. Стан здоров'я молоді в Україні, як і загальні демографічні показники, свідчать про нагальну потребу у поширенні культури здорового способу життя серед усіх соціальних груп, насамперед — серед молодого покоління.

Конституція України закріплює пріоритетність життя і здоров'я людини як найвищих соціальних цінностей держави. У цьому контексті формування здорового способу життя, виховання всебічно розвиненої, патріотично орієнтованої молоді має стати стратегічним завданням державної політики, об'єднавчим чинником у процесі національного відродження та інтеграції в міжнародну спільноту. В умовах становлення України як правової, демократичної держави, яка орієнтується на європейські стандарти розвитку, неможливо ігнорувати питання здоров'я населення, особливо молоді, як ключового індикатора цивілізованості держави.

Наразі в Україні реалізуються окремі ініціативи, спрямовані на зміцнення здоров'я громадян — зокрема, валеологічна освіта, заходи соціальної профілактики, державна підтримка вразливих категорій населення. Проте ці дії залишаються несистемними, фрагментарними та недостатньо узгодженими між собою, що знижує їх загальну результативність. У зв'язку з цим актуалізується потреба в удосконаленні національних комунікативно-організаційних технологій, спрямованих на формування у молоді здорового способу життя, як одного з ключових напрямів поліпшення її фізичного і психосоціального благополуччя.

Результати дослідження міжнародних стратегій у сфері ЗСЖ та їх впливу на проблематику здоров'я свідчать, що основними причинами смертності серед підлітків та молоді є травматизм, насильство в міжособистісних стосунках, самопошкодження, а також ускладнення, пов'язані з материнством. Шанси на виживання молодого покоління суттєво різняться залежно від регіону. Так, у 2021 році рівень смертності серед молоді віком 10–24 роки був найвищим у країнах Африки на південь від Сахари, тоді як у Європі та Північній Америці — найнижчим. У згаданому африканському регіоні ймовірність смерті для 10-річної дитини до досягнення 24 років у середньому була в шість разів вищою, ніж у розвинених країнах Європи та Північної Америки [11]. Ці значні відмінності у стані здоров'я не зумовлені виключно біологічними факторами. Вони є наслідком соціально-економічної політики, що формує умови, в яких людина народжується, зростає, живе та працює. Таким чином, виявлені диспропорції є не лише глибоко несправедливими, а й потенційно усувними. Більше того, усунення таких відмінностей у більшості випадків не пов'язане з рівнем економічного розвитку, а є питанням соціальної справедливості та дотримання прав людини.

Право на здоров'я включає доступ до медичних послуг і створення умов, необхідних для підтримки здорового життя. Це, зокрема, охоплює доступ до чистої питної води, належної санітарії, безпечного житла, повноцінного харчування, сприятливого середовища праці та проживання, а також до освіти й

інформації, що стосується здоров'я. Таке право має реалізовуватись без дискримінації та передбачає максимально можливі умови для збереження і зміцнення здоров'я кожної людини.

Комплекс стратегій, розроблений на основі найбільш обґрунтованих сучасних доказів щодо зменшення рівня насильства стосовно дітей, включає наступні напрями: 1) запровадження та контроль виконання законодавчих норм; 2) трансформація соціальних норм і цінностей; 3) створення безпечного соціального та фізичного середовища; 4) підтримка батьків і вихователів; 5) покращення фінансової стабільності населення; 6) впровадження систем реагування та підтримки; 7) освіта та розвиток життєвих навичок. Ці стратегії, що об'єднані у модель INSPIRE, доповнюються двома наскрізними підходами, які забезпечують взаємозв'язок між окремими напрямами та дають змогу оцінювати прогрес у їх реалізації. Пропоновані заходи охоплюють різні сектори, зокрема охорону здоров'я, соціальний захист, освіту, фінансову сферу та систему правосуддя.

Ефективність міжнародних стратегій у розв'язанні проблем, пов'язаних зі здоров'ям молоді, зумовлена їхньою комплексністю, оперативною реакцією на актуальні виклики, міжвідомчою взаємодією, високим рівнем комунікаційної відповідальності, державною підтримкою та активним залученням громади.

З метою розробки ефективної концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя серед української молоді було здійснено дослідження проблем, пов'язаних зі станом здоров'я цієї категорії населення. Виявлено, що молодь в Україні стикається з низкою загроз, серед яких: насильство, травми, психічні розлади, вживання психоактивних речовин, незбалансоване харчування, низький рівень фізичної активності, інфекції, що передаються статевим шляхом, ранні пологи та незапланована вагітність [167]. Зокрема, 37,9% підлітків стали жертвами насильства, 39,4% зазнали фізичних травм, 74,5% мають легкі психічні порушення, 20,1% курили (серед них 24,0% хлопців і 16,0% дівчат), причому рівень куріння зростає з віком: від 4,3% серед 10-річних до 38,8% серед 17-річних. Марихуану вживали 9,4% хлопців і 6,1%

дівчат, алкоголь споживали понад половину підлітків та молодих людей (58%). Щоденно фізично активними щонайменше одну годину були лише 23,7% підлітків, а 6,0% взагалі не займалися фізичною активністю. Поширення гіподинамії пов'язане, зокрема, з надмірним використанням Інтернету — 97,0% молоді віком 15–29 років є активними користувачами, що створює додаткові ризики через онлайн-спілкування. Щодо харчування, виявлено порушення у вагових показниках: з віком зростає частка молоді з нормальною масою тіла (від 66,3% в 11 років до 75,3% у 17 років), тоді як недостатню вагу мала кожна четверта 11-річна дівчина та кожна п'ята — у 13, 15 і 17 років. Зайва вага частіше спостерігається серед хлопців, особливо у віці 11–13 років. Також фіксується значна незбалансованість у раціоні. Профілактичні медогляди дітей віком 0–17 років, що проводяться з метою раннього виявлення відхилень у здоров'ї, демонструють високу поширеність патологій, які можуть бути пов'язані зі способом життя. Так, у 12,0% дітей виявлено певні порушення (50,4% серед хлопчиків і 49,6% — серед дівчаток): проблеми зі слухом — у 0,2%, із зором — у 5,0%, дефекти мовлення — у 1,3%, сколіоз — у 1,5%, порушення постави — у 3,2%. Найбільша кількість виявлених патологій спостерігається у дітей дошкільного віку (77 303 випадки), а також серед учнів, які пішли до школи в 6 років (37 692 випадки) та в 7 років (22 014 випадків). Вкрай тривожною є тенденція погіршення стану здоров'я з віком: кількість випадків порушення зору у дітей 2–8 класів зросла у 5,9 раза порівняно з дошкільниками (134 736 проти 22 796), випадків сколіозу — у 14,3 раза (41 004 проти 2 869). Ці дані вказують на недостатню ефективність дій усіх зацікавлених сторін у формуванні ЗСЖ серед дітей та підлітків.

Формування репродуктивного здоров'я в Україні залишається актуальною проблемою. Незахищені статеві контакти серед молоді є поширеним явищем — лише 69,3% використовували презерватив під час першого сексуального досвіду як метод контрацепції та захисту від ІПСШ. Проте, з 2018 по 2023 рр. зафіксовано позитивну динаміку щодо зниження захворюваності серед підлітків (15–17 років): сифіліс — зменшення на 76,6% (з 2,86 до 0,67 на

100 тис.), гонорея — на 68,2% (з 2,67 до 0,85), хламідіоз — на 89,3% (з 9,36 до 1,0), трихомоніаз — на 85,5% (з 59,97 до 8,7), уреаплазмоз — на 90,4% (з 21,01 до 2,01). Також зменшилася кількість абортів серед дівчат 15–17 років — на 48,9% (з 1,35 до 0,69 на 1000). Водночас, 411 підлітків звернулися до аборту як до способу вирішення проблеми небажаної вагітності. Зменшилися і показники ранніх пологів:серед дівчат до 14 років — на 25,0% (з 0,12 до 0,09 на 1000), серед 15–17-річних — на 50,1% (з 6,82 до 3,40). У 2023 році народили: 98 дівчат до 14 років та 2 033 — у віці 15–17 років, що свідчить про недостатню обізнаність щодо профілактики небажаної вагітності.

З метою оцінки ставлення молоді до особистого здоров'я проведено соціологічне дослідження. Результати свідчать: здоровий спосіб життя (ЗСЖ) не має пріоритетного статусу у державній політиці, відсутні сучасні стандарти, міжвідомча координація та чітко визначені функції у сфері здоров'язбереження. Для студентської молоді особисте здоров'я не є головною цінністю: на перше місце його поставили лише 11,9% студентів медфакультету, 3,8% — стоматологічного, 2,4% — інших факультетів.

Більшість студентів недостатньо обізнані про важливість здоров'я для майбутньої самореалізації. Лише третина опитаних студентів медичного факультету усвідомлює необхідність ЗСЖ (35,0%), у стоматологів — 20,0%, на інших факультетах — 11,3%. Водночас, менше половини готові брати відповідальність за своє здоров'я: медичний факультет — 41,0%, стоматологічний — 31,4%, немедичні факультети — 39,9%. Основні бар'єри відповідального ставлення: відсутність прикладу ЗСЖ серед друзів, небажання відмовитись від шкідливих звичок, інші життєві пріоритети. Молодь не усвідомлює вплив мотивації на стан здоров'я. Хоча більшість вважає здоров'я запорукою кар'єрного зростання, 17,4% студентів-медиків, 29,3% стоматологів і 18,5% з інших факультетів не планують змінювати нездорові звички. Це свідчить про низький рівень інтеграції усвідомленої турботи про здоров'я у поведінкові стратегії.

Математичний аналіз показав, що вік, стать чи місце проживання не мають істотного впливу на місце здоров'я в системі цінностей. Проте, студенти немедичних факультетів оцінюють здоров'я вище, ніж медики (у 3,7 раза, $p<0,001$), респонденти, які відповіли "не знаю", у 3,9 рази частіше ставили здоров'я на високі позиції у цінностях ($p = 0,006$), готовність до ЗСЖ не завжди означає вищу оцінку здоров'я: учасники з "частковою" готовністю оцінили його нижче. Причини, що заважають вести ЗСЖ: небажання змінювати звички, хронічні захворювання, фінансові труднощі, шкідливий приклад у родині. Основними джерелами знань про ЗСЖ залишаються навчальна програма і поради сім'ї. Найбільш значущими предикторами високої оцінки здоров'я виявилися: належність до немедичних факультетів, готовність до ЗСЖ, відмова від шкідливих звичок та роль освітнього середовища.

Основними проблемами формування здорового способу життя в Україні є: відсутність навичок у батьків щодо формування здорового способу життя у своїх дітей, зокрема і на своєму прикладі; відсутність системного підходу до формування та збереження ЗСЖ в освітніх закладах (дошкільних, шкільних та закладів вищої освіти); недосконале використання сучасних інформаційних технологій у пропаганді ЗСЖ; недостатність мотивації у молоді щодо ЗСЖ; відсутність сучасної державної комунікативної стратегії щодо формування ЗСЖ: на рівні законодавства ЗСЖ не є пріоритетним питанням, стандарти ЗСЖ не визначені і не унормовані, підходи є застарілими, комунікації не конкретизовані з визначеними функціями для кожного сектору соціально-економічної діяльності країни.

Застарілість унормованих заходів зі ЗСЖ свідчить про відсутність системності державної політики у впровадженні принципів ЗСЖ. На державному рівні питання ЗСЖ має односторонній характер. За означеними проблемними питаннями стан здоров'я дітей та молоді є вкрай незадовільним, що загрожує як ризику продуктивного потенціалу держави, так і його репродуктивному потенціалу.

Теоретичним обґрунтуванням розроблення концептуальної моделі комунікацій щодо ФЗСЖ у молоді в Україні стало: міжнародні стратегії щодо здорового способу життя підлітків та молоді, стан здоров'я молоді в Україні, нормативне забезпечення формування здорового способу життя в Україні, результати соціологічного опитування студентської молоді щодо мотивації ведення здорового способу життя та математичної моделі факторів, які впливають на формування здорового способу життя, а також участь лікаря загальної практики-сімейного лікаря на рівні первинної медичної допомоги у формуванні здорового способу життя.

Ключовою ідеєю концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді є послідовне вирішення пріоритетної проблеми формування здорового способу життя у молоді в Україні на основі визначення конкретних завдань кожній із зацікавлених сторін щодо формуванні ЗСЖ, механізму їх ефективної комунікації на рівні держави шляхом законодавчого унормування, адміністрування послуг з ФЗСЖ спільно з громадою. Центральним елементом концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні є здоров'я підлітків та молоді.

Публічне управління **(**адміністрування**)** має забезпечити ефективність ЛЗП-СЛ з надання послуг щодо ФЗСЖ через процес колективного прийняття та реалізації стратегічних рішень на основі узгодження та координації мети і дій усіх ключових учасників, регламентованими законами та іншими правовими актами, що спрямовані на: прийняття адміністративних рішень; надання адміністративних послуг; здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування (ЛЗП-СЛ), а саме управління за участю громади, де працює ЛЗП-СЛ з геосоціальними особливостями для досягнення національних цілей та інтересів шляхом діяльності суб'єкта публічної сфери ЛЗП-СЛ, як суб'єкта органів місцевого самоврядування. Публічне адміністрування спрямоване на ефективну реалізацію прав, свобод та охоронюваних законом інтересів.

На громаду, зокрема і батьків, покладається деяка частка відповідальності за здоров`я підростаючого покоління, для чого держава має делегувати частину своєї влади громаді і окремій людині щодо ФЗСЖ через законодавче закріплення дій і спрямування певної частини ресурсів і прав контролю.

Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішення основних проблем комунікацій з формування здорового способу життя молоді в Україні шляхом системного підходу до формування та збереження ЗСЖ, з міжсекторальною послідовністю впливу на стан здоров'я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань. Отримана позитивна оцінка концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні незалежні експерти оцінили запропоновані інновації в середньому на 9,3±0,7 бали, при цьому їхні думки мали значну узгодженість, що підтверджується достовірним рівнем коефіцієнта конкордації Кендала W = 0,143 ($p<0,001$). Розрахунки свідчать про високу узгодженість думок експертів при оцінці запропонованої Моделі, з відносним стандартним відхиленням оцінок у межах 4,0–7,3%.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість комунікативних технологій у ФЗСЖ молоді в Україні. Проблеми здоров'я молоді в Україні внаслідок неготовності сімейної інституції до формування навичок ЗСЖ від самого народження; відсутності системного підходу до формування та збереження ЗСЖ в освітніх закладах (дошкільних, шкільних та закладів вищої освіти); недосконалого використання сучасних інформаційних технологій у пропаганді ЗСЖ; недостатності мотивації у молоді щодо ЗСЖ; відсутності сучасної державної комунікативної стратегії щодо формування ЗСЖ за причини відсутності пріоритетності питання ЗСЖ на рівні законодавства, неунормованості сучасних комплексних стандартів ЗСЖ, застарілих підходів до комунікацій у ФЗСЖ, а тому відсутності системності державної політики у впровадженні принципів ЗСЖ.

1. Проаналізовані міжнародні стратегії щодо способу життя молоді покликані привернути увагу країн до основних проблем здоров'я молодого покоління, які, якщо не будуть вирішені, можуть негативно позначитися на якості та тривалості життя кожної людини. Стратегії, узагальнені та підтримані ВООЗ, є готовим інструментом для розробки національних стратегій у різних країнах з урахуванням культурних особливостей кожної з них. Право на здоров'я визначається як право на доступ до різних послуг, установ і ресурсів без дискримінації, а також на умови життя, що сприяють збереженню здоров'я. Це право охоплює не тільки медико-санітарні послуги, а й умови, що впливають на здоров'я, зокрема доступ до безпечної питної води, належної санітарії та житла, достатнього харчування, здорових умов праці та навколишнього середовища, а також доступ до освіти та інформації, пов'язаної зі здоров'ям.

2. Основні проблеми здоров'я молоді в Україні пов'язані з насиллям, травмами, розладами психічного здоров'я, уживанням психоактивних та шкід-

ливих речовин, порушенням збалансованості харчування, гіподинамією, інфекціями, що передаються статевим життям, ранніми пологами та небажаною вагітністю: жертвами насилля стали 37,9% підлітків, отримали фізичну травму 39,4% підлітків; періодичні розлади психічного здоров'я легкого ступеня мають 74,5% підлітків; досвід тютюнопаління — 20,1% підлітків (24% хлопців та 16% дівчат), який з віком зростає (із 4,3% серед 10-річних до 38,8% серед 17-річних); марихуану вживають 9,4% хлопців та 6,1% дівчат, уживають алкоголь більше половини підлітків та молодих людей (58,0%); лише 23,7% підлітків щодня займається фізично активною діяльністю не менше години на день, повна відсутність фізично активної діяльності спостерігається у 6,0% підлітків; гіподинамія, частка Інтернет-користувачів серед осіб віком 15–29 років в Україні сягає 97,0%, що не лише пов'язано з гіподинамією, а й різноманітними ризиковими чинниками спілкування у соціальних мережах.

3. Встановлено, що з віком збільшується частка молодих людей з нормальним індексом маси тіла: від 66,3% серед 11-річних до 75,3% серед 17-річних. Недостатню вагу мали кожна четверта (24,1%) дівчина у 11 років та кожна п'ята у віці 13, 15 і 17 років. Найбільшу поширеність зайвої ваги зафіксовано серед 11-річних і 13-річних підлітків, при цьому частка підлітків із зайвою вагою була вищою серед юнаків усіх вікових груп. Також спостерігається значний рівень незбалансованості харчування.

4. Результати профілактичних оглядів дітей віком 0–17 років як технології формування ЗСЖ шляхом раннього виявлення відхилень від норми та їх своєчасної корекції, щоб попередити виникнення певних видів захворювань, які здебільшого залежать від способу життя дитини, показали, що патологічні стани виявляються у значної кількості дітей — у 12% дітей (з них у 50,4% хлопчиків і 49,6% — у дівчаток). У 9 551 підлітків (0,2%) виявлено порушення органів слуху, у 243 647 (5,0%) — органів зору, у 64 316 (1,3%) — дефект мовлення, у 76 022 (1,5%) — сколіоз, у 192 420 (3,2%) – порушення постави. Найбільш численну групу з виявленими відхиленнями стану здоров'я склада-

ють діти дошкільного віку — 77 303, далі у дітей, що почали навчання з шести років — 37 692. Надзвичайно негативною тенденцією є те, що з віком у дітей виявлені показники значно погіршуються без проведеної корекції: порушення зору збільшилося у 5,9 разів у дітей 2–8 класів (134 736 випадків у порівнянні дітьми дошкільного віку — 22796), кількість сколіозів — у 14,3 рази відповідно (у дітей 2–8 класів 41 004 випадків у порівнянні дітьми дошкільного віку — 2 869 випадків). Отримані дані свідчать про вкрай недосконалу діяльність зацікавлених сторін у формуванні здорового способу життя.

5. За результатами соціологічного дослідження щодо мотивації та відповідальності студентської молоді стосовно ЗСЖ встановлено, що особисте здоров'я для студентської молоді не є пріоритетним серед життєвих цінностей: в ієрархії цінностей у студентів медичного факультету особисте здоров'я на першому місці було лише у 11,9±1,6%, стоматологічного — в 3,8±0,9%, немедичних факультетів — 2,4±0,7%. У більшості опитаних виявлено недостатній рівень інформованості про те, як важливо мати хороше здоров'я для реалізації свого професійного та життєвого майбутнього. Про свідому необхідність ЗСЖ переймаються більше студентів стоматологічного факультету (20,0±2,0%) та немедичних факультетів (11,3±1,6%), ніж студенти медичного факультету (2,7±0,8%), що підтверджує висновки про недостатність отриманих знань щодо ЗСЖ в більш молодому віці. Менше половини студентів готові до особистої відповідальності за власне здоров'я: медичного факультету — 41,0±2,5%, стоматологічного — 31,4±2,3%, немедичних факультетів — 39,9±2,4%. Отже, готовність студентів до формування особистого здоров'я зумовлена низьким рівнем відповідальності за власне здоров'я, яке є важливою рисою особистості. Це проявляється у недостатньому усвідомленні соціальної цінності збереження здоров'я, неадекватному сприйнятті свого стану здоров'я, слабкій здатності управляти своєю поведінкою та діяльністю щодо збереження і зміцнення здоров'я, а також у недостатній мотивації до цієї діяльності.

6. За проведеним математичним аналізом зв'язків та ступеня впливу на те, яке місце в системі цінностей опитаних респондентів займає здоров'я, вік опитаних не був пов'язаний з тим, яке місце в їх системі цінностей займає здоров'я (ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,769–1,135], p=0,576). Також не отримано достовірного впливу на цей показник місця помешкання та статі: відповідно ВШ = 0,951 [95,0% ДІ 0,604–1,376], p=0,658 та ВШ = 0,777 [95,0% ДІ 0,514–1,174], p=0,231. Встановлено, що повністю готові вести здоровий спосіб життя та вище місце в ієрархії здоров'я визначили респонденти, які відповіли на питання «не знаю», а саме в 3,9 разів більш схильні до вищої оцінки здоров'я в ієрархії цінностей (ВШ = 3,895 [95,0% ДІ 1,478–10,264), p=0,006]. За отриманими результатами щодо можливих причин, які заважають вести здоровий спосіб життя, *«небажання позбутися шкідливих звичок»* було в прямій залежності зі зниженням цінності здоров'я (на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071); *«наявність тяжкого захворювання»* (на 0,309 [95,0% ДІ -0,027–0,645], p=0,071); *«відсутність фінансових умов»* та *«недотримання правил здорового способу життя членами сім'ї»*: відповідно на 0,281 [95,0% ДІ -0,024–0,586], p=0,071 та на 0,273 [95,0% ДІ -0,071–0,616], p=0,120. За даними аналізу методом зворотного виключення недостовірних показників було визначено, що з місцем здоров'я в ієрархії цінностей асоційовані *«навчальна освітня програма»* та *«поради членів сім'ї»* — відповідно на 0,141 [95,0% ДІ -0,001–0,284], p=0,052 та на 0,299 [95,0% ДІ -0,037–0,636], p=0,081. При сукупному аналізі встановлено фактори, які достовірно впливають на місце здоров'я в ієрархії цінностей, зокрема приналежність до «немедичного факультету», «повна готовність», «більше готовий, ніж не готовий» та «більше не готовий, ніж готовий» до ведення здорового способу життя, «небажання позбутися шкідливих звичок» та «навчальна освітня програма» визначені як значні предиктори.

7. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні дозволяє вирішення основних проблем комунікацій з формування здорового способу життя молоді в Україні шляхом системного

підходу до формування та збереження ЗСЖ, з міжсекторальною послідовністю впливу на стан здоров’я молоді від самого народження через формування навичок здорової поведінки та уникнення факторів ризику виникнення захворювань. Отримана позитивна оцінка концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя у молоді в Україні незалежними експертами, які оцінили запропоновані інновації в середньому на 9,3±0,7 бали, при цьому їхні думки мали значну узгодженість, що підтверджується достовірним рівнем коефіцієнта конкордації Кендала W = 0,143 ($p<0,001$). Розрахунки свідчать про високу узгодженість думок експертів при оцінці запропонованої Моделі, з відносним стандартним відхиленням оцінок у межах 4,0–7,3%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою усунення недоліків в комунікативних технологіях щодо формування здорового способу життя умолоді в Україні:

Верховній раді України:

1. Доцільно розробити та затвердити Закон України «Про формування здорового способу життя молоді в Україні».

Кабінету Міністрів України:

1. Потребують розробки та впровадження дієвих комунікативних технологій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні.

2. Необхідно ініціювати розроблення міжгалузевого нормативного документа щодо формування здорового способу життя молоді в Україні для участі їх сторінок з наданням умов та доступу до технологій здорового способу життя.

Міністерству охорони здоров'я України:

1. Необхідно ініціювати внесення змін до наказу МОЗ України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» з наданням продовження функціональних обов'язків лікарям загальної практики – сімейної медицини в участі у формуванні здорового способу життя серед молоді в Україні [193].

2. Сприяти розробці Стандартів здорового способу життя.

3. Здійснити заходи щодо забезпечення безперервного доступу до технологій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні.

Національному університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика:

1. Доцільно розробити та впровадити програму тематичного удосконалення щодо здорового способу життя молоді в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дзюба ІМ, Жуковський АІ, Железняк МГ, редактори. Молоді здоров'я. Енциклопедія Сучасної України [Інтернет]. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України; 2019. Доступно на: https://esu.com.ua/article-69332.

2. Мельник ПС, Слабкий ГО, Дзюба ОМ, Чепелевська ЛА, Кудренко МВ, редактори. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2016 рік. Київ: МОЗ України; ДУ «УІСД МОЗ України»; 2017. 516 с.

3. Нагорна А, Басанець А, Кононова І, Медведовська Н, Гвоздецький В. Стан здоров’я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров’я України. Укр Здоров’я Нації. 2023;1:5–22. doi: 10.32782/2077-6594.1.1.2021.227145.

4. Шукатка ОВ. Аналіз існуючого стану здоров’я та проблеми здоров’я-збереження студентів. Web Scholar. 2017;18(9):41–3.

5. Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров’я» Державного управління справами. Здоровий спосіб життя [Інтернет]. Київ: ДНУ "ЦІТОЗ" ДУС. Доступно на: https://clinic.gov.ua/ zdorovyi-sposib-zhyttia/#:~:text=Здоровий%20спосіб%20життя%20–%20це %20дії,та% 20звичок% 20кожної%20окремої%20людини.

6. Андріученко Т, Вакуленко О, Волков В, Дзюба Н, Коляда В, Комарова Н, та ін. Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації. Київ: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики»; 2018. 100 с.

7. Родіна Ю. Основи, теорія і методика здоров’я та здорового способу життя [Інтернет]. Київ: Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту; 2022. Доступно на: https://mdl.infiz.dp.ua/course/info.php?id=239&lang=uk.

8. Міжнародна конференція з народонаселення і розвитку. Молодь та ментальне здоров'я: внутрішня точка опори» – як пройшов захід до Всесвітнього

дня психічного здоров'я [Інтернет]. 2023. Доступно на: https://ukraine.unfpa.org/uk/94696459.

9. Всесвітня організація охорони здоровя. Що таке здоровий спосіб життя? Женева: ВОЗ; 1999. 28 с.

10. United Nations. World Youth Report: Youth Social Entrepreneurship and the 2030 Agenda. New York: UN DESA; 2020. 148 p.

11. World Health Organization. Adolescent and young adult health [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions/.

12. World Health Organization. Injuries and violence [Internet]. Geneva: WHO; 2024**.** Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence**.**

13. World Health Organization. Drowning [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning.

14. World Health Organization. Youth violence [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence.

15. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol.

16. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.

17. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328(7455):1519. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.

18. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. BMC Med. 2015;13:38. doi: 10.1186/s12916-015-0281-z.

19. Siddiqi K, Husain S, Vidyasagaran A, Readshaw A, Mishu MP, Sheikh A. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults:

An updated analysis of data from 127 countries. BMC Med. 2020;18(1):222. doi: 10.1186/s12916-020-01677-9.

20. World Health Organization. Tobacco: E-cigarettes. Questions and answers [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes.

21. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077485.

22. Institute of Health Metrics. Global Burden of Disease [database] [Internet]. Washington, DC: Institute of Health Metrics; 2019. https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270.

23. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322.

24. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

25. World Health Organization. HIV and AIDS [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids.

26. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis.

27. World Health Organization. Adolescent pregnant [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

28. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al. Adding It Up: Investing in sexual and reproductive health 2019 [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2020. Available from: https://doi.org/10.1363/2020.31593.

29. World Health Organization. Adolescent Sexual and reproductive health. Health sector national guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. 111 p.

30. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population 2023 – 8 Billion Lives, Infinite Possibilities. New York: UNFPA; 2023. 192 p.

31. Zambia Statistics Agency; Ministry of Health of Zambia; ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka; Zambia; Rockville; Maryland; USA: Zambia Statistics Agency; Ministry; 2018. 581 p.

32. National Institute of Statistics (NIS); National Malaria Control Programme (NMCP); The DHS Program. Demographic and Health Surveys (DHS) Program. Demographic and Health Survey 2022: Key Indicators Report [Internet]. Rockville, Maryland, USA: ICF; 2023. Available from: https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/PR145/PR145.pdf.

33. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. J Adolesc. 2018;69:180–8. doi: 10.1016/ j.adolescence.2018.10.007.

34. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ obesity-and-overweight.

35. World Health Organization. Malnutrition [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ malnutrition.

36. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet.

37. World Health Organization. Physical activity [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity.

38. Всесвітня організації охорони здоров'я. Преамбула до Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я (Архівні документи, № 2). В: Міжнародна конференція з питань охорони здоров'я. 1946 Черв 19-22; Нью-Йорк. Нью-Йорк; 1946, с. 100.

39. Sen A. Health in Development. Geneva: Fifty-second World Health Assembly; 1999. 620 p.

40. Всесвітня організація охорони здоров'я. Комісія з соціальних детермінант здоров'я, усунення недоліків покоління: рівність у питаннях здоров'я, що забезпечується за рахунок соціальних детермінант здоров'я: заключний звіт. Женева: ВООЗ; 2008. 26 с.

41. Всесвітня організація охорони здоров'я. Прес-релізи [Інтернет]. Женева: ВООЗ. Доступно на: https://www.who.int/ru/news.

42. Рада Європи. Здоров'я [Інтернет]. Коспас: посібник з освіти в області прав людини за участі молоді. 2012. 496 с. Доступно на: https://www.coe.int/ uk/web/compass/health#5.

43. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015. 75 p. Available from: https://www.un.org/mi
llenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf.

44. Верховна Рада України. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року [Інтернет]. 1948. Документ № 995_015; 1948 Груд 120. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text.

45. Верховна Рада України. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права [Інтернет]. 1973. Документ No 995_042; 1973 Жов 19. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text.

46. UNICEF. Конвенція про права дитини: для кожної дитини, кожне право [Інтернет]. UNICEF; 1989. Доступно на: https://www.unicef.org/ukraine/uk/ convention.

47. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [Internet]. CHAPTER IV. Treaty Series. New York: United Nations; 1979. 13 p. Available from: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&clang=_en.

48. Верховна Рада України. Європейська соціальна хартія (переглянута) [Інткрнет]. 1996. Міжнародний документ № 994_062; 1996 Бер 03. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text.

49. European Agency for Safety and Health at Work. Young people, safety and health at work [Internet]. 2022. Available from: https://osha.europa.eu/en/themes/young-workers.

50. Єжова ОО, Бєсєдіна АА. Етапи розвитку європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю. Вісник Післядипломної Освіти. 2013;9(1):62–9.

51. Єжова ОО, Бєсєдіна АА, Бережна ТІ. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: Теорія і практика: монографія. Суми: Сумський державний університет; 2016. 288 с.

52. Ukrainian Medical Students' Association. І Національна асамблея UMSA [Інтернет]. Доступно на: https://ukrmsa.com/events/nga-1/#:~:text=IFMSA% 20-%20це%20міжнародна%20федерація%20асоціацій, здоров'я»%20тощо.

53. Офіс Ради Європи в Україні. Дайджест практики Європейського комітету з соціальних прав [Інтернет]. Рада Європи; 2023. Доступ на: https://www.coe.int/uk/web/kyiv/-/the-digest-of-the-case-law-of-the-european-committee-of-social-rights-is-translated-into-ukrainian.

54. Вища Рада правосуддя. Рада Європи [Інтернет]. Доступ на: https://hcj.gov.ua/page/rada-yevropy.

55. Walt G. Health Policy: an introduction to process and power. Dublin: Bloomsbury Academic; 1994. 226 p. Available from: https://books.google.com.ua/books/about/Health_Policy.html?id=A74eAQAAIAAJ&redir_esc=y.

56. Комітет Міністрів Європи. Про стратегію молодіжного департаменту Ради Європи до 2030 р [Інтернет]. 2020. Резолюція CM/Res(2020); 2020 Січ 22 (прийнята Комітетом міністрів на 1365-му засіданні заступників міністрів). Доступно на: https://rm.coe.int/native/0900001680a33177.

57. Постійне представництво України при Раді Європи. Статут Ради Європи [Інтернет]. Лондон; 2022. Доступно на: https://coe.mfa.gov.ua/pro-radu-yevropi/2558-statute.

58. World Health Organization. The Global status report on road safety 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023.

59. World Health Organization. Save lives: a road safety technical package [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package.

60. World Health Organization. Preventing drowning: An implementation guide [Internet]. Geneva: WHO; 2017. 116 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511933.

61. World Health Organization. RESPECT women – Preventing violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/ publications/i/item/WHO-RHR-18.19.

62. World Health Organization. LIVE LIFE: Preventing suicide [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide.

63. World Health Organization. The SAFER technical package [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/978924 1516419.

64. World Health Organization. Global report on drowning: preventing a leading killer [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/143893/9789241564786_eng.pdf?sequence=1.

65. World Health Organization. Preventing drowning: an implementation guide [Internet]. Geneva: WHO; 2017. 116 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511933.

66. Hyder AA, Alonge O, He S, Wadhwaniya S, Rahman F, El Arifeen S. A framework for addressing implementation gap in global drowning prevention interventions: experiences from Bangladesh. J Health Popul Nutr. 2014;32(4):564–76.

67. Hyder AA, Alonge O, He S, Wadhwaniya S, Rahman F, Rahman A, et al. Saving of children's lives from drowning project in Bangladesh. Am J Prev Med. 2014;47(6):842–5. doi: 10.1016/j.amepre.2014.07.050.

68. Islam I, Sharmin SS, Hoque DME, Sadeq-ur Rahman Q, Alonge O, Hyder AA, et al. Preliminary findings on the utilization of playpens to prevent child drowining in rural Bangaldesh. In: Material World Conference on Drowning Prevention. Nov 2015; Malaysia. Malaysia; 2015. 2 p.

69. Bennett E, Linnan M. Physical Barriers [Internet]. In: Bierens J, editor. Springer, Berlin, Heidelberg; 2014. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-04253-9_28.

70. United States Consumer Product Safety Commission. Consumer product safety commission, safety standard for play yards [Internet]. USA; 2012. Available from: https://www.cpsc.gov/Newsroom/News-Releases/2012/CPSC-Approves-New-Federal-Safety-Standard-for-Play-Yards1.

71. HealthyChildren.org. Playpen Safety [Internet]. Ilinois, USA: American Academy of Pediatrics; 2015. Available from: https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Playpen-Safety.aspx.

72. World Health Organization. WHO Fact Sheet on Drowning [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning.

73. Stallman R, Moran K, Brenner R, Rahman A. Swimming and Water Survival Competence [Internet]. In: Bierens J, eds. Drowning. Springer, Berlin, Heidelberg. 2014. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-04253-9_30.

74. Rahman A, Alonge O, Bhuiyan AA, Agrawal P, Salam SS, Talab A, et al. Epidemiology of drowning in bangladesh: An update. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(5):488. doi: 10.3390/ijerph14050488.

75. Mecrow TS, Linnan M, Rahman A, Scarr J, Mashreky SR, Talab A, et al. Does teaching children to swim increase exposure to water or risk-taking when in the water? Emerging evidence from Bangladesh. Inj Prev. 2015;21(3):185–8. doi: 10.1136/injuryprev-2013-041053.

76. Mecrow TS, Rahman A, Linnan M, Scarr J, Mashreky SR, Talab A, et al. Children reporting rescuing other children drowning in rural Bangladesh: a descriptive study. Inj Prev. 2015;21(e1):e51–5. doi: 10.1136/injuryprev-2013-041015.

77. UN Office for Disaster Risk Reduction. Making development sustainable: the future of disaster risk management. Global assessment report on disaster risk reduction. Geneva: UN Office for Disaster Risk Reduction; 2015. 266 p.

78. Jonkman S. Loss of Life Due to Floods: General Overview [Internet]. In: Bierens, J. (eds) Drowning. Springer, Berlin, Heidelberg; 2014. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-04253-9_148.

79. Diakakis M, Deligiannakis G. Flood fatalities in Greece: 1970-2010. J Flood Risk Manag. 2015;10(1):115–23. doi: 10.1111/jfr3.12166.

80. Szpilman D, Tipton M, Sempsrott J, Webber J, Bierens J, Dawes P, et al. Drowning timeline: A new systematic model of the drowning process. Am J Emerg Med. 2016;34(11):2224–6. doi: 10.1016/j.ajem.2016.07.063.

81. Всесвітня організація охорони здоров'я. INSPIRE Сім стратегій з ліквідації насильства щодо дітей [Інтернет]. Женева: ВООЗ; 2017. 106 с. Доступно на: https://childhub.org/uk/child-protection-online-library/inspire-sim-strategiy -z-likvidacii-nasilstva-schodo-ditey.

82. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. 274 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793.

83. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics. 2016;137(3):e20154079. doi: 10.1542/peds.2015-4079.

84. UNICEF. Ending violence against children: Six strategies for action. New York: UNICEF; 2014. 66 p.

85. World Health Organization. Preventing youth violence: an overview of the evidence [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/preventing-youth-violence-an-overview-of-the-evidence.

86. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: CDCP, National Center for Injury Prevention and Control; 2016. Available from: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html.

87. Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR, et al. The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. Child Abuse Negl. 2015;42:146–62. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.012.

88. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: Trends and pyschosocial concomitants. Aggressive Behav. 2014;9999:1–14.

89. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A Review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. Front Public Health. 2015;3:253. doi: 10.3389/fpubh.2015.00253.

90. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. JAMA Pediatr. 2015;169(11):1024–31. doi: 10.1001/jamapedia trics.2015.2116.

91. Raising Voices. Preventing Violence against Women and Children Kampala, Uganda [Internet]. 2016. Available from: https://raisingvoices.org/.

92. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Francisco L, Nakuti J, Musuya T, et al. A community mobilisation intervention to prevent violence against women and reduce HIV/AIDS risk in Kampala, Uganda (the SASA! Study): Study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials. 2012;13:96. doi: 10.1186/1745-6215-13-96.

93. Kyegombe N, Abramsky T, Devries KM, Michau L, Nakuti J, Starmann E, et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! study, Kampala, Uganda. Child Abuse Negl. 2015;50:128–40. doi: 10.1016/ j.chiabu.2015.10.003.

94. United Nations. Resolution of the United Nations General Assembly A/RES/69/194 (model strategies) [Internet]. United Nations; 2015. Available from: https://international.vlex.com/vid/res-69-194-resolution-861190491.

95. International Rescue Committee. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014. 34 p.

96. International Rescue Committee. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia [Internet]. New York: International Rescue Committee; 2014. Available from: https://www.rescue.org/report/parents-make-difference-findings-randomized-impact-evaluation-parenting-program-rural.

97. World Bank Group. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations [Internet]. Washington DC: World Bank; 2014. Available from: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/555731468149666405/gender-based-violence-prevent ion-lessons-from-world-bank-impact-evaluations.

98. World Health Organization. Milestonesofa global campaign for violence prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2015. 33 p. Available from:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_ meeting/en/.

99. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2020. 20 p. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/ violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020.

100. World Health Organization. Violence against children [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ violence-against-children.

101. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/publications/i/ item/9789240090101.

102. World Health Organization. The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who. int/initiatives/SAFER.

103. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 450 p. Available from: https://www.who.int/ publications/i/item/9789241565639.

104. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. 55 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236.

105. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/ publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9.

106. World Health Organization. Global information system on alcohol and health [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/data/gho/ data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health.

107. World Health Organization. NCD Global Monitoring Framework [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework.

108. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2023. 135 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283.

109. Nikogosian H. WHO Framework Convention on Tobacco Control: A key milestone. Bull World Health Organ. 2010;88:83. doi:10.2471/BLT.10.075895.

110. World Health Organization. Warning about the dangers of tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/activities/warning-about-the-dangers-of-tobacco.

111. World Health Organization. Enforcing tobacco advertising, promotion & sponsorship bans [Internet]. Geneva: WHO. Available from: https://www.who.int/activities/enforcing-tobacco-advertising-promotion-sponsorship-bans.

112. World Health Organization. Raising taxes on tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/activities/raising-taxes-on-tobacco.

113. World Health Organization. Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Available from: https://fctc.who.int/ resources/publications/i/item/9789241505246.

114. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/363101.

115. Верховна Рада України. Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну [Інтернет]. 2006. Конвенцію ратифіковано Законом № 3534-IV (3534-15); 2006 Бер 15. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_001#Text.

116. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 40 p. Available from: https://www.who.int/eng/publications/i/item/9789240031029.

117. World Health Organization. Improving the mental and brain health of children and adolescents [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-child ren-and-adolescents.

118. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents.

119. World Health Organization. GAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790.

120. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/eng/publications/i/item/9789240053779.

121. World Health Organization. Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/350982.

122. World Health Organization. Global Tuberculosis reports [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports.

123. World Health Organization. Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition [Internet]. Geneva: WHO. Available from: https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025.

124. World Health Organization. WHO acceleration plan to stop obesity [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634.

125. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1223–49. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.

126. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. BMJ Glob Health. 2022;7(9):e009773. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009773.

127. The Telegraph. Fashion leaders refuse to ban size zero models [Internet]. 2017. Available from: https://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1540595/Fashion-leaders-refuse-to-ban-size-zero-models.html.

128. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9241592222**.**

129. Puska P. The Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health: 10 Years On [Internet]. London: World Cancer Research Fund International; 2014. Available from: https://www.wcrf.org/about-us/news-and-blogs/the-global-strategy-on-diet-phy sical-activity-health-10-years-on/.

130. World Health Organization. Global Acceleration of Action for Adolescent Health [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://iris.who.int/ bitstream/handle/10665/273135/WHO-FWC-MCA-17.05-rus.pdf.

131. World Health Organization. The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030) [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/ru/publications/i/item/A71-19.

132. World Health Organization. The health of the world's adolescents: a second chance in the second decade [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available

from: Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05.pdf.

133. United Nations Population Fund. The future of sexual and reproductive health and rights [Internet]. Geneva: United Nations Population Fund; 2024. 36 p. Available from: https://www.unfpa.org/publications/future-sexual-and-reprod uctive-health-and-rights.

134. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016. 14 p.

135. United Nations. Population Division [Internet]. In: World Population Prospects 2022 – Special Aggregates. 2022. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022.

136. Zambia Statistics Agency; Ministry of Health of Zambia; ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka; Zambia; Rockville; Maryland; USA: Zambia Statistics Agency; Ministry; 2018. 581 p.

137. Philippine Statistics Authority (PSA), ICF. Philippines National Demographic and Health Survey 2017. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and ICF; 2018. 430 p.

138. United Nations Children's Fund. Sexual and reproductive health of adolescents and young people: policy brief [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2023. 3 p. Available from: https://www.unicef.org/esa/media/12696/file/AH-SRH-AYP-Policy-B-2023.pdf.

139. World Health Organization. Adolescent sexual and reproductive health and rights [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-%28srh%29/areas-of-work/adolescent-and-sexual-and-reproductive-health-and-righ ts.

140. World Health Organization. Working for better health for everyone, everywhere [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 13 p. Available from: https://www.who.int/eng/ about/what-we-do/who-brochure.

141. World Health Organization. Children's environmental health [Internet]. Geneva: WHO; Available from: https://www.who.int/health-topics/children-environmen tal-health#tab=tab_1.

142. World Health Organization. WHO launches first World report on vision [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/news/ item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision.

143. Patnaik JL, Dye-Robinson A, James KA, Kahook MY. Association between particulate matter pollutants and ophthalmology visits for ocular surface irritation and allergy. Clin Ophthalmol. 2024;2025(18):3263–70. doi: 10.2147/OPTH.S485199.

144. World Health Organization. WHO's global plan of action to increase the level of physical activity for 2018-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279655/WHO-NMH-PND-18.5.pdf.

145. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 16 million participants. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(1):23-35. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2.

146. World Health Organization. New WHO-led study says majority of adolescents worldwide are not sufficiently physically active, putting their current and future health at risk [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://www.who.int/eng/news/item/22-11-2019-new-who-led-study-says-majo rity-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk.

147. World Health Organization. Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade [Internet]. Geneva: WHO; 2014. 14 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-14.05.

148. World Health Organization. Investing in children's future: The European Strategy for Child and Adolescent Health 2015-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. 23 p.

149. World Health Organization. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2014. 23 p.

150. Laakkonen H. Adolescents' sexual and reproductive health (SRH): Empowering young people to realize their full potential. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:3.

151. Barnekow V. For any society, the health and well-being of children and adolescents is a priority. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:4–5.

152. Miltiadou I, Mladenov P, Zimniewska M. European youth act for change. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;(80):6–7.

153. United Nations Population Fund. Interview with UNFPA Executive Director and United Nations Under-Secretary-General Dr. Babatunde Osotimehin [Internet]. United Nations Population Fund; 2013 Available from: https://www.unfpa.org/ news/interview-babatunde-osotimehin-executive-director-unfpa.

154. Bobokhodjieva L, Bulatov D, Ekonomi M, Ivanovich V, Zharko, Kipiani L, Usatii A. Adolescent and Youth Policy: Official Statements from 6 Countries. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;(80):10–1.

155. Khomasuridze T, Seyidov T, Vasileva-Blazev M. Sexual and reproductive health among adolescents and young people in Eastern Europe and Central Asia. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;(80):12–3.

156. Yepoyan T. Sex education in schools in Eastern Europe and Central Asia. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;(80):14–5.

157. Carai S, Bivol S, Chandra-Mouli V. Using evaluation results to improve services – the example of the Republic of Moldova. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;(80):16–7.

158. Ratniece L, YouthVS. Sexual and reproductive health and rights activism and social media. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:18–9.

159. Amin A, Chandra-Mouli V. Starting in adolescence: developing egalitarian gender norms and relationships to promote adolescent and adult sexual

and reproductive health and rights. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80: 20–1.

160. Sethi D, Mitis F. Preventing Violence Among Adolescents and Young Adults in Europe: An Underestimated Public Health Priority. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:22–3.

161. Rastrigina T, Karbowska N. View from Ukraine: Donor Investments Can Help Solve Reproductive Health Problems of Young People. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:24–5.

162. Gulumkan K. Youth-friendly clinics in Kyrgyzstan: three different approaches. Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:26–7.

163. Hadley A. Teenage Pregnancy strategy for England: working together can make a difference! Eur Magazine Sex Reprod Health. 2014;80:28–9.

164. Верховна Рада України. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні [Інтернет]. 1993. Закон України № 2998-XII; 1993 Лют 05. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2998-12.

165. Верховна Рада України. Про основні засади молодіжної політики [Інтернет]. 2021. Закон № 1414-IX; 2021 Квіт 27. Доступно на: https://zakon. rada.gov.ua/laws/show/1414-20#Text.

166. Кжаклевска Е, Вільямсон Г. Молодіжна політика в Україні: Висновки Команди міжнародних організацій Ради Європи. Київ: ПРООН; 2013. 192 с.

167. Балакірєва ОМ, Бондар ТВ; ЮНІСЕФ; ГО «Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка». Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді: за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»: моногр. Київ: Поліграфічний центр «Фоліант»; 2019. 127 с.

168. Центр Громадського здоровя МОЗ України. Всесвітній день зору: поради як вберегти зір дітей [Інтернет]. Київ: ДУ Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2024. Доступно на: https://phc.org.ua/news/ vsesvitniy-den-zoru-poradi-yak-vberegti-zir-ditey.

169. Liang J, Pu Y, Chen J, Liu M, Ouyang B, Jin Z, et al. Global prevalence, trend and projection of myopia in children and adolescents from 1990 to 2050: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Br J Ophthalmol. 2025;109(3):362–71. doi: 10.1136/bjo-2024-325427.

170. Центр громадського здоров'я МОЗ України. ВІЛ-інфекції в Україні: Інформаційний бюлетень [Інтернет]. Випуск № 55. Київ: ДУ Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2024. Доступно на: https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinyuvannya/informaciyni-byulet eni-pro-vilsnid.

171. Моісеєнко Р, Жилка Н, Гойда Н, Дудіна О, Голубчиков М, Октисюк Ж. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Україна Здоров'я Нації. 2023;1:51–9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09.

172. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Моніторинг і статистика [Інтернет]. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2023. Дотупно на: https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika.

173. Центр медичної статистики МОЗ України. Статистичні дані 1991-2018 р. [Інтернет]. Київ: Центр медичної статистики МОЗ України; 2018. Доступно на: http://medstat.gov.ua.

174. Заболотько ВМ, редактор. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини. Родова допомога та відомості про новонароджених: аналітично-статистичний довідник. Київ; 2022. 87 с.

175. Верховна рада України. Про основні засади молодіжної політики [Інтернет]. 2021. Закон № 1414-IX; 2021 Квіт 27. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-20#Text.

176. Верховна рада України. Про молодь [Інтернет]. 2015. Закон № 3621; 2015 Груд 10. Доступно на: https://ips.ligazakon.net/document/JH2SL00A?an=5.

177. Верховна рада України. Про фізичну культуру і спорт [Інтернет]. 1993. Закон № 3808-XII; 1993 Груд 24. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text.

178. Верховна рада України. Основи законодавства України про охорону здоров’я [Інтернет]. 1992. Закон № 2801-XII; 1992 Лист 19. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text.

179. Верховна рада України. Про охорону навколишнього середовища [Інтернет]. 1991. Закон № 1264-XII; 1991 Черв 25. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text.

180. Верховна рада України. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення [Інтернет]. 1994. Закон № 4004-XII; 1994 Лют 24. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text.

181. Верховна рада України. Про захист населення від інфекційних хвороб [Інтернет]. 2000. Закон № 1645-III; 2000 Квіт 06. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text.

182. Верховна рада України. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація. 2021 [Інтернет]. Указ Президента України №300/2021; 2021 Січ 21. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14.

183. Міністерство охорони здоров’я України. Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя,гігієнічного виховання населення. 1999. Наказ № 1; 1999 Січ 05. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0001282-99#Text.

184. Міністерство охорони здоров’я України. Про внесення змін до наказу МОЗ України №1 від 05.01.99 року [Інтернет]. 2000. Наказ № 326; 2000 Груд 08. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0326282-00#Text.

185. World Health Organization. What is a healthy lifestyle? Geneva: WHO; 1998. 24 p.

186. Долинний ЮО. Методика навчання основ здоров’я: навчально-методичний посібник для студентів спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» вищих навчальних закладів. Краматорськ: ДДМА; 2017. 87 с.

187. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva: WHO; 1986. 5 p. Available from: https://iris.who.int/ handle/10665/ 349652**.**

188. Оргєєва С.В. Педагогічні умови формування готовності–студентів майбутніх авіадиспетчерів до особистого здоров'язбереження у професійній діяльності. В: Збірник наукових праць Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія. Вип. 1(8). Київ: НАУ; 2016, с. 95–100.

189. Оргєєва СВ, Хачатрян ВВ, Лозенко НМ. Відповідальність за власне здоров'я як домінантний аспект здоров'язбереження студентів. В: Збірник наукових праць Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія. Вип. 1(10). Київ: НАУ; 2017, с. 102–7.

190. Співак МВ. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна [дисертація]. Київ: Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України; 2017. 536 с.

191. Козлова ВА. Проблемы формирования мотивации студентов на здоровьесбережение. Педагогіка, Психол Мед-Біол Пробл Фізичного Виховання Спорту. 2011;(4):84–7.

192. Всесвітня охорона здоров'я України. Інвестуючи в майбутнє дітей: Європейська стратегія охорони здоров'я дітей та підлітків, 2015-2020 рр. Європейський регіональний комітет [Інтернет]. Женева: ВОЗ; 2014. 23 с. Доступно на: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337287/64wd12r-InvestChildAdolescHealth-140440.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

193. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги [Інтернет]. 2018. Наказ № 504. 2018 Бер 19. Доступно на: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text.

194. Бінько І. Публічне управління і публічне адміністрування: співвідношення понять. Вісник АПСВТ. 2020;(3-4):41–7. doi: 10.33287/11213.

195. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та

визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-87ж31.3.2025.329492.

196. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474.

197. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367.

198. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966.

199. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4.

200. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Потокій НЙ. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;2:4–9. doi: 10.11603/1681-2786.2020.2.11403.

201. Знаменська МА, Жданова ОВ, Слабкий ГО. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: Аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. Україна. Здоров'я нації. 2019;1:59–66.

202. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5. doi: 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76.

203. Жданова ОВ. Проблеми формування репродуктивного здоров'я в Україні. In: Material International scientific conference: Trends and areas of

healthcare development in the EU and Ukraine. 2024 Груд 25–26; Рига, Латвія. Рига; 2024. с. 110–3.

204. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров'я. В: Матеріал 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. 2020 Лют 25; Ужгород. Ужгород: УжНУ; 2020, с. 62.

205. Жданова ОВ. Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження. Україна. Здоров'я Нації. 2022;4:95–9. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277078.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

опитування студентів медичних факультетів, стоматологічних факультетів та інших факультетів не медичного профілю щодо мотивації у дотриманні особистих правил здорового способу життя

Шановні респонденти!

Проводиться експертне вивчено питання, які цінності вкладають студенти в особисте здоров'я та яке місце займає особисте здоров'я в ієрархії їх цінностей. Анкетування проводиться методом самозаповнення респондентом. Анкетування анонімне, дані будуть використані лише в наукових цілях без ідентифікації особистості .

Пропонуємо Вам відповісти на питання анкети. Звертаємо Вашу увагу на те, що достовірність наданих Вами відповідей буде впливати на якість дослідження.

Дякуємо за участь у дослідженні!

Просимо Вас обвести відповідний номер Вашої відповіді.

Ваш вік (повних років) _____сільський, міський мешканець (ка) (підкресліть)

І частина: демографічні показники

1. Ваша стать

1. Жіноча
2. Чоловіча

2. Студентом якого факультету Ви є?

Медичний
Стоматологічний
Інший

ІІ частина: визначення місця особистого здоров'я в ієрархії цінностей та мотиваційних механізмів

3. Місце особистого здоров'я в ієрархії Ваших цінностей ?

1. Перше
2. Друге
3. Третє

4. Як Ви вважаєте?

1. Здоров'я — це власні життєві ресурси
2. Відповідальне ставлення до особистого здоров'я – це прояв сили волі
3. Здатність управляти своєю поведінкою
4. Здоров'я – це престижно
4. Здоров'я – це соціальна цінність
5. Відповідальне ставлення до особистого здоров'я – це розширення обсягу персональних знань
6. Адекватність сприйняття власного здоров'я, здатність правильно оцінювати свої можливості
7. Свідома необхідність ЗСЖ

5. Як Ви вважаєте, наскільки Ви є готовим до відповідального ставлення щодо особистого здоров'я?

1. Повністю готовим
2. Більше готовий, ніж не готовий
3. Більше не готовий, ніж готовий
4. Не готовий
5. Не знаю
6. Стан здоров'я успадкований і його рівень не залежить від готовності до відповідального ставлення

5а. Якщо Ви стверджувально відповіли на 3,4 та 5 питання, то дайте будь-ласка відповідь на можливи причини

1. Недостатньо інформації про правила здорового способу життя
2. Маю інші пріоритети в житті, ніж здоровий спосіб життя
3. Відсутність фінансових умов для ведення здорового способу життя
4. Територіальна недоступність умов для ведення здорового способу життя
5. Небажання позбутися шкідливих звичок
6. Члени сім'ї не притримуються правил здорового способу життя
7. Друзі не притримуються правил здорового способу життя
8. Маю тяжке хронічне захворювання, що не дозволяє притримуватись правил здорового способу життя

6. Як Ви вважаєте?

1. Бути здоровим - економічно вигідно
2. Здоров'я забезпечує красивий зовнішній вигляд
3. Здоров'я – можливості кар'єрного росту
4. Здоров'я сприяє фізичній витривалості
5. Здоров'я забезпечує психологічну стійкість в критичних ситуаціях
6. Здоров'я покращує якість життя
7. Здоров'я – основа щасливої сім'ї

ІІІ частина: визначення джерела інформації стосовно формування здорового способу життя

7. Яке джерело інформації стосовно формування здорового способу для Вас є пріоритетним?

1. Навчальна освітня програма
2. Школа здоров’я
3. Персональна консультація лікаря
4. Групова консультація лікаря
5. Тематичні тренінги
6. Тематичні лекції
7. За програмою «Рівний – рівному» (знання від підготовлених одголітків або друзів)
8. Буклети
9. Інтернет
10. Поради членів сім’ї
11. Поради друзів

ДОДАТКИ

Додаток Б

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Жданова ОВ. Медико-соціологічне дослідження щодо готовності студентської молоді до формування особистого здорового способу життя та визначення факторів впливу на мотиваційні механізми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025;3:53–8. doi: 10.30841/2708-8731.3.2025.329492

2. Щербінська ОС, Жданова ОВ. Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2:19–25. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.329474 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

3. Shcherbinska OS, Zhylka NYa, Serohina NO, Zhdanova OV. The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine. Wiad Lek. 2025;78(5):1045–51. doi: 10.36740/WLek/205367 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

4. Жилка Н, Щербінська О, Жданова О. Міжнародні стратегії щодо здорового способу життя та профілактики захворювань у молоді. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3:12–9. doi: 10.30841/2786-720X.3.2024.313966 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

5. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Потокій НЙ. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;2:4–9. doi: 10.11603/1681-

2786.2020.2.11403 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

6. Жданова ОВ. Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження. Україна. Здоров'я Нації. 2022;4:95–9. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277078.

7. Знаменська МА, Жданова ОВ, Слабкий ГО. Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: Аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій. Україна. Здоров'я нації. 2019;1:59–66. (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

8. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентською молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. Світ медицини і біології. 2019;4:71–5. doi: 10.26724/2079-8334-2019-4-70-71-76 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

9. Жданова О, Качур О. Зміни здоров'я під час навчання у вищих закладах освіти: за самооцінкою студентів. Україна. Здоров'я нації. 2023;4:91–5. doi: 10.32782/2077-6594/2023.4/14 (*Особистий внесок:* дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

10. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. The Uniti Sci. 2020 Jan:142–4. (*Особистий внесок*: дисертанту належить збір та статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, формування висновків, підготовка матеріалів до публікації).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

11. Жданова ОВ. Проблеми формування репродуктивного здоров’я в Україні. In: Material International scientific conference: Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine. 2024 Груд 25–26; Рига, Латвія. Рига; 2024. с. 110–3.

12. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Качала ЛО. Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров’я. В: Матеріал 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. 2020 Лют 25; Ужгород. Ужгород: УжНУ; 2020. с. 62.

Додаток В

Основні положення дисертаційної роботи та результати проведених досліджень доповідались на:

- International scientific conference «Trends and areas of healthcare development in the EU and Ukraine» (2024 Dec 25–26, Riga, Latvia), thesis «The role of a family doctor in the formation of a healthy lifestyle of young people in Ukraine» (доповідь, тези);

- підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького складу УжНУ (2020 Лют 25, Ужгород). тема «Роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров'я» (доповідь, тези);

- VIII Міжнародному конгресі «Репродуктивне здоров'я: мультидисциплінарний підхід до безперервного професійного розвитку лікаря» (2025 Квіт 2–3, м. Київ), тема «Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі комунікацій щодо формування здорового способу життя» (доповідь);

- науково-практична конференція ДЗВО УжНУ «До питання збереження здоров'я студентської молоді» (2021 Бер 10–11, Ужгород), тема «Концептуальна модель комунікацій щодо формування здорового способу життя молоді в Україні» (стендова доповідь).