

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.Г. Нестеренко

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО ПРОПАГАНДИ
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

Л.О. Павлова

Керівник,

PhD

М.Є. Черняк

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	5
1.1 Пропаганда здорового способу життя як предмет державної політики	5
1.2 Елементи державної політики щодо пропаганди здорового способу життя	14
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	25
2.1 Загальні особливості поширення здорового способу життя	25
2.2 Аналіз ставлення населення України до здорового способу життя	31
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	40
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо пропаганди здорового способу життя	40.....
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого поширення пропаганди здорового способу життя	49
ВИСНОВКИ	60
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	62

ВСТУП

Актуальність проблеми. Від народження сучасним людям притаманна наявність тих чи інших успадкованих захворювань, а у впродовж життя стан здоров'я погіршується не лише через природне старіння організму, а і через нехтування правилами безпеки в різних аспектах своєї життєдіяльності (сон, харчування, контакти з природним і техногенним середовищем тощо). І хоча здоров'я традиційно вважається однією з найважливіших цінностей людини, більшість почасти нехтує заходами, спрямованим на його збереження та/чи підтримання (у крайньому разі, займаються лікуванням). Означене, своєю чергою, обумовлено як обмеженнями для певних верств населення у доступі до «здорових» харчів, спортивних майданчиків й інших складових, що є невід'ємною складовою здорового способу життя (далі – ЗСЖ), так і низькою їх самодисципліною та недостатню поінформованість про переваги ведення ЗСЖ. Оскільки означена пропаганда все ж є прерогативою уповноважених органів державного управління, тому питання вдосконалення державної політики щодо пропаганди ЗСЖ набуває особливої актуальності, що, зрештою, й обумовило актуальність даного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авакян К. [1; 2], Бакіко І. [4], Говорун Т. [16], Круцевич Т. [38; 99; 100], Лужецька Н. [42; 43], Лобойко К. [47], Макарова В. [46; 47], Марченко О. [38; 99; 100], Мельниченко О. [46–49], Трачук І. [99; 100], Турчик І. [83; 84], Удовиченко Н. [48; 49], Шкурапет Н. [22; 88] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження елементів державної політики щодо пропаганди ЗСЖ обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати значення поширення пропаганди ЗСЖ як предмету державної політики;

- дослідити діючі елементи державної політики щодо пропаганди ЗСЖ;
- оцінити результати державної політики щодо пропаганди ЗСЖ;
- запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого поширення пропаганди ЗСЖ.

Об'єктом дослідження є пропаганда ЗСЖ.

Предметом дослідження є державна політика щодо пропаганди ЗСЖ.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів поширення пропаганди ЗСЖ; статистичних порівнянь – для дослідження результативності державної політики щодо пропаганди ЗСЖ.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування державної політики щодо пропаганди ЗСЖ.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

1.1 Пропаганда здорового способу життя як предмет державної політики

Люди прагнуть бути щасливими (цей феномен є суто індивідуальним за формами прояву, хоча і має спільний «фундамент»: достатня міра задоволення наявних матеріальних і моральних потреб, що обумовлюються фактичним рівнем та якістю їхнього життя), але для цього необхідно мати достатній не лише рівень доходів і вміти раціонально ними розпоряджатися, а й стан [\[46\]](#) **здоров'я** (англ. health; нім. Gesundheit) стан людського організму, живої системи, що характеризується повною її врівноваженістю із зовнішнім середовищем і відсутністю будь-яких виражених змін, пов'язаних з хворобою [\[88\]](#); аргументовані судження про параметри фізичних, психічних і соціальних аспектів стану живого організму, що значною мірою обумовлюють його можливості та місце в ієрархії серед собі подібних [\[46\]](#).

Здоров'я є одним із найважливіших універсальних феноменів буття, що визначає можливості та якість життя людини. Воно зумовлює особливості життєдіяльності не лише окремої людини, а й суспільства, тож являє собою універсальну, фундаментальну природно-життєву та соціальну цінність [\[88\]](#). Феномен здоров'я є сукупністю його компонентів: фізичне; психологічне; духовне; соціальне [\[2\]](#). В реальному житті всі чотири складові – духовна, психічна, соціальна, фізична – діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісний складний феномен.

Нині вирізняють шість рівнів здоров'я світової спільноти, структурованих за кількісною ознакою – від окремого індивіда до людства в цілому. При цьому здоров'я громади (той найближчий соціум, де людина перебуває тривалий час

свого життя й кожній громаді притаманні свої особливості стосовно звичок, культурних, цінностей, традицій, спілкування, побуту, відпочинку, праці) і, природно, ці особливості впливають на стан здоров'я людей [30].

На стан здоров'я людини впливають наступні суб'єкти й фактори:

– органи публічного управління: у межах своїх компетенцій впливають на соціально-економічні, політичні та екологічні параметри на певній території (реагування на надзвичайні ситуації та військовий стан; регулювання доходів і витрат населення; забезпечення доступності необхідних благ; впорядкування розвитку/розбудови населених пунктів і галузей/сфер національної економіки; пропаганда ЗСЖ...);

– система охорони здоров'я (далі – СОЗ): доступність (територіальна, цінова...) якісних медичних послуг; рівень та якість ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), особливості його використання; довіра до лікарів і медперсоналу, їхня професійна підготовленість і вмотивованість;

– конкретна людина: формування світогляду (передусім, під впливом батьків і найближчого оточення, а також чинних правових і соціальних норм) щодо ставлення до власного здоров'я, бажання та здатність дотримуватися цих настанов; рівень, якість і спосіб життя (у т.ч. особливості місця проживання, економічної діяльності та проведення дозвілля); наявність успадкованих і набутих захворювань, та належне реагування на них (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика);

– батьки: генетичні особливості; наявність спадкових захворювань; підготовка до запліднення; ставлення до вагітності та пологів; турбота про дитину (особливо перших етапах її життя); рівень, якість і спосіб життя родини, що обумовлюють належне матеріальне забезпечення, соціальне оточення, а також формування цінностей та звичок (у т.ч. щодо ставлення до власного здоров'я та взаємодії з чинною СОЗ);

– суб'єкти господарювання: насичення ринку необхідними благами; забезпечення якості продукції та безпеки господарської діяльності...).

Саме здоров'я є одним із провідних чинників, що значною мірою обумовлює можливості та загрози у людському житті, розмір доходів і розподіл витрат домогосподарств [47]. Більше за те, належний рівень здоров'я населення є підґрунтям для стабільного особистісного, політичного, економічного й соціального розвитку [90], а і необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства та сучасного розвитку нації [112]. Натомість, відсутність здоров'я породжує масштабні форми виключення людини із традиційної соціальної реальності, тим самим створюючи її певну соціальну некомпетентність [103].

ВООЗ виділяє основні чинники ризику що найбільш пагубне впливають на стан здоров'я і тривалість життя, а саме [31; 38; 7; 809]:

– куріння – забирає здоров'я, вбиває його, повільно створюючи залежність і хвороби [64; 91]; знижує когнітивні навички мислення та міру витривалості; погіршує зір; провокує задишку, збільшує частота пульсу, збільшує час на відновлення; зменшує швидкість реакції, точність реакції, координація м'язових зусиль; порушує рефлекси, змінює шкіряну чутливість; зменшує кількість вітаміну С, від якого залежить засвоєння білка і подальший синтез білкових структур; знижує рівень тестостерону в організмі, необхідний рівень якого є найважливішою умовою для росту м'язів; порушує сон (безсоння, немає відчуття відпочинку), що впливає на спортивні результати [83; 108]. організм курця постійно зайнятий тим, що намагається вивести токсини, незважаючи на залежність і потребу в новій дозі [64; 91];

– вживання алкоголю – порушення розвитку головного мозку в молоді, що спричинює постійні проблеми з пам'яттю, стійкістю уваги та часом реакції, підвищення можливості ураження печінки в ранньому віці, порушення гормонального балансу [81];

– недостатня рухливість – впливає на тіло, мозок і загальний рівень енергії [82]; понижує рівень обмінних процесів організму і стан його кісткової, м'язової і серцево-судинної систем;

– незаконне вживання наркотичних засобів – поширення асоціальної поведінки, погіршення фізичного та ментального здоров'я;

– ожиріння – погіршення функціональності тіла (зниження фізичних параметрів продуктивності праці) [9].

Залежно від віку людини змінюється не лише стан її здоров'я (здебільшого має місце його погіршення через фізичне зношення організму та неналежне реагування на наявні хвороби й загрози власному здоров'ю), а й суб'єкт, чії дії/бездіяльність зрештою обумовлює його параметри (від зачаття до раннього дитинства – цілковита залежність від батьків і представників сфери охорони здоров'я; від підлітків до літніх людей – значною мірою залежить від бажання та здатності дбати про власне здоров'я; особи старечого віку та інваліди – істотна залежність від турботи близьких, а також від доступності необхідного медичного й соціального забезпечення [47].

Тож переважну більшість свого життя людина є сама «ковалем» власного здоров'я [101], а тому має дбати про нього, поєднуючи свої зусилля з діями рідних і близьких, а також представників СОЗ [47].

Отож, наявний стан здоров'я окремої людини є відображенням її спадковості (вроджених захворювань), належного реагування на потенційні та/чи реальні хвороби (у т.ч. своєчасне проведення профілактичних заходів, діагностики, лікування, реабілітація) та дотримання принципів ЗСЖ. Означене створює таке соціальне мікросередовище, в умовах якого виникають реальні передумови для високої творчої самовіддачі, працездатності, трудової, навчальної та громадської активності, психологічного комфорту, найбільш повно розкривається психофізіологічний потенціал, актуалізується процес самовдосконалення [46]. Природа дарує нам здоров'я з однією умовою: його потрібно нам щоденно зміцнювати та зберігати. Якщо людина порушує цю умову, то вона втрачає здоров'я [9].

Зважаючи на його позитивну суспільну значущість, зростає важливість поширення та масштабування [46] ЗСЖ – комплекс раціональних поведінкових правил, що гарантують індивіду максимальний захист від чинників ризику навколишнього середовища, які мають негативний вплив на нього [14]; не лише фізичний стан організму, а й гармонія між тілом, розумом і душею; філософія,

яка дозволяє жити усвідомлено, дбати про тіло та душу, насолоджуватися життям і бути корисним для світу [82]; включає режим харчування, фізичну активність, відмову від шкідливих звичок, емоційний баланс й екологічну свідомість; концепція гармонійного існування, де здоров'я розглядається як цінність і життєвий ідеал; свідомо обрана людиною системи поведінки, яка сприяє підтриманню фізичного, психічного і соціального благополуччя [6]; оптимальна для чинних соціально-економічних й історичних умов організація життєдіяльності людини, яка сприяє формуванню, збереженню і успадкуванню здоров'я, в основі якої знаходиться валеологічний світогляд особистості [9].

ЗСЖ стає не лише медичним або соціальним поняттям, а й етичним вибором, способом існування людини в гармонії з собою, суспільством і природою. У сучасному глобалізованому й цифровізованому світі, де домінують інформаційні технології, штучний інтелект і нові віртуальні реальності, спостерігається стрімке зміщення акцентів у розумінні людської тілесності, цілісності буття та самоусвідомлення [6].

Перевагами ЗСЖ є такі:

- зміцнення опорно-рухової системи;
- формування дисципліни та цілеспрямованості через заняття спортом;
- розвиток координації рухів і спритності [82].

Структура ЗСЖ являє собою цілісну єдність природного, матеріально-побутового, соціокультурного і духовного компонентів, що реалізуються через структурний, енергетичний та інформаційний канали [8];

- відсутність шкідливих звичок;
- володіння елементарними методиками самоконтролю;
- дотримання правил особистої гігієни (раціональний добовий режим, загартовування організму, догляд за тілом і порожниною рота, використання раціонального одягу і взуття);
- культура міжособистісного спілкування і поводження в колективі (створення навколо себе і для себе сприятливого психологічного клімату);
- медичний контроль (профілактичні огляди);

- оптимальний руховий режим (регулярна рухова активність середньої інтенсивності);
- психофізична саморегуляція організму (уміння протистояти стресу);
- раціонально збалансоване харчування;
- статеві культура [9];
- змістовний (оволодіння необхідною системою знань);
- практично-діяльнісний;
- рефлексивний (що зумовлює свідому діяльність);
- творчий (характеризується вмінням моделювати здоровий спосіб життя);
- фізіологічні (сприяють збереженню та зміцненню фізичного здоров'я (раціональне харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, гігієна, раціональний режим праці й відпочинку, безпечна сексуальна поведінка...));
- психологічні (сприяють збереженню і зміцненню психологічного здоров'я (забезпечення психологічного комфорту, уміння протистояти стресам, вироблення оптимістичної позиції...));
- екологічні (сприяють збереженню і зміцненню екологічного здоров'я (формування екокультури, самозбереження від екологічних ризиків));
- соціальні (сприяють збереженню і зміцненню соціального здоров'я (конструктивне спілкування, налагодження соціальних зв'язків, самореалізація, організація дозвілля));
- потребо-мотиваційний (що відображає потреби, мотиви, інтереси і бажання, спрямовані на здоровий спосіб життя);
- характеризують спосіб життя людини відносно свого здоров'я та знання щодо нього (наприклад, особливості харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок, раціональний режим тощо);
- пов'язані з оцінками різних аспектів здоров'я людини (наприклад, оцінки стану здоров'я, психологічного комфорту, установки та мотиви щодо власного здоров'я тощо);

– інструментальна – відбиває макро-, мезо-, та мікровпливи на людину відносно її поведінки щодо здоров'я (наприклад, екологічні впливи, вплив соціального оточення тощо) [88].

ЗСЖ виникає за певних соціальних умов і спричинене такими факторами:

– зовнішні (мікросоціальні – конкретні історичні умови та культурні традиції держави; мікросоціальні – умови проживання сім'ї: економічний, екологічний, кліматичний фактори; психосоціальні – рейтингове місце цінності «здоров'я» в ієрархії потреб конкретної сім'ї; психологічні – настановленнями самої особистості щодо визначення місця цінності здоров'я в ієрархії потреб);

– внутрішні [9; 76] (стан здоров'я, розмір статків, самодисципліна);

– об'єктивні (природні, соціальні й культурні, зокрема, структура соціокультурних норм і цінностей);

– суб'єктивні (потреби, запити, спонукання, мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації).

З урахуванням складових ЗСЖ запропоновано класифікацію стилів життя, в основі якої – ціннісне ставлення до здоров'я, рівень інформованості щодо здоров'язберезувальних практик і поведінкова активність підлітка щодо збереження власного здоров'я: ризиково-пасивний; здоров'язберезувальний активний, здоров'язберезувальний ситуативний; ризиково-активний [88].

ЗСЖ має постійно та цілеспрямовано формуватися упродовж життя людини, а не залежати від обставин і життєвих ситуацій. Тільки у цьому випадку він буде важелем первинної профілактики, зміцнення та формування здоров'я, сприятиме удосконаленню резервних можливостей організму, забезпечуватиме успішне виконання соціальних і професійних функцій, незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних ситуацій [9].

ЗСЖ багато в чому залежить від ціннісної орієнтації людини, його світогляду, соціальному та моральному досвіду. Громадські норми, цінності ЗСЖ приймаються школярами як особистісно значущі, але не завжди збігаються з цінностями, виробленими суспільною свідомістю [10]. Сучасна людина грамотна та інформована про те, що корисно і що шкідливо для її здоров'я,

навіть занадто інформована про всілякі хвороби і засоби лікування, але зовсім не освічена в питанні, як бути здоровим. Одних лише знань про елементи здорової поведінки мало – потрібна переконаність, відданість і все нові й нові досягнення, а досягнутим потрібно вважати лише те, що увійшло в культуру, побут, звичку [63].

Культура ЗСЖ – сукупність значимих для формування світогляду щодо **ЗСЖ** елементів особистої фізичної культури, гігієнічної культури, культури міжособистісних відносин, культури психофізичної регуляції [86]. **Культура ЗСЖ** є важливою складовою загальної культури особистості, що визначає формування, збереження і зміцнення її здоров'я, як одну з головних умов активного повноцінного життя. Надзвичайно актуальним є питання створення сприятливих умов для формування культури **ЗСЖ** особливо серед молоді [1].

Перехід на **ЗСЖ** передбачає регулярну фізичну активність, збалансоване харчування, відмову від шкідливих звичок, як-от куріння та надмірне споживання алкоголю, а також збереження позитивного емоційного стану. Фізична активність допомагає у підтримці здорової ваги, зміцненні м'язів і кісток, покращанні кровообігу та підвищенні енергетики. Збалансоване харчування, яке включає в себе різноманітні корисні продукти, забезпечує організм необхідними поживними речовинами, вітамінами та мінералами, підтримуючи імунітет і здоров'я в цілому. Важливо також вести **ЗСЖ** з позиції психічного стану: вміти відпочивати, контролювати стрес і позитивно налаштовувати себе. Це допомагає зберегти емоційний баланс, покращує якість сну та загальний настрій. Тож, перехід на **ЗСЖ** – це не лише інвестиція у своє майбутнє здоров'я, але й спосіб підтримати себе у гарній формі та зберегти гармонію між фізичним та емоційним станом [82].

Формування позитивної мотивації на дотримання **ЗСЖ** в молодіжному освітньому середовищі вимагає цілеспрямованого застосування гуманістичного підходу, що передбачає створення педагогічно доцільних умов для особистісного прийняття виховного впливу [52]. Водночас, формування **ЗОЖ** серед дітей найбільшим внеском (від 18 до 28 %) є вік батьків, стан здоров'я

матері, характеристика харчування, психологічний клімат в сім'ї, шкідливі звички батьків, соціально-гігієнічна характеристика сім'ї, ставлення батьків до реалізації профілактичних заходів, спадковість [40]. Тобто вплив сім'ї на формування ЗСЖ серед підлітків детермінується суб'єктивними і об'єктивними умовами [88]. Тому відводиться сім'ї важлива роль у пропаганді ЗСЖ, а її популяризація є дуже важливим засобом виховання, особливо серед молоді. Діти, підлітки – це саме той контингент, від якого ми насамперед чекаємо переорієнтації на ЗСЖ. Виховання власним прикладом – найсильніше [112].

Зважаючи на суспільну значущість здоров'я та неможливість населення упоратися з викликами, що обумовлені його погіршенням, зростає значущість публічного управління у цій царині. При цьому йдеться не лише про **державну підтримку розвитку СОЗ**, а і публічне реагування на наявні виклики (одним з яких є допоки недостатнє залучення населення до турботи про власне здоров'я). Тому уповноважені органи публічного управління мають розробити й реалізувати комплекс заходів, спрямованих на вирішення цієї проблеми. Але для того, щоб заходи були більш дієвими, потрібно, окрім іншого, конкретизувати фактори, які обумовлюють параметри здоров'я (як фізичного, так і ментального) [47].

Формування **ЗСЖ** в територіальних громадах (далі – **ТГ**) є важливим аспектом розвитку сучасного суспільства. Державні та місцеві ініціативи сприяють поліпшенню здоров'я населення та підвищенню якості життя громадян. Спільні ініціативи дозволяють не лише поліпшити фізичне здоров'я молоді, але і сформувати соціальні та психологічні навички, необхідні для підтримки **ЗСЖ** в довгостроковій перспективі. Отже, державні та місцеві ініціативи мають значний вплив на формування **ЗСЖ** молоді в **ТГ** [1]. Ба більше, оскільки здоров'я населення (зокрема, молоді) – це ознака процвітаючої країни організація і дотримання ЗСЖ, який покращить здоров'я це пріоритетна складова **державної політики** [68] – різновид суспільно корисної діяльності, яка здійснюється певною сукупністю суб'єктів, зокрема органами державної влади; складне і багатопланове утворення, основою якого є концепція, що впливає із

тісного взаємозв'язку політики і права, управління й влади, політичної системи та суспільства загалом, а також взаємодії суспільства з різними елементами соціальної системи [62]; діяльність органів державної влади з вироблення, реалізації та вдосконалення регуляторного впливу на взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів, а також на розвиток СОЗ і суміжних галузей/сфер національної економіки [49].

Традиційно вважається, що найціннішим для людини є її власне життя та здоров'я. Проте заради захисту своїх близьких, Батьківщини чи досягнення інших шляхетних цілей знайдеться чимало тих (передусім, справжніх патріотів), хто жертвує цим найціннішим, тим самим ставлячи «власне» вище за «суспільне». Означена шляхетна позиція є відображенням патріотизму, який, своєю чергою, є результатом не лише правильного виховання у родині, а і зваженої публічної політики, важливою складовою якої (фактично, засобом впливу на певні верстви населення) є **пропаганда** [47] – форма комунікації, спрямована на поширення в суспільстві світогляду, теорії, тверджень, фактів, аргументів, чуток та інших відомостей для впливу на користь певної спільноти чи громадської позиції [11]. Зрештою слід зазначити, ЗСЖ має істотну суспільну значущість, а тому є предметом державної політики. Задля підвищення результативності її реалізації необхідне належне методологічне забезпечення, що, окрім іншого, передбачає уточнення змістовного наповнення елементів державної політики щодо пропаганди ЗСЖ.

1.2 Елементи державної політики щодо пропаганди здорового способу життя

Державна політика щодо пропаганди ЗСЖ є комплексним феноменом, який поєднує рядом елементів (завдання, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи та засоби впливу), які пов'язані між собою й доповнюють один одного.

Завдання державної політики щодо пропаганди:

- відпрацювання стратегії власного позитивного іміджу;
- залучення значної кількості учасників і в там самим консолідувати ТГ;
- здійснення кілька PR-акцій, які засвідчать дієвість і важливість її проєктів;
- охоплення значної частини населення профілактичною роботою щодо формування ЗСЖ при порівняно незначній витраті ресурсів (насамперед матеріальних);
- підвищення якості проведення щорічного медичного обстеження населення (передусім, молоді);
- поліпшення матеріально-технічної бази спеціалізованих ЗОЗ, що надають медичну допомогу різним категоріям молоді;
- формування у молоді відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих, усвідомлення життєвої необхідності у ЗСЖ [60];
- формуванні у населення (зокрема, підлітків) антиалкогольних установок як внутрішньо-особистісних регуляційних механізмів, що забезпечують реалізацію поведінки у рамках безпечного і ЗСЖ [39];
- відстоювання прав осіб (груп, громад) на здоровий спосіб життя;
- міжгалузєва співпраця;
- надання інформації про стан і можливості покращення конкретних питань здоров'я;
- поглиблення знань у членів громади, що стосуються аспектів особистого та громадського здоров'я, формування ЗСЖ;
- самодопомога та взаємодопомога;
- сприяння розвитку свідомості та активності;
- удосконалення діяльності місцевих ЗОЗ і соціальних служб;
- формування політики здоров'я [35];
- використання раціонального харчування;
- виховання в учнів та їх батьків бережливе ставлення до здоров'я, культивування ЗСЖ;
- застосування здоров'язбережних технологій навчання;

- дотримання режиму фізичної активності, поєднання динамічного і статичного навантаження;
- застосування стилю співробітництва при спілкуванні, організація сприятливої атмосфери при навчанні;
- зміцнення, формування та збереження здоров'я людей;
- створення здоров'язбережливого освітнього середовища;
- формування ЗСЖ засобами освіти;
- формування соціально-активної, фізично здорової та духовно багаті особистості [9];
- чітке дотримання режиму дня задля підтримки здоров'я (раціональний розподіл часу між академічною діяльністю, фізичною активністю, сном і відпочинком є запорукою гарного самопочуття та підвищеної працездатності) [18];
- розгляд фізичної активності й збалансованого харчування як пріоритетні напрями профілактики захворювань і підвищення якості життя [22];
- забезпечення комунікативної взаємодії батьків і вчителів, педагогічного колективу і органів управління освітою з дотримання санітарно-гігієнічних вимог [106];
- визначення основних напрямів роботи діяльності органів і закладів державного сектору, приватних і громадських організацій, які залучені у сфері збереження здоров'я населення [50];
- формування освіченої, творчої людини, гармонійний розвиток особистості, становлення її фізичного, психічного і духовного здоров'я [53].

Принципи державної політики щодо пропаганди:

- дисциплінованість – означене стосується не лише тих, хто займається розробкою та реалізацією заходів з пропаганди ЗСЖ, а й тих, на кого безпосередньо поширюються відповідні заходи публічного впливу; так, зокрема, особа, яка по-справжньому починає ЗСЖ має неухильно дотримуватися призначень лікарів/тренерів... (щодо проходження обстежень,

прийому ліків, проведення лікувальних і/чи оздоровчих процедур, фізичних навантажень, режиму сну та харчування...), а також використовувати доступні ресурси (застосунки для мобільних пристроїв, таблиці...) для контролю параметрів стану здоров'я (тиск, цукор, вага...) та заходів, спрямованих на його покращання (фізичне навантаження);

– відповідальність – уповноважені органи публічного управління відповідальні за наукову обґрунтованість, практичну цінність, а також коректність подачі інформації як складової пропаганди ЗСЖ; кожний окремий індивід – за належне виконання рекомендацій;

– індивідуальність – люди відрізняються віком, статтю, добробутом, ... станом здоров'я і ставленням до турботи про нього; останнє обумовлене як життєвими настановами та цінностями, так і бажанням й можливостями ЗСЖ; до того ж, не слід забувати про чутливість до впливу щодо цього питання з боку оточуючих (родина, колеги, керівництво); кожна особа має проблеми зі здоров'ям і найбільш прийнятні способи їх вирішення, а тому варто поєднувати уніфіковані (масові) та персоніфіковані (для окремих осіб та/чи верств населення) підходи до пропаганди ЗСЖ;

– поміркованість – будь-які різкі зміни у способі життя та ставленні до свого здоров'я можуть доволі неоднозначно сприйматися оточуючими (щонайменше, викликати занепокоєння, оскільки такі зміни почасти пов'язують з приховуванням захворювання...); попри доступність інформації про сучасні методики ЗСЖ, варто уникати самолікування та «самодіяльності» у формуванні власного ЗСЖ; рекомендації повинні бути науково обґрунтованими, мати позитивну практику застосування та, по-можливості, адаптованими до конкретної ситуації; водночас, окрема особа може фізично та/чи ментально виявитися неготовою до нових навантажень і/або обмежень (особливо, за відсутності зовнішньої підтримки) й тому існує ймовірність переобтяження організму медичними препаратами, травматизму, «зриву» у харчуванні...;

– усвідомленість – усі учасники цього процесу мають усвідомлювати усі вигоди артикуляції поведінки населення на більш активну ЗСЖ: уповноважені

органи публічного управління – оскільки дозволяє оптимізувати бюджетні витрати на СОЗ (як відомо: легше й дешевше своєчасно відреагувати на потенційне/фактичне захворювання, аніж потім боротися з його проявами та наслідками); бізнес – створює нові та розширює існуючі ніші товарів/послуг «для ЗСЖ»; населення – зміна способу життя та ставлення до свого здоров'я хоча й вимагає зміну «зони комфорту», але цілком виправдовує себе завдяки покращанню якості життя (щонайменше, хвороби менше відволікатимуть від продуктивної діяльності); проте без реального усвідомлення її значущості, більшість буде лише імітувати турботу про власне здоров'я, а це не забезпечить отримання бажаного результату;

– умотивованість – ЗСЖ передбачує не лише виділення певного часу, зусиль і коштів, а й відповідних життєвих настанов, що пов'язані як зі збереженням здоров'я, так і підвищенням його цінності; основними мотивами тут є: уникнення болю чи дискомфорту в організмі, спокій близьких, більша варіативність доступу до видів діяльності, вищі розміри доходу, збереження суспільного статусу...; зважаючи на переважно пряму залежність між мірою ЗСЖ й розміром доходів і взаємовідносинами з близькими, саме ці аспекти мають стати акцентами відповідної пропаганди [47];

- вікова відповідність;
- екологічність продуктів і культуру споживання їжі;
- збалансованість;
- різноманітність [7];
- добровільність [51; 65; 88];
- анонімність;
- доброзичливість;
- доступність;
- конфіденційність;
- не осудливий підхід до відвідувача [51; 65];
- взаємовигода;
- високий професіоналізм;

- відкритість й довіра;
- колегіальність прийнятих рішень;
- конгруентність (узгодженість дій);
- рефлексія (зворотній зв'язок);
- розвитку громадської ініціативи;
- солідарна відповідальність;
- структурування діяльності й розподіл обов'язків;
- усебічного соціального партнерства та співпраці [88].

Суб'єкти державної політики щодо пропаганди:

- Верховна Рада України (далі – Парламент) – формує законодавчу базу в цій сфері;
 - Президент України – забезпечує узгоджені дії всіх гілок державної влади між собою, а також із підсистемою недержавного забезпечення [36];
 - Кабінет Міністрів України (далі – Уряд) – здійснює внутрішню та зовнішню політику держави, виконання Конституції і законів України, актів Президента України, що стосуються ЗСЖ; вживає заходів щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина [71]; координує розробку й затверджує Стратегію пропаганди ЗОЖ, а надалі – План реалізації цієї Стратегії, який затверджується на кожний рік і має містити чіткий перелік заходів, терміни їх реалізації, обсяги ресурсів і джерела їх надходження, виконавців та очікувані результати;
 - Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) – запропонувати науково обґрунтовані й практично цінні, уніфіковані та індивідуальні методики турботи про власне здоров'я;
 - Міністерство культури та інформаційної політики України – створити корисний контент (документальні та художні фільми, розважальні програми, друковані матеріали, інтернет-ресурси...), який буде популяризувати турботу про власне здоров'я;
 - Міністерство освіти і науки України (далі – МОН), Міністерство молоді та спорту України, Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури

України й інші центральні органи виконавчої влади, а також їхні територіальні представництва разом з органами місцевого самоврядування, представниками бізнесу та ГО – заохочувати різні верстви населення активніше турбуватися не лише про власне здоров'я, а і про здоров'я усіх тих, хто їм небайдужий;

- Міністерство фінансів України – профінансувати передбачені заходи;

- органи місцевого самоврядування – сприяти розвитку ЗОЗ усіх форм власності (фактично, покращанню доступу населення до якісних медичних і супутніх послуг), а також інших інфраструктурних об'єктів (спортивні комплекси і майданчики, магазини спортивного інвентарю/одягу, здорова їжа), спроможних задовольнити запити населення на ведення ЗСЖ [47];

- ТГ – як основні центри соціального розвитку, мають унікальну можливість впливати на поведінкові орієнтири молоді через організацію різноманітних ініціатив, які сприяють формуванню звичок, що забезпечують фізичне, психологічне та соціальне благополуччя [1];

- ГО.

Об'єкти державної політики щодо пропаганди:

- місцеві органи державного управління;

- місцеві органи місцевого самоврядування;

- ГО;

- ЗМІ (спортивні телеканали й окремі телепрограми, які є засобом агітації за ЗСЖ, соціальні мережі) – стрімко розвиваються та відіграють велику роль у житті суспільства, мають значний вплив на населення (зокрема, молодь) [9];

- навчальні заклади, ЗОЗ;

- бізнес-структури, які прямо/опосередковано впливають на ЗОЖ;

- населення.

Методи та засоби державної політики щодо пропаганди:

1) Адміністративні:

- нормування харчування для дітей у дошкільних навчальних закладах, фізіологічні норми харчування для осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- державне регулювання цін на медичні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру;
- нормування радіаційної безпеки та допустимі рівні впливу на людину інших фізичних факторів; навантаження лікуючих лікарів;
- порядок застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів;
- порядок проведення медичних оглядів і обстежень працівників;
- правила і періодичність проведення обов'язкових профілактичних оглядів певних категорій населення [48];
- проведення санітарно-гігієнічного контролю [106].

2) Економічні:

- державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів, замовлень на поставку продукції (товарів) медичного призначення;
- державні субсидії;
- дотації з державного та місцевих бюджетів;
- пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій;
- попередження та штрафи за правопорушення [48].

3) Організаційні:

- Національна стратегія щодо ЗСЖ [72; 73];
- залучення тих фахівців, робота яких матиме високі показники якості;
- залучення волонтерів – ресурс, який окрім іншого сприяє розширенню спектру послуг і клієнтів [60];
- місцеві програми з розвитку фізичної культури і спорту (місцеві органи влади активно підтримують спорту та фізичну активність через створення спортивних майданчиків, проведення змагань, програм для школярів і молоді, а також громадські заходи для дорослих);
- програми здоров'я для молоді (в рамках шкільних програм і проєктів місцевих ТГ організуються тренінги, семінари та заходи для підлітків, спрямовані на профілактику шкідливих звичок, розвиток фізичної активності та освіти в питаннях ЗСЖ);

– державні та місцеві ініціативи щодо розробки програм і заходів, які спрямовані на популяризацію ЗСЖ, підвищення рівня обізнаності молоді про важливість фізичної активності, управління стресом, правильного харчування, профілактики захворювань... [1];

– більш активна та успішна участь в конкурсах міжнародних організацій, що вітають підготовку проєктів за участю кількох сторін;

– підтримка програм, спрямованих на створення та забезпечення діяльності спортивно-оздоровчих центрів молоді [1; 60];

– проведення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методів їх використання [48];

– змістові (оновлення змісту й структури середньої загальної освіти з метою рівнобічного розвитку підлітка відповідно до їх вікових й індивідуальних психофізіологічних особливостей, впровадження 3-го уроку фізичної культури для учнів 1–11-х класів, запровадження «Шкіл сприяння здоров'ю», участь у міжнародній програмі «Healthy Schools: заради здорових і радісних школярів» (2018–2019 рр.) тощо);

– структурно-організаційні (створення сприятливого шкільного простору, організація позаурочної фізкультурно-оздоровчої діяльності, організація шкіл повного дня з активними формами позаурочної діяльності, забезпечення раціонального збалансованого харчування шляхом модернізування шкільних їдалень та ін.) [88];

– освітньо-технологічні (упровадження інноваційних технологій та методик: проєктні здоров'язбережувальні технології, особистісно зорієнтоване навчання, розвивальне навчання, технологія М. Єфименка, «Навчання в русі», запровадження курсів «Основи здоров'я», «Філософія здоров'я», факультативів й спецкурсів здоров'яспрямованого напрямку, а саме: «Екологічні проблеми міста», «Основи валеології», «Екологія людини і основи здоров'я», «Фітотерапія», «Психологія та здоров'я», «Взаємодія суспільства та природи», «Хімія і медицина», «Ритміка й танок», «Екологічний біомоніторинг», «Антистресовий менеджмент» [21; 28; 32; 59; 67; 77];

– інформаційно-просвітницькі (реалізація оздоровчих програм: «Рівний – рівному», «Діалог», «Школа проти СНІДу», «Покращання життя ВІЛ-позитивних дітей та їх сімей» та інших із залученням громадських організацій: Дитячий Фонд «Здоров'я через освіту», «Здоров'я жінки і планування сім'ї», «Всесвіт», МФБ «Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні»; авторських просвітницьких програм, зокрема «Формування навичок ЗСЖ») «Освіта через здоров'я», «Ми обираємо ЗСЖ» та ін. [13].

4) Правові:

– Закон України «Про освіту»;

– Закон України «Про фізичну культуру і спорт» (1993 р.) – стимулюють інтеграцію фізичної активності в повсякденне життя молоді, що важливо для її фізичного і психічного здоров'я [73];

– Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» (2005 р.) – підтримує боротьбу зі шкідливими звичками серед молоді, що є важливим аспектом у формуванні ЗСЖ [70].

– Постанова Уряду Концепція Державної цільової соціальної програми «Молодь України на 2021–2025 роки» (2020 р.) – окреслює основні пріоритети розвитку молодіжної політики, зокрема в питаннях здоров'я та фізичної активності [5].

– Указ Президента України «Національна доктрина розвитку фізичної культури і спорту» (2005 р.) [133].

– Указ Президента України «Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року» (2021 р.) – передбачає створення умов для розвитку фізичної активності та пропаганди здорових звичок серед молоді всіх рівнів, включаючи місцеві громади [37].

– Постанова Уряду «Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року».

– Постанова Уряду «Стратегія розвитку фізичної культури і спорту на період до 2028 року».

– Постанова Уряду «Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»».

– Постанова Уряду «Стратегія розвитку спорту і фізичної активності України до 2032 року» [9].

– Наказ МОН «Про затвердження Рекомендацій щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спорту серед студентської молоді на період до 2025 року» (2021 р.) – фізична культура є основою для виховання здорового покоління, яке має стати важливим елементом освіти і соціальної політики [69];

– Національна доктрина розвитку освіти України у XXI ст. [54, 56];

– Національна програма «Діти України» [58; 78];

– цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації»;

– Національна програма патріотичного виховання населення, формування ЗСЖ, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства [34];

– поступова законодавча заборона рекламування алкогольних напоїв та тютюнових виробів, а також торгових марок цих виробів;

– законодавча заборона паління та вживання алкогольних виробів на вулицях і в громадських місцях [1; 60].

5) Психологічні:

– просвітництво [18; 47; 106];

– популяризація здорових звичок [18];

– інформування та освіта населення;

– агітація [9] та формування культури ЗОЖ [48];

– здійснення пропагандистської діяльності, спрямовану на популяризацію ЗСЖ, запобігання тютюнопалінню та вживанню наркотиків [60].

Зрештою слід зазначити, що уся наявна сукупність елементів державної політики щодо пропаганди ЗСЖ (з урахуванням їх специфіки, «наповнення» та взаємозв'язку) є методологічним забезпеченням цього процесу, належне використання якого є підґрунтям позитивних результатів у цій царині (зокрема, щодо підтримання належного стану здоров'я населення).

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

2.1 Загальні особливості поширення здорового способу життя

Для аналізу загальних тенденцій поширення ЗСЖ в Україні слід враховувати думку як науковців [31; 80; 79; 38], так і рекомендації ВООЗ щодо основних чинників ризику для стану здоров'я і тривалості життя, а саме:

– **куріння**: біля 2/3 випадків передчасної смерті і 1/3 загального тягаря хвороб у дорослих пов'язані з умовами і формами поведінки, які беруть початок у молодому віці, у т.ч. вживання тютюну, відсутність фізичної активності тощо; приблизно 80,0 % дорослих курців починають палити у віці до 18 років; серед країн Європейського регіону Україна знаходилась у першій десятці по рівням поширеності паління сигарет – 24,0 %, що перевищувало середньо регіональний показник [25]; вітчизняним законодавством було прийнято низку антитютюнових законів по заборонені трансляції реклами сигарет у ЗМІ, палити в громадських приміщеннях, продавати тютюнові вироби особам, які не досягли 18 років, а й у приміщеннях і на території закладів освіти та ЗОЗ; різні профілактичні заходи щодо запобігання поширенню серед дітей і молоді схильності до вживання алкоголю, тютюнопаління і наркотичних засобів активно проводяться у ВНЗ [12];

– **вживання алкоголю**: пияцтво в сучасному українському суспільстві набуло особливо хворобливого характеру майже за всіма показниками: рівнями вживання алкоголю, захворюваності, смертності через зловживання спиртними напоями, залученням до вживання алкоголю молоді; ця проблема має системний характер; алкоголізм – тяжка хронічна хвороба, яка розвивається на основі регулярного й тривалого вживання алкоголю та характеризується особливим патологічним станом організму: нестримним потягом до спиртного,

деградацією особистості; водночас, існує декілька проблем: як у громадській думці, так і в медицині немає чіткого визначення того, що саме вважати надмірним вживанням; збереження традиційно толерантного ставлення до вживання спиртного; відкритість суспільства зумовили істотне розширення ринку алкогольних напоїв, а відносна легкість придбання і доступні ціни також роблять їх привабливими для споживача [39]; у підлітків алкоголізм, на відміну від дорослих, має ряд характерних особливостей (вживання великих доз алкоголю; злоякісний перебіг хвороби (у підлітковому віці організм знаходиться в стадії формування і стійкість центральної нервової системи до дії алкоголю знижена, унаслідок чого відбуваються глибокі й незворотні процеси її руйнування); швидкий розвиток запійного пияцтва (для підлітків стає нормою пити з будь-якого приводу, при цьому в стані легкого сп'яніння вони починають відчувати себе невпевнено); низька ефективність лікування; швидке звикання до спиртних напоїв (обумовлено анатомо-фізіологічною будовою дитячого організму)) [92]; в Україні припадає 15,6 літра алкоголю на душу населення; у структурі споживаного алкоголю міцні напої складають 48,0 %, пиво – 40,0 % і вино – 9,0 %; кількість жінок, що вживають алкоголь, за останній рік зросла на 2,5 % і у 2010 р. на одну жінку припадало 11,2 л алкоголю [75];

– **незаконне вживання наркотичних засобів**: наркоманія збільшується на 8 % на рік, що є однією з найвищих тенденцій у світі. При цьому варто пам'ятати, що 70 % наркоманів становить молодь до 25 років [26], тож про негативний вплив на демографічну ситуацію годі й говорити; щороку 10 тис. молодих людей помирають від наркотиків, тож маємо всі підстави вести мову про епідемію, яка знищує найпродуктивнішу верству населення держави [1]; марихуана – це найбільш поширений незаконний наркотичний засіб [31]; наркозлочинність (зокрема, контрабанда наркотичних речовин) є світовою проблемою, в боротьбі з якою об'єднали свої зусилля фактично всі держави світу [3]; партнером Групи Помпиду є Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, якими реалізовано кілька пілотних проєктів,

пов'язаних, зокрема, з навчанням педагогів, медиків, юристів, працівників суду, прокуратури, пенітенціарної служби [20], а також здійснює свою діяльність на таких рівнях: 1) на рівні міністрів: один раз на три роки проводить засідання, де обговорюються питання політики, узгоджуються пріоритети і програми роботи; 2) на рівні «постійних кореспондентів» – відповідальних працівників відомств, що займаються координацією боротьби з наркоманією, які збираються один раз на півроку для вирішення питань поточної діяльності здійснення контактів з урядами держав-членів; 3) на рівні експертів – співробітників відомств, фахівців, учених, які беруть участь у робочих групах, семінарах, засіданнях для розгляду технічних питань; 4) на рівні секретаріату – групи співробітників Ради Європи, які стежать за виконанням програми роботи, займаються підготовкою засідань на всіх рівнях і виконують інші адміністративні обов'язки [3]; останнім часом фіксується поява синтетичних аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин, урізноманітнюються їх види, наслідки вживання яких можуть бути непередбачуваними; тому це значно підвищилася смертність наркоманів і зросло поширення наркоманії по всьому світу [43]; в Україні під наглядом перебувало 694928 осіб із розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин або 1631,6 на 100 тис. населення [57]; кількість хворих на наркоманію перевищує наведені дані в 3–5 разів [1];

– **порушення режиму сну**: нестабільний режим сну, скорочення його тривалості, а іноді й повна відсутність чіткої гігієни сну;

– **відсутність чіткого режиму харчування**: пропуск сніданку або його нерегулярність, що вказує на знижену увагу до базових принципів раціонального харчування [5]; є досить суперечливою характеристикою щодо підлітків, а подібні практики досить часто залежать від сім'ї, зокрема від її матеріального становища, досвіду наслідування; неправильний раціон і режим харчування в підлітковому віці лише сприяє виникненню проблем зі здоров'ям і стає однією із причин виникнення хронічних захворювань; відповідальність за здорове харчування покладена на підлітків, батьків і членів родини, тому перші повинні за можливістю обирати корисні продукти й регулювати кількість і

частоту їх споживання, цим самим демонструючи рівень піклування про власне здоров'я [88];

– **недостатня рухова активність**: обмежена участь у заняттях із помірним або інтенсивним фізичним навантаженням, що свідчить про незбалансовану рухову активність більшості населення [5]; є генеруючим і стимулюючим фактором в системі ЗСЖ, має неабияке значення для вдосконалення фізичного розвитку і підготовки людини, профілактики надлишкової ваги тіла, а також сприяє зменшенню ризику виникнення серцево-судинних хвороб, діабету, остеопорозу, окремих онкологічних захворювань і депресії; оздоровча рухова активність сприяє також розвитку економіки і суспільства в цілому; для значної частини населення властива гіпокінезія; серед дітей підвищується популярність малорухомого способу проведення вільного часу [9]; сума рухових дій, які виконуються людиною в процесі життєдіяльності; вид діяльності людини, під час якої обмінні процеси у м'язах скорочуються, а таким чином, переміщення тіла людини чи його частин у просторі; сумарна величина певних рухових актів за деякий проміжок часу [98].

Варто зазначити, що різні верстви населення (залежно від віку, статі, соціального статусу тощо) мають відмінне ставлення до ЗСЖ, а саме:

1) Систематично застосовують у своєму побуті основні складові ЗСЖ, оскільки володіють високим рівнем знань про фізичне та ментальне здоров'я як запоруки власного добробуту, а також про їхню здатність до саморозвитку потенціалів свого організму, про ЗСЖ і сукупність шляхів життєдіяльності, які дають можливість людині гармонійно розвиватися і самовдосконалюватися.

2) Дотримання принципів ЗСЖ не систематичне (фізичні дії виконують у присутності інших підлітків, за настроєм, за проханням інших), оскільки хоча має місце усвідомлення важливості й необхідності зміцнення здоров'я, але бракує достатнього інтересу (середній рівень мотивації) до ведення ЗСЖ.

3) Дотримання принципів ЗСЖ фрагментарне, що пов'язане як з відсутністю чіткого розуміння «що, як і навіщо слід робити» (тобто бракує знань, вмінь та мотивації) [9].

За результатами дослідження студентського середовища виявлено таке: ЗСЖ почасти зводиться до епізодичних звичок, а не формується як інтегрована система поведінки, підтримувана знаннями, мотивацією та ресурсами; основні детермінанти ЗСЖ (емоційні, фізичної та рівень соціальної креативності) можна вважати середнім і таким, що не розрізняється ані у вікових, ані в гендерних групах; студенти молодшої вікової групи більш напружені, дівчата більше схильні до відчуття бадьорості й активніше ставляться до життєвих ситуацій, показують більш високий рівень особистих досягнень і домагань [16].

При цьому слід зважати, що здобувачі вищої освіти (молодь) часто поєднують навчання з роботою, мають нестабільне емоційне навантаження і обмежені фінансові ресурси, що також впливає на їхній стиль життя. Ці фактори створюють ризики для розвитку шкідливих звичок і нехтування базовими принципами ЗСЖ. Відсутність чіткого режиму харчування, зниження фізичної активності, недосипання – це не лише загроза для самопочуття, а й чинник зниження академічної успішності та психоемоційної стійкості [5].

Зміна соціально-економічної ситуації в державі, пандемія COVID-19, повномасштабне вторгнення РФ на Україну запровадження воєнного стану, кризові явища у суспільстві стали вагомою причиною зниження рухової активності школярів, уповільнення їхнього фізичного і психічного розвитку, внаслідок чого проблема формування цінностей ЗСЖ засобами фізичного виховання стає особливо актуальною, що підтверджує офіційна статистика й результати епідеміологічних досліджень, відповідно до яких стан здоров'я дітей шкільного віку в Україні став значно гіршим, ніж в країнах Європи [9].

Воєнний стан в Україні суттєво впливає на повсякденне життя населення, зокрема на їхню психоемоційну стабільність і поведінкові звички. Постійна напруга, порушення звичного ритму життя і обмежений доступ до ресурсів можуть також негативно позначатися на дотриманні ЗСЖ [5]. В умовах воєнного стану, коли кожен день несе біль втрат, коли руйнується життєво необхідна інфраструктура, коли переформатовується «довірче коло» соціальної підтримки, людина вимушена свідомо шукати нові рішення та способи для

збереження власного здоров'я. Тривала боротьба з важкими воєнними втратами не аби як виснажує емоційно-вольову сферу особистості та потребує екстремальної активації внутрішніх ресурсів міцності, сили, витримки та віри у життя. Отже, під час війни відновлення ЗСЖ є необхідною умовою збереження цілісності особистості й запобігання негативних психологічних станів, зокрема з використанням потенціалу майнд-фулнес практик [41].

При цьому слід зазначити, що у сучасній Україні (принаймні, на відміну від СРСР), пропаганда використовується здебільшого фрагментарно і лише у тих випадках, коли це вкрай потрібно для захисту інтересів саме держави. Ймовірно саме тому відсутні потужні публічні соціально орієнтовані кампанії (зокрема, щодо пропаганди здорового способу життя та/або турботи про власне здоров'я). Тому не дивно, що у «буденному житті» більшість людей фактично зневажливо ставляться до свого здоров'я (принаймні до тих пір, допоки не почне потерпати від погіршення свого здоров'я і, тим паче, платити значні кошти за його відновлення та/чи збереження), оскільки воно (здоров'я) їм «дісталось просто так» (прикро, але факт: люди здебільшого мало цінують те, що отримали без докладання зусиль і витрачання коштів) [47].

Прикро констатувати, що узагальнення напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволило виявити наступні проблеми щодо створення небажаних умов і для ведення дотримання принципів ЗСЖ:

– майже не проводиться проведення ЗМІ різних агітацій на формування ЗСЖ у підростаючого покоління, антинаркотична і антиалкогольна пропаганда серед дітей, підлітків і молоді;

– недосконалість СОЗ, низький рівень усвідомлення цінності здоров'я як особистого збагачення, перебування переважної частини населення в умовах соціально-економічної нестабільності [9];

– істотно зросла невизначеність щодо переліку та важливості тих цінностей, які батьки поширюють серед своїх дітей;

– руйнування мережевих компонентів СОЗ, що не сприяє формуванню ЗСЖ підлітків; водночас, перехід шкільної медицини до системи освіти тільки

сприятиме більш ефективному вирішенню питання оздоровлення дітей та підлітків; шкільна медична служба недостатньо фінансується; лише 76 % країн Західної Європи мають шкільних лікарів, 65 % – медичних сестер;

– інститут сім'ї (міцність, а відтак – суспільна значущість якого останнім часом знизилась) визнає неспроможність самотійно сформувати життєві орієнтири та настанови щодо дотримання ЗСЖ;

– відсутність/брак у батьків і їхнього оточення знань про особливості виховання та сучасні соціальні (правові) норми з високою ймовірністю призводить до зростання проявів деструктивної поведінки дітей [88].

Отож, мають місце чимало негативних тенденцій щодо дотримання ЗСЖ, які відображені у офіційній статистиці та наукових публікаціях. Задля кращого розуміння цього доречним також є узагальнення результатів соціологічних досліджень, присвячених висвітленню означеній проблематиці.

2.2 Аналіз ставлення населення України до здорового способу життя

Проведені узагальнення результатів соціологічних досліджень дозволило виявити наступні дані про ставлення населення до ЗСЖ (як за окремими його параметрами, так і загалом):

1) Куріння:

– по 9,6 % учениць 8–10 класів курять цигарки щодня, по 6,6 % 7-класниць і дівчат випускного класу інколи курять; 18,9 % учениць 10 класу раніше зловживали, але згодом відмовилися від тютюнопаління; курять цигарки підлітки-хлопці більше, ніж курці-дівчата (37,5 та 30,38 %, відповідно); найбільша кількість курців відзначався серед учнів, які не мають досягнень; серед тих, хто не палить 62,5 % становили школярі чоловічої статі і 69,6 % – жіночої [30];

– 75 % населення належать до курців; 83,5 % курців становлять чоловіки, однак з кожним роком росте частка курців жінок; 7,2 % курять викурюють 20 і

більше цигарок в день, 15,0 % курять до 10 цигарок в день, 53,0 % – від 10 до 20 цигарок в день; 53,0 % опитаних курять тільки в дружньому колі, 7,0 % – за компанію, 40,0 % – вдома і на роботі; бажання відмовитись від тютюнокуріння виявили тільки 15,0 % курців – чоловіків у віці 50–59 років і 23,0 % жінок у віці 20–29 років, в основному, з вищою освітою [75];

– поширеність серед людей у віці 18–29 років становить 43,0 %; на куріння припадає 13,0 % тягара хвороб; поширеність куріння серед 13-річних становить 9,0 % серед хлопчиків і 4,0 % серед дівчаток [31];

– палять 49,4 %, ні – 37,6 %, іноді – 13,0 % [87];

– 57,0 % хлопців і 44,0 % дівчат 15 років не робили спроби куріння; серед 17-річних немає такої шкідливої звички у 66,0 % хлопців і 79,0 % дівчат, і серед них ніколи не курили лише 36,0 % юнаків і 38,0 % дівчат [88].

2) Вживання алкоголю:

– загальний зареєстрований рівень споживання алкоголю становить 4,8 літра на людину на рік; щорічно реєструється 22 нові випадки алкогольного психозу на 100 тис. населення; на вживання алкоголю припадає 12,0 % тягара хвороби; щотижня алкоголь вживають 19,0 % і 29,0 % п'ятнадцятирічних дівчаток і юнаків, відповідно [31];

– з віком збільшується частка тих, хто відзначає свята шляхом вживання спиртних напоїв; в 6 класі 9,6 % хлопців знайомі з властивостями алкогольних напоїв тоді, як в 11 їх кількість складає вже – 21,6 %; діапазон кількості дівчат зростає з 6,3 до 21,0 %; значна частина населення не вживає алкогольні напої узагалі; 14,7 % школярів 5–11 класів вживають спиртні напої інколи (на свята) [9];

– вживають алкоголь – 15,7 %, ні – 31,5 %, іноді – 52,8 %; споживають міцні спиртні напої 200 мл на день – 7,7%, ні – 22,0 %, рідко – 70,3 % [87];

– майже половина 17-річних підлітків вживала пиво, 40,0 % – енергетичні напої, 38,0 % – вино, 23,0 % – горілку; 1 на тиждень 12,7,0 % п'ють пиво, 10,0 % – «енергетики», 8,5 % – вино і 4,0 % – горілку; при цьому 4,0 % – п'ють пиво, 2,2 % – вино, 2,0 % – горілку щоденно; серед дівчат-підлітків 42,0 % –

пробували вино, 27,0 % – пиво, 20,0 % – енергетичні напої; 1 і більше разів на тиждень 8,0 % – п'ють пиво, 10,0 % – вино, 5,0 % – енергетичні напої, 2,0 % – горілку [88].

3) Незаконне вживання наркотичних засобів:

– протягом останнього року марихуану вживали 3,6 % населення (показники поширеності зловживання наркотичними засобами протягом року складають: 0,8 % для опіатів, 0,2 % для амфітамінів і 0,1 % як для екстезі, так і для кокаїну); на незаконне вживання наркотичних засобів припадає 3 % загального тягаря хвороб; в 2022 р. число первинних звернень в наркологічні установи дорівнювало 133394; серед 15-річних школярів марихуану вживали 8,0 % дівчаток і 21,0 % юнаків [31];

– з наркотиками експериментують 2 5-класників і 6 юнаків випускного класу, серед яких – 3 дівчат [9];

– близько 4,0 % 9-класників і 9,0 % 11-класників випробували на собі дію наркотичних речовин; найбільший інтерес до цих практик проявили хлопці 17 років: 18,0 % пробували наркотики, з них 2,0 % продовжували вживати [88];

– 96,3 % знають про шкоду від наркотиків і їх не вживають, 3,7 % – знаю, але пробували [87].

4) Відсутність чіткого режиму харчування:

– 80,0 % підлітків регулярно, тобто щодня, снідають, стільки ж вечеряють, майже 86,0 % обідають; не більше 15,0 % мають такий режим декілька разів на тиждень; інші мають один прийом їжі й просто перекуси, що негативно впливає на стан здоров'я населення [88];

– тільки 19,8 % вважають його здоровим, тоді як більшість (56,2 %) відповіли «не завжди», а ще 24,0 % – взагалі не вважають його здоровим; попри певні позитивні тенденції (наприклад, регулярний обід), більшість здобувачів не дотримуються повноцінного та збалансованого режиму харчування [5];

– щодня вживають цукерки 32,0 % хлопців і 22,0 % дівчат, тістечка і здобні вироби – 18,3 % та 20,6 %, морозиво – 27,0 % та 34,0 %, відповідно; щодня в раціоні присутні майонез, соуси, кетчупи в кожного п'ятого хлопці та в

кожної шостої дівчини; щотижня (до 3-х разів) 30,0 % юнаків вживають чіпси, сухарики, 15,0 % – фастфуди, 13,0 % – «мівіну» й інші продукти швидкого приготування, 8,0 % – хотдоги, шаурму (у дівчат, відповідно, 10,0 %, 5,0 %, 4,0 % та 3,0 %); щодня до раціону включають свіжі фрукти та овочі не більше 72,0 % підлітків, зокрема більше їх споживають дівчата (77,0 %); частота споживання солодких газованих напоїв «щодня» виявлена у 25,1 % хлопців та 15,3 % дівчат, «не менше 2–3 разів на тиждень» – 33,3 % хлопців та 26,3 % дівчат; серед хлопців старшої вікової групи спостерігається формування шкідливої звички щодо споживання солодких газованих напоїв (регулярне споживання 32,6 % хлопців), попри інформованість про їх некорисність; майже 40,0 % респондентів мають у раціоні харчування рибу лише раз на місяць або взагалі її не вживають; близько 1/3 – вживає молочні продукти 1 раз на тиждень або рідше; 55,0 % – вживають м'ясо щодня або кілька разів на день і 9,0 % – не вживають зовсім або не частіше 1 разу на тиждень; 38,0 % – вживають копчені м'ясні вироби, до складу яких входять консерванти, підсилювачі смаку та фарбники, не рідше 3 -х разів на тиждень [88];

– для дівчат збалансоване харчування є одним із головних факторів збереження здоров'я та ведення ЗСЖ (45,4 %) [38];

– п'ють каву (міцний чай) до 3-х чашок на день – 48,0 %, більше – 12,0 %; дотримуються режиму харчування – 27,4 %, ні – 37,4 %, іноді – 35,2 % [87];

– згідно з оцінками, на ожиріння (ІМТ – 30) припадає 9,0 % тягаря хвороб, а на недостатню рухову активність – 6,0 %; від ожиріння страждають 7,0 % чоловіків і 19,0 % жінок; за даними проведеного в школах обстеження тринадцятилітніх школярів, від надмірної ваги страждають 5,0 % хлопців і 3,0 % дівчат [31].

5) **Порушення режиму сну:**

– 49,4 % респондентів сплять 7–8 годин на добу, що відповідає загальним рекомендаціям щодо здорового сну; 45,7 % – сплять менше 7 годин, що може свідчити про недосипання, спричинене навчальним навантаженням, роботою або іншими факторами; 4,9 % – сплять більше 8 годин на добу; 13,0 % –

вважають, що дотримуються режиму сну, тоді як 48,1 % вказали на нерегулярність, а 38,9 % – взагалі не дотримуються його; 41,3 % – ніколи не лягають спати в один і той самий час, і лише 19,2 % – дотримуються стабільного часу сну; 40,2 % – встають в один і той самий час, що може бути зумовлено навчальним розкладом чи роботою; 37,0 % – повідомили про нерегулярність, а 22,8 % – про повну відсутність сталої звички [5];

– 18,3 % підлітків (10–17 років) зазвичай лягає спати опівночі чи пізніше в дні, коли завтра потрібно йти до навчального закладу; серед дівчат таких 16,6 %, а серед юнаків – 20,0 %; з віком суттєво (від 6,6 % серед 11-річних до 32,3 % серед 17-річних зростає) частка тих, хто пізно лягає в дні навчання; у вихідні та канікулярні дні частка тих, хто лягає спати після опівночі, стрімко зростає у всіх вікових групах [79];

– режиму 8-годинного сну щодня дотримується лише 34,0 %, дуже рідко – 22,0 %, ніколи – 5,0 % [88];

– коли втомлюєтеся, раніше лягають спати – 17,4 %, дивляться телевизор – 50,4 %, гуляють на свіжому повітрі – 32,2 % [87].

б) Недостатня рухова активність:

– достатній рівень рухової активності мали лише 3,0 % населення у віці від 16 до 74 років, середній рівень – 6,0 %, низький рівень – 33,0 % [9];

– нині займаються спортом (фітнесом, йогою...) приблизно 24,0 % опитаних, роблять зарядку 19,0 %, бігають 15,0 % [17];

– 69,7 % – вважають свій рівень фізичної активності достатнім; 19,2 % – відповіли «не завжди», що може вказувати на періодичні труднощі з підтриманням регулярної фізичної активності; 11,1 % – вважають свою рухову активність недостатньою; 45,6 % – займаються в тренажерному/спортивному залі, 25,8 % – приділяє увагу оздоровчій ходьбі, бігу або їзді на велосипеді, 28,6 % – займаються певними видами спорту або іншими видами рухової активності; 22,8 % – тренуються ≥ 5 разів на тиждень, що відповідає високому рівню активності, 32,1 % – займаються фізичною активністю 3–4 рази на тиждень, що також є цілком достатнім показником для підтримки здоров'я,

35,8 % – тренуються лише 1–2 рази на тиждень, що може бути недостатнім для досягнення рекомендованого рівня активності; 9,3 % – взагалі не займаються фізичною активністю з помірним або інтенсивним навантаженням; 59,9 % – ходять пішки (≥ 20 хв.) щонайменше 5 разів на тиждень, що є позитивним свідченням щоденної мобільності; 26,5 % – 3–4 рази на тиждень, що також можна розцінювати як задовільний рівень активності, 12,4 % – обирають ходьбу лише 1–2 рази, а 1,2 % – взагалі не практикують піших прогулянок [5];

– 36,4 % (зокрема, 53,5 % дівчат і 50,0 % хлопців; 8 клас – 40,0 %, 9 клас – 40,0 %, 10 клас – 53,3 %, 11 клас – 50,0 %) – перебувають на свіжому повітрі; 1,6 % – виконують ранкову гімнастику; займаюся руховою активністю (8 клас – 19,3 %, 9 клас – 20,0 %, 10 клас – 13,3 %, 11 клас – 20,0 %); 13,3 % – дотримуються правил гігієни; жоден не використовує загартовування процедури та не виконує ранкову гімнастику; чоловіки до 40 років і старші за 50 років з середньою освітою стовідсотково переконані, що фізична культура позитивно впливає на здоров'я їх дітей; з середньою-спеціальною освітою – 80,0 %, з вищою освітою – 92,3 %; 71,7 % опитаних жінок вказали на позитивний вплив рухових дій (у віці до 40 років – 100,0 %, від 41 до 50 років – 71,4 %, старші 50 років – 61,5 %), 13,0 % – переконані, що заняття фізичними вправами не впливає на здоров'я дітей; освіта опитаних жінок не відображається на їх переконанні [5];

– регулярно виконують фізичні вправи 10,2 %, ні – 46,3 %, іноді – 43,5 %; відвідують ці заняття у ВНЗ 79,5 %, ні – 9,2 %, іноді – 11,3 %; займаються спортом і фізичними вправами у якості відпочинку – 6,0 %, так, щотижня – 17,2 %, іноді – 48,3 %, ні – 28,5 %; займаються фізичними вправами роботою чи спортом заради задоволення – 13,0 %, щоб поправити здоров'я – 22,6 %, покращити фізичний стан – 42,4 %, інші причини – 22,0 %; займаються певним видом спорту – 24,1 %, ні – 53,7 %, у минулому – 22,2 % [87];

– 23,7 % підлітків щодня займається фізично активною діяльністю не менше години на день, що характерно для хлопців, порівняно з дівчатами, відповідно, 27,8 % та 19,4 %; чим молодший підліток, тим вищий його рівень

фізичної активності – від 30,0 % серед 10–11-річних, котрі щоденно займаються фізичною активністю понад годину, до 17,0 % серед 16–17-річних; повна відсутність фізично активної діяльності властива 6,0 % опитаних підлітків 16–17 років, низька активність (один день на тиждень від години на день) – ще 5,8 %; існують значні статеві особливості щодо фізичної активності, дівчата частіше повідомляють про низький рівень фізичної активності, ніж юнаки [79];

– серед підлітків 16–17 років 71,0 % регулярно займається спортом (не рідше 3-х разів на тиждень), зокрема серед юнаків – 64,7,0 % проти 55,0 % із числа дівчат; лише спортом із всіх активних видів дозвілля займається 11,0 %, активно відпочивають – 7,0 %, поєднують зазначені дозвіллеві заняття – 62,0 %; фізичну активність уможлиблюють лише за рахунок піших прогулянок і туризму 11,0 % юнаків і дівчат цієї вікової категорії; 80,0 % фізично зміцнюють своє здоров'я; 70,0–80,0 % підлітків обирають дозвіллеві практики, що спрямовані на підтримку фізичного здоров'я, тоді як 20,0–30,0 % – ігнорують активні форми дозвілля; 39,0 % – упродовж останнього місяця займалися щодня спортом, даний показник значно вищий у хлопців (46,5 % проти 33,0 % у дівчат); 13,0 % підлітків не займалися спортом у цілому, серед дівчат до такої категорії прилічили себе 15,0 %, роблять зранку зарядку лише 17,0 %; 53,0 % – щодня здійснюють прогулянки на свіжому повітрі, 38,0 % – декілька разів на тиждень, 7,0 % – дуже рідко, 2,0 % – ніколи; 10,0 % – повертаються додому з прогулянки об 23 годині, 6,0 % – опівночі та пізніше; практики, які існують у родинях, дійсно наслідуються [88].

7) загальне ставлення до ЗСЖ:

– головним аспектом у ЗСЖ є таке: не палити – 12,4 %, займатися спортом – 26,0 %, повноцінно та правильно харчуватися – 24,0 %, не вживати наркотиків – 11,0 %, дотримуватись заходів гігієни – 12,0 %, вести осмислене життя – 3,7 %, жити повноцінним духовним життям – 6,3 %, інше – 4,6 %; необхідним дотримуватись принципів «ЗСЖ»? : так – 60,2 %, ні – 2,8 %, частково – 37,0 %; вважається, що найбільшу шкоду здоров'ю завдає несприятливий клімат – 24,1 %, шкідливі звички – 18,5 %, неправильне

харчування – 13,0 %, радіаційна обстановка у районі – 25,0 %, погані житлові умови – 5,5 %, інше – 13,9 % [87];

– загалом, з віком кількість прихильників ЗСЖ спадає;

– 25,8 % хлопців взагалі не переймаюся питанням «Які заходи Ви застосовуєте, щоб вести ЗСЖ?»; більшість чоловіків до 40 років дотримуються ЗСЖ, тоді як у віці 41–50 років – лише 35,7 %; жінок, які дотримуються компонентів ЗСЖ, переважно менше, ніж (табл. 2.1) чоловіків; з роками прослідковується динаміка росту позитивного ставлення до ЗСЖ; рівень освіти батьків не впливає на дотримання ЗСЖ ними та дітьми; 80,0 % батьків відповіли, що їхні діти дотримуються ЗСЖ, 20,0 % вказали, що – ні [9];

Таблиця 2.1 – Дотримання ЗСЖ, % [9]

Відповідь	Батьки	Чоловіки
Так	31,8	45,0
Швидше так, ніж ні	24,2	20,0
Швидше ні, ніж так	25,7	15,0
Ні	1,5	5,0
Не змогли відповісти	16,7	15,0

– лише біля 25,0 % сімей можуть умовно розглядатися як зразок для наслідування здорового способу життя підлітками, при цьому 35,0 % – категорично «ні», що загалом лише частково сприяє створенню позитивних зразків для наслідування і, відповідно, не сприяє у повній мірі формуванню ЗСЖ підлітків; 53,0 % сімей мають невисоку результативність зусиль виховного характеру; 33,0 % підлітків відзначають вплив сім'ї на формування поведінкових стратегій, життєвих орієнтацій [88].

Таким чином можна дійти наступних проміжних висновків:

– 15,5 % дівчат до трійки пріоритетних факторів щодо ведення ЗСЖ віднесли фактор відсутності шкідливих звичок; водночас, 21,5 % хлопців взагалі не переймаються даним питанням; вони керуються власним уявленням

про ЗСЖ, що є негативним показником сформованої внутрішньої позиції, яка і визначає їхню діяльність щодо зміцнення власного здоров'я;

– 61,8 % молоді (зокрема, спортсменів) ведуть ЗСЖ, 30,9 % – невпевнені у цьому, а 6,0 % – взагалі не змогли надати відповідь [38];

– більшість респондентів, які відчували зміни у життєвих пріоритетах схильні ігнорувати негативні наслідки надмірного стресу у питанні дотримання ЗСЖ; зміна життєвих пріоритетів знижує фокусування на негативних наслідках надмірного стресу та сталого розуміння ЗСЖ в умовах війни [41];

– для певної частини населення притаманний малорухливий спосіб життя;

– попри часткову стабільність ранкового підйому, загальна картина свідчить про відсутність чіткого режиму сну у більшості опитаних;

– ЗСЖ часто зводиться до епізодичних звичок, а не формується як інтегрована система поведінки, підтримувана знаннями, мотивацією та ресурсами [5].

Зрештою слід зазначити, що попри загалом достатню поінформованість населення про переваги ЗСЖ, більшості бракує передусім умотивованості задля дотримання його принципів у свою буденному житті.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо пропаганди здорового способу життя

Передусім слід зазначити, що у світі накопичено чималий позитивний досвід, що спрямований як на підвищення результативності державної політики щодо пропаганди ЗСЖ загалом, так і окремих його складових (аспектів). Проте, зважаючи на існуючі відмінності політичного, правового, економічного, соціального, екологічного та іншого характеру, не кожна з таких практик (навіть, ймовірно, найкращих) такою ж мірою буде доречна для України (як загалом, так і для окремої території та/чи верстви населення). Саме тому слід зосередитися на виокремленні кращих практик і подальшій їх адаптації до реалій України.

Так, зокрема, можливості населення вести ЗСЖ тісно пов'язані з умовами, в яких вони народжуються та живуть. У державах, де їх більшість відчуває себе знедоленими й безправними, спостерігаються непропорційно погані підсумкові показники як щодо здоров'я, так і щодо інших соціальних детермінант (зокрема, рівня та якості життя). Істотне значення має систематична оцінка впливу на здоров'я умов середовища, яке швидко змінюється [9].

Дотримання населенням ЗСЖ в 5 разів ефективніше для збереження здоров'я, ніж лікувально-діагностичні процедури. Співвідношення витрат і доходів від реалізації програм ЗСЖ становить від 1 до 8 [59; 112]. Відсутність належної **рухової активності** приводить до економічних витрат в розмірі € 150–300 на одну людину в рік [9]. ВООЗ рекомендує займатися аеробною руховою активністю помірної інтенсивності в загальній складності не менше 150 хв. на тиждень. У діючих нині рекомендаціях підкреслюється користь для здоров'я

від занять помірної інтенсивності й той факт, що означені рівні можна накопичувати декількома відносно короткими заняттями. Дітям і підліткам необхідно займатися руховою активністю від помірної до високої інтенсивності не менше 60 хв. в день. Люди, які ведуть недостатній рухливий спосіб життя, повинні прагнути виконувати ці рекомендації. Високий рівень рухової активності здатний принести додаткову користь для здоров'я. Проте невеликий рівень рухової активності все ж краще, ніж повна її відсутність. Люди, які за станом свого здоров'я не можуть виконати рекомендації, повинні прагнути до бути настільки активними (займаючись руховою активністю низького ступеня інтенсивності), наскільки це їм дозволено за станом власного здоров'я. Тому людям слід скорочувати тривалі періоди малорухливої поведінки, такого як сидіння перед телевізором, які можуть являти собою самостійний фактор ризику для здоров'я, незалежно від рівнів активності загалом. Рухова активність сприяє поліпшенню фізичної форми [61; 99; 112].

Попри загальновідому користь рухової активності, спостерігається глобальна тенденція до зниження її повсякденних рівнів. У всьому світі рекомендованих рівнів рухова активність не досягає одна третина дорослих. В ЄС недостатньо активний спосіб життя веде більша частина всього населення [112]. В ЄС 6 з 10 чоловік у віці 15 років і старше ніколи не займаються фізкультурою або спортом, або роблять це рідко, а понад половини людей ніколи не займаються, або рідко займаються іншими видами рухова активність, як наприклад, їздою на велосипеді, танцями, або роботою в саду [96]. Разом з тим, слід визнати наявність проблеми достовірності та порівнянності даних про рівні рухової активності в ЄС. Водночас, чимала частина людей проводять більш як чотири години на день в сидячому положенні, що може сприяти формуванню у них малорухливого способу життя. Як наслідок, недостатність рухової активності стала одним з провідних факторів ризику для здоров'я. В ЄС ВООЗ на її рахунок відносять один мільйон випадків смерті. За наявними оцінками, нестачею рухової активності зумовлено 5 % тягаря, обумовленого коронарною хворобою серця, 7 % тягаря, обумовленого діабетом 2 типу, 9 %

тягаря раку молочної залози і 10 % тягаря раку товстої кишки [109; 112]. Показники надлишкової маси тіла та ожиріння за останні кілька десятиліть виросли (і продовжують рости) у багатьох країнах ЄС. Не можуть не викликати тривоги такі факти: в 46 країнах ЄС (87 % країн) поширеність надлишкової маси тіла і ожиріння серед дорослих перевищує 50 %, а в декількох з них вона досягає майже 70 % від всього населення. Надлишкова маса тіла і ожиріння дуже широко поширені серед дітей і підлітків, особливо – в країнах Південної Європи. Доведено, що недостатня рухова активність сприяє порушенню балансу енергії, який призводить до набору ваги. Загалом, недостатність рухової активності не тільки має серйозні наслідки з точки зору прямих витрат на надання медико-санітарної допомоги, а й тягне за собою великі непрямі витрати, пов'язані зі збільшенням тривалості відпусток по хвороби, втратою працездатності й передчасною смертністю. Для населення чисельністю в 10 млн чоловік, половина з яких ведуть недостатньо активний спосіб життя, загальні витрати за розрахунками складають € 910 млн в рік [100].

Для підвищення рівня мотивації школярів в Австрії впроваджуються такі форми спортивної роботи, як: курси з лижного спорту, тижні спорту, тижні плавання, дні туризму. Щоб підготувати школярів до занять спортом під час дозвілля, у школах створюють групи за інтересами, в яких діти засвоюють фізичні вправи, орієнтовані на види спорту, які користуються в країні шаленою популярністю: футбол, плавання, легка атлетика, лижний спорт, волейбол, теніс і таке ін. В школах зі спортивним нахилом, учні разом з отриманням загальної освіти займаються спортом, прагнучи досягнути високих результатів. Учнівські змагання доповнюють навчальний план з фізичного виховання, дозволяючи школярам застосовувати свої набуті спортивні навички [29].

Школярам, які бажають більше займатися спортом, така можливість надається в школах Великобританії, а також – у спортивних клубах. Майже в усіх школах після закінчення занять відбуваються тренування учнівських команд за різними видами спорту, найчастіше – під керівництвом вчителя фізичного виховання [84; 85].

На обов'язкові заняття фізичними вправами у Бельгії надається 3 год. для школярів у віці 6–14 років і 2 год. – для 15–18-літніх, а також 2 год. на тиждень – на позаурочні обов'язкові заняття. Розвиток учнівського спорту керується Міністерством освіти і знаходиться в безпосередньому віданні національних громад. Федерація учнівського спорту Бельгії влаштовує міжшкільні змагання різного рівня. Найбільш значними серед них є щорічні Ігри шкіл [104].

Підтримувати достатні рівні рухової активності стає все важче, оскільки в останні роки відбулися істотні зміни в більшості умов зовнішнього середовища, в яких проходить наше повсякденне життя. Причини недостатньої рухової активності в основному породжені системними і середовищними факторами, які поступово надають повсякденним умов життя й роботи все більше сидячий характер. Збільшилися відстані між місцями проживання, місцями для проведення дозвілля й магазинами, і у результаті люди стали більше користуватися автомобілями і менше ходити пішки й їздити на велосипеді. Одночасно з цим актуальною залишається проблема безпеки дорожнього руху, і активні види транспорту є просто небезпечними (або вважаються такими). Діти й підлітки більше часу, ніж будь-коли раніше, проводять в школах й інших дитячих установах, а навчальне навантаження зростає, досить часто – за рахунок зменшення часу на активні ігри та уроки фізкультури. Існують інші фактори, які могли б негативно позначитися на рівнях рухової активності, це: якість навколишнього середовища в мікрорайонах, перевага сидячих видів розваг, у т.ч. пов'язаних з телевізором і комп'ютером, розповсюдження технічних засобів, наприклад, ліфтів [95; 99; 102].

Аналіз досвіду формування ЗСЖ в зарубіжних школах засобами фізичного виховання й спорту свідчить, що:

– у багатьох країнах надається велике значення фізичному та спортивному вихованню в школах протягом усього періоду навчання. У більшості країн уроки фізкультури проводяться не менше трьох разів на тиждень. Найбільша кількість годин надається молодшим класам, як найбільш сприятливим для формування навичок ЗСЖ;

- у різних країнах позакласні та позашкільні форми фізкультурно-оздоровчої й спортивно-масової роботи доповнюють уроки фізичної культури;
- у шкільних програмах різних зарубіжних країн прослідковується постійне збільшення кількості спортивних дисциплін. Спостерігається тенденція до гнучкості шкільних програм з фізичної культури, яка дозволяє вчителю вносити зміни у зміст навчання залежно від віку й статі школярів, кліматичних умов і матеріального становища, національних традицій та цінностей. У програму обов'язкових і факультативних занять включені національні види спорту та фізичні вправи [9].

Отож, у світі (передусім у розвинених країнах) чимало людей (особливо заможних) дбають про власне здоров'я не лише через своєчасне звернення за якісними медичними послугами, а й регулярно зайняття спортом (біг, фітнес, велосипед...) та іншими видами рухової активності.

Іншим аспектом, на якому артикулює цивілізоване суспільство, це скорочення популяризації тютюнопаління (чого лише варта відмова від багатомільярдних контрактів за рекламу тютюнових виробів організаторів змагань «Формула 1»). Своєрідною «альтернативою» тютюнопаління стало вейпінг, що теж має свій «побічний» (негативний) вплив на здоров'я людей.

Однією з найбільш радикально налаштованих держав проти вейпінгу є США. Цигарки з яскраво вираженими смаками (наприклад, полуниці й шоколаду), є найбільш привабливими, тому Конгресом США було прийнято рішення заборонити продаж сигарет із зазначеними смаками [45]. Мінімальний вік для використання е-сигарет в США та Канаді становить від 18 до 21 років (залежно від штату або провінції) [111].

У більшості європейських країнах діють ті ж самі обмеження, що й для тютюнових виробів: забороняється реклама і заборонений продаж е-сигарет дітям до 18 років та їх використання у закритих громадських приміщеннях [24]. У Великобританії електронні сигарети, на думку лікарів, мають використовуватися в медичних цілях як спосіб кинути палити звичайні сигарети і продаватися тільки за рецептом лікаря.

У Китаї, який є лідером виробничого вейп-ринку, заборонені продаж і зберігання нікотинової рідини [45].

Отож, попри діючі обмеження щодо вживання е-сигарет підлітками і молодими людьми, у багатьох країнах світу вже існують відомості про потенційний розвиток залежності, збільшення частоти нападів астми та рефлекторного кашлю, гострої ендотеліальної дисфункції, тахікардії, зростання артеріального тиску та канцерогенез [94]. Від застосування вейп-продуктів мають місце різні види травм (вибухові травми, отруєння, шкірні реакції), тоді як найбільш поширеним є розвиток респіраторних симптомів [105; 110].

Однак враховуючи поширеність використання е-сигарет у світі, наслідків їх вживання серед дитячого населення, провідні дитячі спеціалісти в складі робочої група запропонували чіткі рекомендації для запобігання поширення і розвитку ускладнень вейпінгу: 1) Продаж е-сигарет і вейпінг-продуктів особам віком молодше 18 років повинен бути заборонений, а продаж повнолітнім здійснюватися лише за наявності документа, який засвідчує вік. 2) Прирівняти е-сигарети, їх використання та рекламу до традиційних сигарет і внести відповідні доповнення у чинне законодавство України. 3) Рекомендація щодо припинення використання е-сигарет і вейпінг-продуктів не є закликом до повернення до куріння традиційних тютюнових виробів. 4) Вживання е-сигарет повнолітніми не повинне відбуватись у присутності дітей. 5) Вживання е-сигарет і вейпінг-продуктів повнолітніми потребує ретельного медичного контролю за станом здоров'я, особливо дихальної системи. 6) При виникненні симптомів респіраторного захворювання у людини з історією вживання е-сигарет і вейпінг-продуктів необхідно негайно звернутися до лікаря. 7) Кожний лікар, який працює з підлітками, а також вагітними жінками, повинен під час медичного консультування обговорювати ризики для здоров'я, що пов'язані з вживанням е-сигарет [110].

З ХХ с. істотною мірою масштабувалося вживання наркотичних речовин (з переходом від «легких» до «важких» (зокрема, синтетичних) наркотиків), що обумовлено спробою «витіснення» тютюну та алкоголю.

Саме тому міжнародне співтовариство поєднує зусилля з попередження поширення зловживання наркотичними і психотропними речовинами, виробляючи уніфіковані форми контролю за ними. Розробка і впровадження комплексу заходів боротьби з проблемою незаконного обігу наркотиків державами далекого та близького зарубіжжя надає змогу поділити більшість країн на три основні групи протидії наркобізнесу: 1) «група жорсткої політики»; 2) «група жорсткого контролю»; 3) ліберальна [66].

Міфом є також твердження про те, що легалізація наркотиків знижує рівень злочинності, пов'язаної з їх споживанням. Адже будь-яке короткочасне скорочення кількості арештів після скасування законів про споживання наркотиків швидко сходить нанівець, у міру того як збільшується їх споживання [15].

Ратифікація Конвенції ООН з питань контролю за наркотиками та протидії їх незаконного обігу, законодавчих актів, що регламентують порядок виробництва, збуту наркотичних засобів і прекурсорів автоматично не гарантують позитивних наслідків у боротьбі за зменшення наркозалежності. Причина, насамперед всього, полягає у розпорошеності зусиль, хоча концентрація саме на наркобізнесі, незаконному виробництві, транспортуванні та збуті наркотичних речовин призвели б до більш відчутних результатів. Так, зокрема, однією з причин зростання пропозиції наркотиків у незаконному обігу є перенасиченість законного ринку цих засобів. Попит формує пропозицію, і фармацевтичні заводи в лічені роки довели обсяг виробництва трамадолу до рівня, що в десятки разів перевищував потреби медицини. Це об'єктивно призвело до збільшення масштабів розповсюдження цього препарату. Фактично було налагоджено широкомасштабне виробництво наркотиків зі збутом через аптеки. Введення замінної терапії (лікування наркозалежних більш слабкими наркотиками – метадоном і трамадолом) певним чином поглибило кризу. Адже, з одного боку, ці препарати – досить сильні наркотики, що формують більшу залежність, а з іншого – легкодоступні, й донедавна їх можна було придбати в будь-якій аптеці без рецепта [43].

Профілактика зловживань наркотиків в США орієнтована на вирішення проблем суспільства, зі своїми традиціями та ціннісно-нормативними пріоритетами. Вона проводиться на достатньо високому рівні, і можна говорити про три таких моделі:

- 1) паралельне зниження як пропозиції, так і попиту на наркотики;
- 2) ґрунтується на тому, що це є проблемою самої людини і виникає внаслідок низького рівня: інформованості, освіти, потенційних можливостей і програм профілактики;
- 3) базується на стратегії профілактики громадського здоров'я за трьома напрямками: власне людини, джерела загроз і зовнішніх умов [42].

В країнах проголошується нетерпимість до наркотиків, тоді як інші (Голландія, Великобританія, Бельгія, Данія, Чехія, Швейцарія та інші) – здійснюють політику, спрямовану на зменшення шкідливих наслідків вживання наркотиків. Тому державна політика наголошує на необхідності змінити ставлення до вживання наркотиків, як до злочину, на ставлення, як до проблеми охорони здоров'я, і перейти від покарання до лікування залежних споживачів наркотиків. Ряд країн (Аргентина, Мексика, Португалія, Чехія) перейшли до стратегії декриміналізації та депеналізації вживання наркотиків для протидії злочинності, пов'язаної з обігом наркотиків. Зокрема, даний підхід повинен допомогти уникнути перенаселення в тюрмах і зменшити навантаження на судову систему [15]. У Португалії (2001 р.) було прийнято закон, яким було декриміналізовано всі наркотичні речовини (зокрема, героїн і кокаїн) [93]. Збільшилася кількість людей, що звертаються за лікуванням, значно знизилася показники захворювань, що передаються статевим шляхом, і смертельних випадків, пов'язаних з вживанням наркотиків [97].

В Китаї приховування злочинців, які займаються контрабандою, продажем, транспортуванням чи виготовленням наркотиків, вчинене особою, яка здійснює відповідні розшукові заходи, або іншими працівниками державних органів, - карається 10-ма роками позбавлення волі. За китайським законодавством контрабанда, збут, транспортування чи виготовлення

наркотиків, вчинені за обтяжуючих обставин, караються 15 роками позбавлення волі, довічним ув'язненням або смертною карою [19].

Різні терміни ув'язнення застосовуються у Гонконзі, залежно від вчиненого правопорушення, однак довічне ув'язнення отримують ті, хто буде викритим у торгівлі одного із 97 видів наркотиків, у посередництві, виготовленні наркотиків або володінні ними з метою торгівлі [43].

Наразі в ЄС складено доволі функціональний організаційно-правовий механізм з протидії контрабанді наркотичних речовин і фальсифікованих лікарських засобів, що враховує різні можливості їх потрапляння до ЄС. Останнім часом з огляду на інтенсифікацію незаконних перевезень наркотичних речовин створено спеціальні підрозділи, що спеціалізуються на протидії контрабанді в окремих – морських, повітряних – пунктах пропуску через кордони ЄС. Таку практику слід визнати, зважаючи на результати роботи відповідних підрозділів, доволі вдалою та такою, що може надати певний досвід іншим країнам. Протидія обігу фальсифікованих лікарських засобів представлена значною нормативно-правовою базою та організовується як на рівні товариства, так й на рівні окремих держав, що дозволяє досягти доволі низьких порівняно з більшістю держав світу показників наявності в легальній мережі аптек фальсифікованих лікарських засобів [3].

У суспільній свідомості населення багатьох країн панує думка, що в Нідерландах панує повна легалізація наркотиків, хоча всі наркотики залишаються забороненими. Наприклад, споживання, виготовлення, участь у торгівлі чи поставці в країну наркотиків, що згідно класифікації входять до переліку важких і заборонені законодавством передбачає покарання. Водночас, зберігання й вживання легких наркотиків, підчас не є приводом для покарання, оскільки є не злочином, а проступком. Разом з тим, це зовсім не означає, що оборот легких наркотиків пущений на самоплив, він перебуває під контролем держави (в т.ч. і діяльність «кофешопів») [43].

Болгарський законодавець значно посилює відповідальність за схиляння до вживання наркотичних засобів та/або їх аналогів, вчинене лікарем,

фармацевтом, викладачем, керівником навчального закладу або посадовою особою місць позбавлення волі; власником або наймачем готелю, ресторану, дискотеки або іншого громадського закладу; із використанням ЗМІ або іншим способом у громадському місті. Такі дії караються позбавленням волі на строк від 5 до 15 років зі штрафом [19].

Державна політика Швеції складається з комплексу організаційних, адміністративних, методологічних, правових, соціальних, фінансових, виховних, освітніх та інших заходів. Досвід країни є одним із яскравих прикладів успішної боротьби запобігання та протидії наркоманії шляхом здійснення послідовних кроків обмежувальної політики у поєднанні із суворим контролем: прийняття й реалізації наркотичного законодавства різних форм. у поєднанні із стратегіями місцевого, регіонального, національного та міжнародного рівнів, що були побудовані на представленні об'єктивної інформації про справжній стан; активна підтримка громадськістю та політичними партіями державної рестриктивної антинаркотичної політики; наявність координаційної взаємодії між правоохоронними органами, СОЗ, освіти, соціальними службами, пенітенціарною системою; керівництво, що включає підготовку керівників, лідерів, команди людей для роботи відповідно до розробленої стратегії [3].

Отож, потрібна консолідація зусиль і ресурсів усіх зацікавлених осіб задля поширення пропаганди ЗСЖ загалом, і окремих її аспектів (зокрема, щодо дотримання режиму сну, відпочинку, харчування...).

3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого поширення пропаганди здорового способу життя

Ефективність/результативність реалізації державної політики перебуває в прямій залежності від реалістичності поставлених цілей та координаційної взаємодії всіх причетних до цього процесу [1], а з цим, як виявляється, є чимало

проблем, що, своєю чергою, потребує додаткових заходів, спрямованих на вдосконалення існуючої ситуації у цій царині.

Це вимагає перегляду традиційних підходів до пропаганди ЗСЖ у ВНЗ. Зокрема, йдеться про необхідність цілеспрямованої освітньо-профілактичної роботи, спрямованої на підвищення обізнаності населення про взаємозв'язок харчування, сну й фізичної активності, а також про створення умов для впровадження здорових звичок у повсякденну рутину [5].

Невід'ємним складником здоров'язберезувальної компетентності має стати формування в зростаючій особистості відповідної культури харчування, адже саме від цього залежить робота таких основних функцій та систем організму, як:

- фізичний розвиток (організм, що зростає, потребує достатньої кількості білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінералів для правильного формування кісткової та м'язової тканини, розвитку внутрішніх органів і зміцнення імунної системи);

- когнітивні функції (попри те, що мозок є надзвичайно енергоємним органом, для його ефективної роботи необхідне постійне надходження поживних речовин, відповідно здорове харчування покращує концентрацію уваги, пам'ять, швидкість реакції та здатність до навчання, а недостатнє або незбалансоване може призвести до втоми, дратівливості й зниження успішності);

- емоційний стан, передусім на вироблення нейромедіаторів, що регулюють настрій і емоційний стан (збалансований раціон сприяє емоційній стабільності та знижує ризик розвитку депресивних станів);

- профілактика захворювань (правильне харчування зміцнює імунітет і знижує ризик розвитку низки захворювань, серед яких ожиріння, діабет, серцево-судинні захворювання, які можуть негативно впливати на якість життя та навчання) [26].

МОН запропоновано автоматизований моніторинг здоров'я дітей та рекомендації з первинної профілактики неінфекційних захворювань в умовах

освітнього закладу. Слушно зауважити, що результати такого моніторингу якості життя, вікових і статевих особливостей розвитку зберігаючої здоров'я та формуючої здоров'я поведінки школярів міста й сільської місцевості покладено в основу багатьох шкільних виховних програм і проєктів, зокрема з питань формування навичок ЗСЖ [22].

Рівні сформованості ЗСЖ:

1) «Критичний» рівень свідчить про низьку домінантність категорії «здоров'я» в системі життєвих цінностей, відсутність рівня знань про ЗСЖ, вмінь аналізувати стан власного здоров'я, відсутність позитивної мотивації та інтересу до ЗСЖ, недотримання засад ЗСЖ, низький рівень фізичного здоров'я та фізичної підготовленості, відсутність позитивних емоцій під час занять фізичними вправами і фізкультурно-оздоровчими й спортивно-масовими заходами, при виконанні норм і правил ЗСЖ, а також відсутність вольових зусиль при виконанні таких дій, які сприяють дотриманню ЗСЖ.

2) «Задовільний» рівень сформованості ЗСЖ вказує на недостатньо ціннісне ставлення до здоров'я, наявність певного обсягу знань та вмінь про ЗСЖ, аналіз стану власного здоров'я, наявність мотивації та інтересу до дотримання окремих засад ЗСЖ, задовільний рівень фізичного здоров'я та фізичної підготовленості, наявність позитивних емоцій під час занять руховими діями та участь у змаганнях.

3) «Достатній» рівень відповідає усвідомленню цінності здоров'я, міцні знання в галузі засад ЗСЖ і вміння планувати заходи здоров'яформування, стійку мотивацію та інтересу до дотримання засад ЗСЖ, достатній рівень фізичного здоров'я та фізичної підготовленості та відповідальне ставлення до здоров'я.

4) «Високий» рівень передбачав високу домінантність здоров'я у системі термінальних цінностей, високу мотивацію до ЗСЖ на рівні переконань, ґрунтовні знання в галузі засад ЗСЖ і навички планування заходів здоров'яформування, дотримання оптимального рухового режиму та належних поведінкових стереотипів [9].

ЗСЖ є основою для досягнення високих результатів у будь-якій сфері діяльності. Фізична активність сприяє покращанню кровообігу, зміцненню м'язів і загальному підвищенню енергетики, що впливає на продуктивність праці й здатність розв'язувати короткострокові та довгострокові завдання. Збалансоване харчування, своєю чергою, забезпечує необхідні поживні речовини для мозку та тіла, що позитивно впливає на когнітивні функції та концентрацію. Психологічний аспект також важливий, оскільки стан емоційного комфорту й позитивний настрій мають велике значення для творчого мислення та вирішення складних завдань [82].

Вагомими напрямками таких ініціатив є розвиток інфраструктури для спорту, організація спортивної та культурно-оздоровчої діяльності, а також створення безпечного середовища, що підтримує ЗСЖ. Місцева влада може активно працювати над створенням умов для реалізації програм зміцнення здоров'я, впровадженням безкоштовних медичних оглядів і спортивних турнірів, а також працювати над підвищенням обізнаності громадськості про важливість ЗСЖ. Законодавчі ініціативи, як на державному, так і на місцевому рівнях, можуть стимулювати громади до створення та підтримки умов для ЗСЖ, включаючи фінансування спортивних центрів і програм для молоді. Враховуючи всі ці фактори, державні та місцеві ініціативи мають потенціал для значного поліпшення здоров'я в суспільстві та зниження ризиків розвитку хронічних захворювань серед молоді та дорослих [1].

Сучасні підходи щодо підвищення рухової активності, до яких віднесено: модернізація навчально-виховного процесу; застосування головних форм роботи з фізичного виховання на базі інтегрованого навчання; застосуванням інтерактивних методів навчання і виховання для підвищення мотивації до занять фізичними вправами; реалізація особистих потреб дитини в процесі фізкультурної діяльності на основі компетентнісного підходу; підвищення інтересу дітей до різних видів рухової активності; впровадження сучасних підходів до формування теоретичних знань дітей, вчителів і батьків; створення умов для формування фізичних якостей в процесі систематичних занять;

використання сучасних інформаційно-технічних засобів. Важливою умовою активізації рухової діяльності школярів є створення умов для формування фізичних якостей у процесі самостійних занять. Головні організаційно-педагогічними умовами для реалізації самостійних занять фізичними вправами є: створення системи залучення школярів до самостійних занять, формування позитивного ставлення до них, оволодіння знаннями з фізичної культури та питань з ведення ЗСЖ, навчання засобів самоконтролю та вміння самостійно займатися фізичними вправами. Концепція формування цінностей ЗСЖ в процесі фізичного виховання у дітей шкільного віку, яка відрізняється **структурними складовими**: метою, завданнями, принципами, алгоритм впровадження, теоретичними передумовами (особистісні, біологічні, соціально-педагогічні, суспільно-історичні, зарубіжний досвід), мотивації до ЗСЖ і ціннісних орієнтацій, науковими підходами (аксіологічний, діяльнісний, когнітивний, особистісно-орієнтований, мотиваційний, системний), напрямками впливу на формування рефлексії досягнень, організаційно-педагогічних умов реалізації концепції й критеріями ефективності, фізичного здоров'я [9].

Для того, щоб фізична активність стала корисною звичкою, важливо знайти вид занять, які приносять задоволення. Наприклад: ходьба (замість транспорту можна пройтися пішки, наприклад, до школи або магазину); велоспорт (поїздки на велосипеді – це не тільки корисно, але й приємно); танці (це весела форма руху, яка допомагає підтримувати форму); фітнес і йога (такі види активності добре підходять для людей різного віку і рівня підготовки); ігри з дітьми або друзями (футбол, баскетбол, теніс – це можливість бути активним і весело провести час).

Як практичні поради для ведення ЗСЖ можна виокремити наступні: брати участь у шкільних спортивних гуртках і обирати активні ігри на свіжому повітрі замість сидіння за комп'ютером. Щоб фізична активність була ефективною, вона має бути регулярною. Але одноразові тренування не принесуть тих переваг, які дає систематичний рух. Тому важливо скласти графік і дотримуватися його. Не менш важливою складовою здорового способу

життя є збалансоване харчування; воно забезпечує організм необхідними поживними речовинами для життєдіяльності людини загалом. Тож фізична активність особливо важлива для дітей та молоді, оскільки саме в дитячому і підлітковому віці формується фундамент здоров'я на все життя [82].

Здорове збалансоване харчування, за визначенням ВООЗ, – це раціон, який щоденно забезпечує потреби зростаючого організму в усіх поживних речовинах і сприяє його правильній роботі. Воно вважається основою в забезпеченні нормального фізичного розвитку, підтримці імунітету, збереженні працездатності й профілактиці хронічних захворювань, адже включає збалансований раціон, режим харчування, усвідомлене ставлення до продуктів, а також виховання харчової культури в дітей та підлітків. Здорове харчування в освітньому контексті варто розглядати як систему, що включає психологічний аспект (формування харчової поведінки, що впливає на емоційний стан і когнітивні функції); медико-біологічний аспект (забезпечення організму поживними речовинами); педагогічний аспект (виховання цінностей, навичок і мотивації до свідомого вибору продуктів); соціальний аспект (створення в колективі культури здорового харчування). Основним завданням за цих умов вважаємо вміння: володіти знаннями про основи здорового харчування; бути прикладом для учнів у харчових звичках; інтегрувати питання здорового харчування в освітній процес; співпрацювати з батьками та іншими фахівцями закладу освіти (медсестра, психолог, працівники їдальні тощо); створювати позитивну атмосферу, що сприяє формуванню здорових харчових звичок [7].

Саме тому їжа та догляд за тілом повинні бути спрямовані на збереження здоров'я і сил, а не насолоду. І якщо ми, крім того, захочемо розглянути, у чому полягає перевага та гідність людської природи, то ми зрозуміємо, як ганебно впасти в розпусту та жити розкішно й зманіжено і як прекрасно в моральному розумінні «жити ощадно, стримано, суворо й тверезо» [107].

Прихильність і підтримка керівництва є надзвичайно важливою для змін у шкільному середовищі, розвитку культури харчування та забезпечення доступу до здорової їжі, тобто саме керівник закладу освіти має:

- заохочувати людей, які підтримують здорове харчування, до співпраці, запрошуючи на зустрічі зі здобувачами освіти;
- передбачити ресурси для підтримки змін і нововведень для здорового харчування;
- забезпечити фізичне середовище (приміщення, обладнання тощо), яке дає змогу постачати / готувати та споживати здорову їжу;
- сприяти розробленню політики закладу освіти та відповідних правил, які сприяють здоровому харчуванню, регулярно інформувати всіх учасників освітнього процесу про зміни та доповнення у цих документах;
- позиціонувати здорове харчування як норму, формувати позитивне ставлення до здорового харчування;
- забезпечити можливості для навчання персоналу закладу освіти;
- аналізувати зворотний зв'язок щодо якості харчування в закладі освіти та вживати оперативні заходи для усунення виявлених недоліків [33].

Зрештою слід погодитися, що для успішного й вдалого формування ЗСЖ необхідно вирішити наступні [завдання](#):

- створення нових умов процесу фізичного виховання відповідно до індивідуальних особливостей школярів, який буде сприяти формуванню системи ціннісних орієнтацій ЗСЖ, свідомому ставленню до свого здоров'я, оволодінню основами ЗСЖ і навичками безпечної для життя й здоров'я поведінки;
- формування у школярів ціннісного ставлення до здоров'я та ЗСЖ в процесі фізичного виховання;
- розробка орієнтовної програми «Фізкультурно-спортивна діяльність у формуванні цінностей ЗСЖ» та системи заходів, спрямованих на її реалізацію;
- сприяння опануванню школярами базових знань з фізичної культури з практичним умінням їх реалізації у веденні ЗСЖ;
- сприяння створенню позитивного середовища для розвитку інтересів і позитивного ставлення учнів як до свого здоров'я, так і до використання отриманих знань у повсякденному житті;

- забезпечення відповідного рівня матеріально-технічного оснащення навчально-виховного процесу;
- аналіз інтересів і потреб школярів для індивідуального підходу щодо формування цінностей ЗСЖ;
- створення позитивної настанови на самовдосконалення та самоосвіту щодо формування цінностей ЗСЖ;
- сприяння у забезпеченні високого рівня активності учнів ЗЗСО у оздоровчо-виховній діяльності, спрямованої на охорону життя, зміцнення здоров'я, всебічний фізичний розвиток, загартування та удосконалення функцій організму дітей, підвищення фізичної та розумової працездатності;
- дистанційне виконання індивідуальних освітніх завдань і презентації здобутих результатів у режимі online;
- сприяння усвідомленню актуальних проблем при дотриманні ЗСЖ серед дітей, що займаються руховою активністю;
- формування в дітях навичок ведення ЗСЖ;
- навчання основам ЗСЖ дітей і підлітків, що займаються руховою активністю;
- навчання дітей і підлітків методикам збереження і покращання здоров'я;
- створення безпечних санітарно-гігієнічних умов;
- організація праці й відпочинку;
- збереження фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я;
- формування свідомого ставлення до свого життя та здоров'я;
- пропагування ЗСЖ;
- застосування профілактичних програм і проєктів;
- налаштування співпраці з громадськими організаціями та державними установами [9];
- створення спільного інформаційного середовища, змістовна наповнюваність його відповідно до запитів та потреб суб'єктів взаємодії;
- розвиток зберезувальної здоров'я, комунікативної, інформаційної компетентності підлітків і студентів медичних начальних установ;

- формування цілісного сприйняття підлітками людського організму в результаті інтеграції наукових знань із різних галузей;
- оволодіння підлітками методами самооцінки, самоконтролю та самокорекції способу життя;
- підвищення рівня професійної майстерності педагогів у питаннях формування ЗСЖ учнів та усвідомлення цінності власного здоров'я;
- підвищення рівня комунікативної та інформаційної культури педагогів;
- підвищення рівня батьківської компетентності з питань збереження здоров'я та формування здоров'я тощо [88].

Медики залучалися до реалізації програми, в межах якої здійснювалося вирішення наступних завдань:

1) закріплення і відтворення соціальних відносин:

- регулярне проведення акцій за участю студентів медиків «За здоров'я наших дітей», «Молодь проти СНІДу»; «За безпечний Інтернет», «За щасливе материнство»; «Ні-наркотикам!», «Ми-проти тютюнового диму»;
- «круглі столи» з фахівцями інституту неврології, психіатрії та наркології; обласного медичного центру допомоги ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, з фахівцями кафедри фармакології Національного фармуніверситету, кафедри сексології та медичної психології ХМАПО, психологами ХНУ;
- психологічні тренінги за участю студентів факультету психології ХНУ;

2) регулювання взаємовідносин між членами суспільства шляхом вироблення шаблонів поведінки (регулятивна функція):

- реалізація програм «Діалог», «Рівний-рівному», кабінету «довіри»;
- система тренінгів за участю студентів медичного факультету ХНУ;
- проведення Дня здоров'я спільно з волонтерами-медиками;
- регулярне проведення акцій «За здоров'я наших дітей»;

3) забезпечення процесів згуртування, взаємозалежності взаємної відповідальності членів соціальних груп, що відбуваються під впливом норм, правил, санкцій і систем ролей (інтегративна функція):

- організація роботи академії «Лідер»;

- залучення учнів до створення соціальної реклами, фільмів, комп'ютерних презентацій;

- організація науково-дослідницької діяльності учнів з питань збереження здоров'я.

Розроблення програми формування цінностей здоров'я та ЗСЖ у молоді – це важливий етап, який повинен враховувати наукову обґрунтованість, вікові особливості, послідовність, інформаційну безпеку, інклюзивність та практичну доцільність. Пропонуємо загальну структуру для розроблення програми:

- формулювання мети та завдань програми;

- врахування фізіологічних, психологічних і соціальних особливостей різних вікових груп;

- дослідження впливу зовнішніх і внутрішніх факторів на усвідомлення і формування цінностей здоров'я та ЗСЖ, що включає аналіз різних особливостей ціннісних орієнтації щодо здоров'я та ЗСЖ, конфігурації мотиваційних пріоритетів у сфері фізичної культури і спорту;

- залучення міждисциплінарної експертної групи, що забезпечить більш глибокий та всебічний підхід до проблем гендерного підходу до здоров'я та фізичної активності учнівської молоді;

- включення в програму елементів інклюзивності для врахування потреби й індивідуальних особливостей юнаків і дівчат з різними фізичними та психічними можливостями, а також врахування їхньої гендерної ідентичності;

- використання інтерактивних методів навчання, таких як групові дискусії, рольові ігри, відкриті лекції та практичні заняття;

- моніторинг та оцінка ефективності для регулярного оцінювання впливу програми на динаміку мотиваційних пріоритетів, усвідомлення цінностей;

- розроблення системи масових заходів і заохочень для підтримки активності учнів і визнання їхніх досягнень у сфері фізичного здоров'я й спорту;

- формування освітніх матеріалів, які враховують гендерні аспекти цінностей здоров'я;

– проведення гендерно-орієнтованих тренінгів і семінарів для педагогів і батьків з питань ЗСЖ з урахуванням різниць у гендерних стереотипах по залученню представників різних гендерних груп і груп різного віку для врахування різноманітності думок і потреб учнівської молоді [44].

Необхідність у здійсненні партнерської взаємодії в декількох напрямках:

– спільної реалізації міждисциплінарного компонента освітніх програм у ході чого здійснюється неперервна інтеграція наукових знань про людський організм як біологічну систему, про фактори позитивного та негативного впливу на неї;

– реалізація профілактичних програм, що формують поведінкові стратегії відносно індивідуального здоров'я;

– реалізація спільного проєкту «Відповідального батьківства» [88].

Отже, реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками державної політики (зокрема, за рахунок подальшого поширення пропаганди) спроможне сприяти ЗСЖ.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення поширення ЗСЖ – не лише фізичного стану організму, а й гармонії між тілом, розумом і душею – дозволяє констатувати необхідність масштабування, зокрема за рахунок пропаганди – форми комунікації, спрямованої на поширення в суспільстві світогляду, теорії, тверджень, фактів, аргументів, чуток та інших відомостей для впливу на користь певної спільноти чи громадської позиції. Оскільки пропаганда є засобом публічного впливу, тому вона реалізується як складова відповідної державної політики – діяльність органів державної влади з вироблення, реалізації та вдосконалення регуляторного впливу на взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів, а також на розвиток СОЗ і суміжних галузей/сфер національної економіки.

2. Дослідження діючих елементів державної політики щодо пропаганди ЗСЖ дозволило виявити, що вони є комплексним феноменом, який поєднує рядом елементів (завдання, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи та засоби впливу), які пов'язані між собою й доповнюють один одного. Залежно від конкретної ситуації уповноважені органи державного управління практично одночасно (проте з різною пріоритетністю та впливовістю) використовують адміністративні, економічні, організаційні, правові та психологічні засоби впливу. Основними суб'єктами виступають уповноважені органи державного управління різного рівня, а об'єктами – ЗМІ, навчальні заклади та родини.

3. Завдяки оцінюванню результатів державної політики щодо пропаганди ЗСЖ виявлено таке: нині палить біля черні населення країни; приблизно 80,0 % дорослих курців починають палити у віці до 18 років; відбувається перехід з куріння тютюну на електронні цигарки; у структурі споживаного алкоголю домінують міцні напої та пиво; зростають масштаби жіночого алкоголізму; наркоманія збільшується на 8 % на рік; 70 % наркоманів становить молодь до 25 років; інтенсифікація життя, постійні стреси (тим паче в умовах воєнного стану) призводить до порушення режиму сну та відсутності чіткого режиму

харчування, а з тим – до нервових зривів, ожиріння тощо; недостатня рухова активність теж негативно позначається на тонусі організму; значна частина населення навіть не переймається питанням ЗСЖ, не кажучи вже про дотримання його принципів, тому ЗСЖ часто зводиться до епізодичних звичок, а не формується як інтегрована система поведінки, підтримувана знаннями, мотивацією та ресурсами; з віком кількість прихильників ЗСЖ спадає; рівень освіти батьків майже не впливає на дотримання ЗСЖ ними та дітьми.

4. Запропоновано для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого поширення пропаганди ЗСЖ: у світі накопичено чималий позитивний досвід, що спрямований як на підвищення результативності державної політики щодо пропаганди ЗСЖ загалом, так і окремих його складових (аспектів), а тому слід зосередитися на виокремленні кращих практик і подальшій їх адаптації до реалій України: у світі (передусім у розвинених країнах) чимало людей (особливо заможних) дбають про власне здоров'я не лише через своєчасне звернення за якісними медичними послугами, а й регулярно зайняття спортом (біг, фітнес, велосипед...) та іншими видами рухової активності; активізація боротьби проти тютюнопаління, споживання вейпінгу, алкоголю та наркотичних речовин. Потрібна консолідація зусиль і ресурсів усіх зацікавлених осіб задля поширення пропаганди ЗСЖ загалом, і окремих її аспектів (зокрема, щодо дотримання режиму сну, відпочинку, харчування...), що передбачає таке: дослідження впливу зовнішніх і внутрішніх факторів на усвідомлення і формування цінностей ЗСЖ; включення в програму елементів інклюзивності для врахування потреби й індивідуальних особливостей юнаків і дівчат з різними фізичними та психічними можливостями, а також врахування їхньої гендерної ідентичності; реалізація профілактичних програм, що формують поведінкові стратегії відносно індивідуального здоров'я.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авакян К.К. Державні та місцеві ініціативи щодо формування культури здорового способу життя молоді в умовах територіальної громади. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2025. № 2. С. 49–54.
2. Авакян К.К. Інтеграція інноваційних підходів формування культури здорового способу життя молоді в територіальні громади. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2025. № 3. С. 32–38.
3. Авдєєв О.Р. Організаційно-правовий механізм протидії контрабанді наркотичних речовин та фальсифікованих лікарських засобів в ЄС. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. (Серія: Право)*. 2015. Вип. 34. С. 7–12.
4. Бакіко І.В. Теоретико-методичні засади формування цінностей здорового способу життя в процесі фізичного виховання у дітей шкільного віку: дис. ... д.фіз.вих.: 24.00.02. Київ, 2023. 569 с.
5. Батрона Д., Латишев М., Петрова Н., Савка М., Цімболинець Н. Дотримання здорового способу життя здобувачами вищої освіти: харчування, сон, рухова активність. *Освіта. Інноватика. Практика*. 2025. Т. 13. № 7. С. 20–25.
6. Білогур В., Семаль Н., Сивохоп Е. Філософія спорту і здорового способу життя як чинник духовного та фізичного саморозвитку людини. *Humanities studies*. 2025. Вип. 23. С. 140–152.
7. Бобрикова Ю., Антонюк Л., Семенчук В. Здорове харчування як елемент формування здорового способу життя в освітньому середовищі. *Нова педагогічна думка*. 2025. № 3. С. 22–26.
8. Боженова А.С., Трошкін Е.І. Структура та теоретичні основи поняття «здоровий спосіб життя». *Політичний вектор-А*. 2016. № 1–2. С. 156–158.
9. Бойко Ю.С. Ціннісні установки до здоров'я і здорового способу життя та процес їх формування у студентської молоді. *Формування компетентності*

індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процесах: монографія, Т. П. Київ, 2020. С. 80–118.

10. Булич Е.Г., Мурахов І.В. Валеологія. Теоретичні основи валеології. Київ: ІЗМН, 1997. 224 с.

11. Вікіпедія. URL: <http://www.uk.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 02.12.2025)

12. Вітюк Н., Вітюк С. Особливості ставлення студентської молоді до тютюнопаління. *Збірник наукових праць (Серія: психологія)*. 2018. Вип. 22. С. 40–48.

13. Волкова І.В., Марінушкіна О.Є., Покроєва Л.Д., Рябова З.В. Становлення шкіл сприяння здоров'ю. Харків: ХОНМІБО, 2007. 40 с.

14. Волошко Н.І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 11. С. 115–124.

15. Волощук А.М. Державно-правова політика в сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів: зарубіжний досвід. *Митна справа*. 2011. № 1. С. 8–17.

16. Говорун Т.В., Нерубасська А.О., Крюкова М.А. Здоровий спосіб життя як механізм збереження психологічного здоров'я української молоді. *Габітус*. 2023. Вип. 49. С. 218–223.

17. Голуб А. Український спорт: вправи і результат. Тиждень. 17 квітня 2018 р. URL: <https://tyzhden.ua/society/212256> (дата звернення: 12.12.2025).

18. Горобей М.П., Богдан Ю.М., Роскін О.А. Особливості впливу режиму дня на стан здоров'я студентів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. 2013. № 112(3). С. 148–150.

19. Горох О.П. Покарання за «наркотичні» злочини за кримінальним законодавством деяких європейських та азійських країн. *Вісник Запорізького юридичного інституту Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2010. № 1. С. 152–161.

20. Група Помпиду Ради Європи і Україна: кроки до інтеграції. URL: http://apau.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=320:2011-06-23-3&catid=7:news&Itemid=12. (дата звернення: 05.12.2025)
21. Гуріненко Н.О., Рибалка О.Я. Освітні здоров'язберігаючі технології – шлях до збереження здоров'я школярів. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/3276>. (дата звернення: 12.12.2025).
22. Даниленко Г.М., Шкурапет Н.І., Циганок Н.І. Комплексна скринінг-оцінка здоров'я школярів як підгрунття впровадження здоров'яформуючих технологій в загальноосвітньому навчальному закладі. *Формування здоров'я дітей, підлітків і молоді в умовах навчального закладу*: матеріали всеукр. наук.-прак. конф., 17–19 квітня 2006 р. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. С. 56–61.
23. Даниленко Н.В., Батир Р.Ю. Здоровий спосіб життя та засоби його формування. *Грааль науки*. 2021. № 4. С. 502–510.
24. Добровольська Л.І., Боярчук О.Р., Гаріян Т.В., Глушко К.Т. Світовий досвід боротьби з вейпінгом та його наслідками серед дітей та молоді. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2020. № 3. С. 153–160.
25. Добрянська О.В. Світові тенденції поширеності тютюнопаління підлітків. *Гігієна населених місць*. 2013. № 62. С. 274–281.
26. Донець А. Як харчування у школі впливає на довготривале здоров'я дитини? URL: <https://schoolcatering.org.ua/yak-kharchuvannya-u-shkoli-vplivaie-padovgo/> (дата звернення: 18.07.2025).
27. Дорошенко Т.В., Шпортун О.М., Пилявець Н.І., Бивалькевич Л.М., Штифурак В.Є. Психічне здоров'я як компонент здорового способу життя українських підлітків 15–16 років в умовах воєнного стану. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2025. № 3. С. 114–124.
28. Дубогай О. Навчання в русі. Київ: Шкільний світ, 2005. 112 с.
29. Жданова О., Чеховська Л., Фляк А. Фізичне виховання в школах країн Європи. *Молода спортивна наука України*. 2015. Вип. 2. С. 311–319.
30. Желева О.І. Формування навичок здорового способу життя: методичний посібник. Золотоноша, 2014. 147 с.

31. Захожий В., Дикий О. Особливості фізичного розвитку та фізичної підготовленості старшокласників. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2016. № 3(35). С. 53–59.

32. Здоров'язберігаючі технології. URL: <http://www.novapedagogika.com/noloms-331-1.html>. (дата звернення: 12.12.2025).

33. Здоровий вибір дитини формують школа, родина, громада. URL: <https://znaimo.gov.ua/zdorovyi-vybirdytyny-formuiut-shkola-rodyna-hromada-2> (дата звернення: 12.07.2025).

34. Кашуба В., Гончарова Н. Засади здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку в контексті сучасних освітніх інновацій. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2018. № 31. С. 52–59.

35. Коломієць А., Бойко А. Формування здорового способу життя: моделі та підходи. *Соціальна робота і охорона здоров'я*. 2006. Вип. 25. С. 34–39.

36. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

37. Концепція Державної цільової соціальної програми «Молодь України на 2021–2025 роки» від 23.12.2020 р. № 1669-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1669-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 02.12.2025)

38. Круцевич Т., Марченко О., Москаленко О. Здоровий спосіб життя в ієрархії мотиваційних пріоритетів юнаків і дівчат, які займаються спортом. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2023. № 1. С. 58–66.

39. Кульчицький В.Й. Психолого-педагогічна робота з профілактики молодіжного алкоголізму як шлях формування позитивного ставлення до здорового способу життя. *Медсестринство*. 2023. № 2. С. 39–42.

40. Кучерявенко Л.В. Детермінація і специфіка девіантної поведінки підлітків в умовах промислового регіону (на прикладі Криворізького регіону): дис. ... к.соціол.н.: 22.00.04. Кривий Ріг, 2007. 209 с.

41. Ларіна Т.О. Емпіричне вимірювання майндфулнес практик у контексті збереження здорового способу життя українців в умовах війни. *Габітус*. 2024. Вип. 62. С. 244–247.

42. Лужецька Н.А. Зарубіжний досвід реалізації державної політики щодо запобігання та протидії наркоманії. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. пр. Одеса: Вид-во ОРІДУ НАДУ, 2017. Вип. 1. С. 81–88.

43. Лужецька Н.А. Механізми реалізації державної політики протидії та запобігання наркоманії: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Одеса, 2018. 239 с.

44. Марченко О., Ростов О. Гендерний підхід у модернізації системи формування цінностей здоров'я та здорового способу життя учнівської молоді. *Sport science spectrum*. 2024. № 1. С. 83–89.

45. Маценко Л.М. До питання про шкідливий вплив вейпінгу на здоров'я сучасної молоді. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2019. Вип. 29–30. С. 20–24.

46. Мельниченко О.А., Макарова В.І., Старусева В.В., Яворовська О.О. Пропаганда здорового способу життя як предмет досліджень українських науковців. *Перспективи та інновації науки (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 5. С. 2949–2958.

47. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М., Лобойко К.М., Макарова В.І. Пропаганда турботи про власне здоров'я як засіб публічного реагування на виклики сьогодення. *Вісник післядипломної освіти. (Серія: Соціальні та поведінкові науки. Управління та адміністрування)*. 2024. Вип. 27. С. 143–158.

48. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління)*. 2018. № 1. С. 154–162.

49. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Полеміка щодо сутності поняття «державне управління розвитком сфери охорони здоров'я». *Інновації в управлінні соціально-економічним розвитком: матеріали I міжнар. наук.-практ. конф., 05 березня 2018 р. Харків: Вид-во ХНУМГ, 2018. С. 258–260.*

50. Мельничук І.М., Сапіжак М.І. Нормативно-правове забезпечення національної політики щодо формування здорового способу життя. *Медсестринство*. 2014. № 1. С. 37–40.

51. Мешкова О.М. Аналіз діяльності Центрів/відділень/кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініки дружні до молоді» в Україні

за 2015 рік. URL: <http://kdm3lidd.org.ua/uploads/files/1465440275Аналіз%20діяльності%20КДМ%20за%202015%20Мешкова.pdf>. (дата звернення: 12.12.2025).

52. Моца А.А. Система формування мотиваційної установки на здоровий спосіб життя та безпеку життєдіяльності в освітньому середовищі. *Перспективи та інновації науки (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 7. С. 663–673.

53. Наумко Ю.С. Розвиток спортивної інфраструктури як дієвий інструмент впровадження соціальної політики в регіоні. *Інфраструктура ринку*. 2019. № 37. С. 523–529.

54. Національна доктрина розвитку освіти України в ХХІ ст. *Освіта України*. 2002. № 33. С. 372.

55. Національна доктрина розвитку фізичної культури і спорту. Указ Президента України від 21 жовтня 2005 р. № 1505. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

56. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016> (дата звернення: 12.07.2025).

57. Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2015 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркотичної залежності. Київ, 2016. URL: <http://www.slideshare.net/zorrgelviv/2016-69207345>. (дата звернення: 01.10.2020).

58. Неведомська Є.О. Педагогічні аспекти вдосконалення професійної підготовки фахівців фізичного виховання та спорту. *Молодий вчений*. 2018. № 4.3(56.3). С. 60–64.

59. Нова українська школа: порадник для вчителя / за заг. ред. Н.М. Бібік. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.

60. Носко М.О., Грищенко С.В., Носко Ю.М. Формування здорового способу життя: навчальний посібник. Київ: Вид-во «МП Леся», 2013. 268 с.

61. Ображей О.Є. Характеристика програм фізкультурно-оздоровчої роботи в літньому таборі. *Фізична активність і якість життя людини*: матеріали міжнар. наук. конф., 14–16 червня 2017 р. Луцьк, 2017. С. 55.

62. Обушна Н.І. Публічне управління як нова модель організації державного управління в Україні: теоретичний аспект. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 44. С. 53–63.

63. Омельченко Т.Г. Сучасні підходи до формування здорового способу життя молоді в Україні та світі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. 2017. Вип. 5К(86). С. 228–232.

64. Онуфрійчук С. Формування негативного ставлення до шкідливих звичок. *Освіта. Технікуми. Коледжі*. 2004. № 4(10). С.81-83.

65. Оцінка клінік, дружніх до молоді: аналітичний звіт. Київ: К.І.С., 2008. 104 с.

66. Погорецький М.А., Смирнова І.В. Агентурна робота федеральних правоохоронних органів США у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів. *Юридичний радник*. 2007. № 5. С. 101–105.

67. Поняття «здоров'язберігаючі технології» та їх класифікації. URL: https://school89.ucoz.ua/publ/zdorov_39_ja/ponjattja_zdorov_jazberigajuchi_tekhnologiji_ta_jikh_klasifikaciji/25-1-0-132. (дата звернення: 12.12.2025).

68. Приліпка К.О. Здоровий спосіб життя, як запорука здоров'я та успішного навчання під час війни у студентів медиків. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2025. Т. 25. Вип. 2. С. 283–286.

69. Про затвердження Рекомендацій щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спорту серед студентської молоді на період до 2025 року. Наказ МОН України від 15.02.2021 р. № 193. URL: http://sportmon.org/wp-content/uploads/2021/02/rekomenlacziiyi-shhodo-strategichnogo-rozvytku-fizychnogovyhovannya-ta-sportu-sered-studentskoyi-molodi-na-period-do-2025-roku_compressed.pdf (дата звернення: 02.12.2025)

70. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення. Закон України від

22.09.2005 р. № 2899-IV. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2899-iv-3237/> (дата звернення: 02.12.2025)

71. Про Кабінет Міністрів України. Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 05.12.2025)

72. Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року. Указ Президента України від 12.03.2021 р. № 94/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021#Text> (дата звернення: 02.12.2025)

73. Про фізичну культуру і спорт. Закон України від 24.12.1993 р. № 3808-XII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3808-12> (дата звернення: 02.12.2025)

74. Рішення Координаційної Ради МОЗ України з питань впровадження «дружніх до молоді» медичних послуг від 21 грудня 2016 р. URL: <http://www.health-loda.gov.ua>. (дата звернення: 12.12.2025).

75. Рогач І.М., Палко А.І., Керецман А.О., Качер Е.І. Шкідливі звички дорослого населення Ужгорода та їх вплив на стан здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського університету. (Серія: Медицина)*. 2017. Вип.1 (55). С. 155–157.

76. Соколенко Л.М. Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процесах: монографія. Київ, 2020. Т. 2. С. 7–79.

77. Сологуб А.І. Креативна природнича освіта: теорія, технологія, техніка. Наукові пошуки ліцеїстів: монографія Київ: Вид-во Людмила, 2019. Т. 4. 300 с.

78. Сороколів Н.С., Римар О.В., Соловей А.В. Становлення шкільного фізичного виховання в Україні в період незалежності. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2018. № 2. С. 135–139.

79. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків і молоді: за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»: монографія. Київ: Фоліант, 2019. 127 с.

80. Сукнойтенко В.В. Запобігання підлітковій і юнацькій наркоманії. *Охорона дитинства*. 2001. С. 152–154.

81. Сущенко Л.П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини. Запоріжжя: ЗДУ, 1999. 308 с.
82. Товстоп'ятко Ф.Ф., Притула О.Л., Пиптюк П.Ф. Філософія здорового способу життя. *Перспективи та інновації науки (Серія: Педагогіка. Психологія. Медицина)*. 2025. № 3. С. 1854–1863.
83. Турчик І. Характерні особливості функціонування системи міжшкільного спорту в США. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2022. № 1. С. 140–147.
84. Турчик І.Х. Фізичне виховання і спорт у шкільній освіті Англії: дис. ... к.фіз.вих.: 24.00.02. Львів, 2005. 207 с.
85. Тютюновий дим та його профілактика. *Шкільний світ*. 2004. Січ.(4). (дод. «Інфосвіт»). С. 6–8.
86. Федько О.А. Основні принципи забезпечення здорового способу життя. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 5.
87. Фотинюк В.Г. Стан і суб'єктивна оцінка студентів ЗВО з питань формування позитивного ставлення до здорового способу життя. *Наука і техніка сьогодні. (Серія: Педагогіка. Право. Економіка. Фізико-математичні науки. Техніка)*. 2022. № 4. С. 310–320.
88. Шкурапет Н.І. Мережева взаємодія соціальних інститутів сім'ї, освіти та охорони здоров'я як фактор формування здорового способу життя сучасних підлітків: автореф. дис. ... к.соціол.н.: 22.00.04. Харків, 2021. 307 с.
89. Шолох О. Здоровий спосіб життя керівника закладом освіти як складова ефективного управління. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка. (Серія: Педагогічні науки)*. 2025. Вип. 31. С. 414–419.
90. Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.
91. Щелкунов А.О., Репка С.І. Вплив різних типів статури на фізичний розвиток учнів навчальних закладів різних типів. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2017. № 1. С. 227–232.

92. Bonnie R.J., O'Connell M.E. Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.

93. Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. URL: http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=1008037. (дата звернення: 01.10.2020)

94. Eaton D.L., Kwan L.Y., Stratton K. et al. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice. *Public Health Consequences of E-Cigarettes*. January, 2018. URL: <https://doi.org/10.17226/24952>. (дата звернення: 05.12.2025)

95. Gesell S., Tesdahl E., Ruchman E. The distribution of physical activity in an after-school friendship network. *Pediatrics*. 2012. № 129(6). 106471.

96. Hallal P.C., Andersen L.B., Bull F.C., Guthold R., Haskell W., Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance, progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012. № 80(9838). P. 247–257.

97. Hughes C., Stevens A. Beckley Briefing Paper 14. The effects of decriminalization of drug use in Portugal. *Beckley Foundation Drug Policy Programme*. URL: http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf. (дата звернення: 01.10.2020)

98. Kaleta D., Makowiec-Dabrowska T., Jegier A. Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and work ability: a study in randomly selected residents of Lodz. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*. 2004. № 17. P. 457–464.

99. Krutsevich T., Marchenko O., Trachuk S., Panhelova N., Napadij A., Dovgal V. The Configuration of Educational Factors in the Family in Terms of their Impact on the Formation of Interest in Sports in Middle School Children. *Teoriâ ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ*. 2021. № 21(2). P. 101–106.

100. Krutsevich T., Marchenko O., Trachuk S., Priymak S., Panhelova N., Kholodova O. Peculiarities of self-evaluation of physical development of schoolchildren taking into account their gender characteristics. *Sport Mont*. 2021. № 19(S2). P. 195–199.

101. Morton S. Progressing research impact assessment: A contributions approach. *Research Evaluation*. 2015. Vol. 24. Is. 4, P. 405–419,
102. Neera A. Integrating mobile fitness trackers into the practice of medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2017. № 11.1. P. 77–79.
103. Noser A., Zeigler-Hill V. Investing in the ideal: does objectified body consciousness mediate the association between appearance contingent self-worth and appearance self-esteem in women? *Body image*. 2014. № 2. P. 119–125.
104. Physical Education (HKDSE). Part I: Physical Education, Sport, Recreation, Leisure and Wellness: History and Recent Development. *The Government of the Hong Kong Special Administrative Region*. 2018. P. 35.
105. Quick facts on the risks of e-cigarettes for kids, teens, and young adults centers for disease. URL: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.htm (дата звернення: 05.12.2025)
106. Shkurapet N.I. The role of school medicine in the formation of health preserving educational environment as the main factor affecting the health of modern schoolchildren. *International Journal of Advance Researches*. 2019. № 4 (5) September, C. 24–30.
107. Song C., Gong W., Ding C., et al. Physical activity and sedentary behavior among Chinese children aged 6–17 years: a cross-sectional analysis of 2010-2012 China National Nutrition and health survey. *BMC Public Health*. 2019. № 19. 936 p.
108. Tannehill D., Demirhan G., Chaplova P., Avsar Z. Continuing professional development for physical education teachers in Europe. *European Physical Education Review*. 2021. № 27(1). P. 1150–1167.
109. Tretiak O., Danylo S., Konoval'ska L., Bazylchuk O., Sushchenko L., Bazylchuk V., Shynkaruk O., Denysova L. Factor structure of interrelation between indices of physical condition and definition of the level of physical readiness of future specialists in higher pedagogical education to act in extreme situations. *Journal of Physical Education and Sport*. 2020. № 20(1), Art 68. P. 461–468.

110. U.S. e-cigarette regulations – 50 state review. URL: <https://www.publichealthlawcenter.org/sites/default/files/Stateswith-Laws-Restricting-Youth-Access-to-ECigarettesMarch152020.pdf>. (дата звернення: 05.12.2025)

111. US department of health and human services. E-cigarette use among youth and young adults: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2016. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/e-cigarettes/pdfs/2016_sgr_entire_report_508.pdf. (дата звернення: 05.12.2025)

112. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/> (дата звернення: 02.12.2025)