

Ф.П. Ринда, А.А. Григоренко (Київ)

# НАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

*Висвітлено невирішені питання формування здорового способу життя (ЗСЖ) в Україні: недосконалість чинного законодавства; недоліки програмного вирішення питання щодо гігієнічного виховання населення; зневажливе ставлення до профілактики на місцях тощо.*

**Ключові слова:** ЗСЖ, політика здоров'я для всіх (ЗДВ-21), ВООЗ, гігієнічне виховання.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у програмному документі «Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті у Європейському регіоні» поставила перед Євросоюзом завдання: «До 2015 р. люди у всіх прошарках суспільства повинні прийняти більш здоровий спосіб життя». В умовах реформування системи охорони здоров'я України діяльність з формування ЗСЖ, впровадження у практику роботи медичних закладів профілактичних технологій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, набуває особливого значення. Сьогодні неможливо подолати хронічні неінфекційні захворювання, якщо не приділити серйозну увагу формуванню ЗСЖ, оскільки основний фактор ризику цих захворювань – спосіб життя населення. Тягар хвороб, пов'язаних з нездоровим способом життя населення України, такий: куріння – 13%, зловживання алкоголем – 12%, незаконне вживання наркотичних препаратів – 3%, недостатня фізична активність – 6% [3].

Складність вирішення завдання полягає в тому, що ЗСЖ залежить від взаємообумовленості багатьох складових. Саме тому механізм вирішення проблем має передбачати комплекс соціально-економічних, правових, екологічних, санітарно-гігієнічних, просвітницьких, пропагандистських, виховних, організаційних та інших заходів. Формування ЗСЖ населення – справа соціальна, а не суто медична.

**Мета роботи** – висвітлити нагальні проблеми формування ЗСЖ в Україні.

## Матеріали та методи

Використано такі **методи**: інформаційно-аналітичний, статистичний, порівнянь.

## Результати дослідження та їх обговорення

Робота з формування ЗСЖ в Україні проводиться за такими основними напрямками системи гігієнічного виховання населення: гігієнічне навчання у процесі загальноосвітнього та професійного навчання; професійна гігієнічна підготовка за цільовим призначенням; гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показами; гігієнічне навчання у процесі культурологічної та пропагандистської роботи.

Провідним у першому напрямку наразі є валеологічна освіта в процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління, що є реалізацією стратегії «Здоров'я через освіту». У 2009/2010 навчальному році за навчальною програмою, затвердженою МОНмолодьспорту України «Основи здоров'я. Програма для 5–9-х класів середніх загальноосвітніх навчальних закладів», на вивчення цього предмету у 5–7-х класах відводилося 1 год. на тиждень, у 8–9-х класах – 0,5 год. на тиждень. У 10–11-х класах у 2009/2010 навчальному році, як і в попередні роки, вивчався предмет «Основи безпеки життєдіяльності» по 0,5 год. на тиждень за навчальною програмою «Основи безпеки життєдіяльності». Учні старших класів здобувають медичні знання під час викладання предмету «Основи життєдіяльності», а також хімії, біології тощо. Однак слід зазначити, що викладання першого через його специфіку здійснюється переважно не з позиції первинної профілактики, а вторинної.

З 1995 р. у загальноосвітніх закладах функціонує Національна мережа шкіл сприяння здоров'ю (ШСЗ). Понад 20 загальноосвітніх навчальних закладів (ЗНЗ) мають статус експериментальних всеукраїнського

рівня, метою яких є напрацювання найбільш ефективних моделей реалізації стратегії ВООЗ «Здоров'я через освіту». Однак у цьому проєкті задіяна меншість ЗНЗ: 4,0 тис. з майже 20,0 тис. шкіл (2011 р.). За даними міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2010 р.), тільки 19% опитаних директорів шкіл указали, що заклад, який вони очолюють, є учасником Національної мережі ШСЗ, ще 3% повідомили про досвід такої участі в минулому [2]. Питання ефективності ШСЗ на сьогодні залишається відкритим.

Вибіркові соціологічні дослідження щодо інформованості підростаючого покоління свідчать, що гігієнічне навчання в процесі загальної освіти досі для них є не основним джерелом інформації з окремих аспектів ЗСЖ і профілактики захворювань. Це підтверджено, наприклад, результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2010 р.). Так, щодо джерел інформації з профілактики ВІЛ/СНІДу учитель посідає 2-е місце (після телебачення) серед учнів 10–11 класів, 3-є місце – серед студентів професійно-технічних навчальних закладів і вузів I–II рівня акредитації (поступаючись телебаченню та медичним працівникам), 3–4-е місця – серед студентів вузів III–IV рівня акредитації (разом з Інтернетом після телебачення та медичних працівників). Стосовно джерел інформації про статеві стосунки, то серед респондентів віком 15–17 років учитель займає лише 7-е місце (після телебачення, Інтернету, друзів чи однокласників, батьків, журналів, медичних працівників) [2]. Певною мірою це пояснюється тим, що (за результатами опрацювання теми «Формування ЗСЖ учнів загальноосвітніх навчальних закладів на основі розвитку життєвих навичок» (№ 0107U003129) в Університеті менеджменту освіти Академії педагогічних наук України) формування і розвиток життєвих навичок учнів ЗНЗ не набули ознак системності; керівники ЗНЗ та педагогічні працівники не достатньо компетентні для забезпечення впровадження інноваційних технологій набуття життєвих навичок протидії життєвим небезпекам, профілактики дитячого травматизму, інфікування ВІЛ/СНІДом та інфекціями, що передаються статевим шляхом, тютюнокуріння, алкоголізму та наркоманії.

Опитування директорів ЗНЗ щодо досягнень учнів з питань формування ЗСЖ при вивченні предмету «Основи здоров'я» засвідчило, що навчання основам здоров'я не сприяє у школярів виробленню життєвих навичок.

Другим актуальним напрямком розвитку ЗСЖ є професійно-гігієнічна підготовка за цільовим призначенням так званих «декретованих контингентів»: працівників торговельно-продовольчої мережі, громадського харчування, продовольчої промисловості (молокозаводи, м'ясокомбінати), житлово-комуналь-

ного господарства, дитячих дошкільних закладів, а також фахівців, які постійно працюють з отрутохімікатами. Щорічно таким навчанням охоплюється 900,0–950,0 тис. осіб. Однак воно залишається неефективним. Про це свідчить як виникнення спалахів гострих кишкових інфекцій, викликаних вживанням продукції харчових об'єктів, так і значна кількість заходів адміністративного впливу санітарно-епідеміологічних станцій щодо працівників сфери виробництва і реалізації продуктів харчування, працівників дитячих закладів тощо. Основний недолік цільової гігієнічної підготовки декретованих контингентів полягає в її архаїчній організації через відсутність повноцінного учбового процесу: здійснюється уривками, під час перерви на обід або до чи після закінчення роботи осіб, які навчаються, при гострому дефіциті наочних, методичних і популярних санітарно-освітніх матеріалів. З 2010 р. в цільовій гігієнічній підготовці спостерігаються значні зміни. Наказом МОЗ України від 17.03.2010 р. № 238 «Про заходи щодо проведення гігієнічного навчання закладами санітарно-епідеміологічної служби» запроваджено нову систему гігієнічного навчання так званих «декретованих контингентів». Організаційно-методичне, технічне забезпечення такого навчання покладено на ДП «Навчально-методичний центр проблем гігієни» МОЗ України (далі – центр). Відповідно до цього центром розроблено програми для очного гігієнічного навчання обсягом від 25 год. (працівники побутового обслуговування населення) – 28 год. (працівники продовольчої торгівлі) до 32 год. (працівники дошкільних навчальних закладів) – 33 год. (працівники громадського харчування). Навчання закінчується складанням заліку у вигляді усної співбесіди або тестового контролю (не менше 35 питань). Таке навчання платне згідно з тарифами, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2003 р. № 1351. Принципово новим стало запровадження дистанційного індивідуального навчання відповідно до комп'ютерних курсів дистанційного навчання, а також єдиного електронного реєстру осіб в Україні, які пройшли гігієнічне навчання. Однак впровадження системи навчання декретованих контингентів за новими програмами здійснюється досить повільно. За інформацією центру, у 2011 р. до електронного реєстру громадян, які пройшли гігієнічне навчання, внесено 25 313 осіб. Порівняно із загальною кількістю охоплених гігієнічним навчанням працівників сфери виробництва та реалізацією продуктів харчування, побутового обслуговування, дитячих дошкільних закладів тощо в 2011 р. (понад 900 тис. осіб) воно залишається незначним. Труднощі, пов'язані зі впровадженням нової системи гігієнічного навчання, такі: обсяг очного циклу для групового навчання працюючих досить значний; потребує відриву від роботи на кілька днів, що можуть дозволити собі тільки великі

підприємства, а також певних коштів (без урахування ПДВ, при індивідуальному навчанні – майже 9,0 грн за 1 навчальну годину, при груповому – 2,48 грн), що при нестабільному економічному становищі в Україні для підприємств малого бізнесу знайти не так просто. Тому нова система гігієнічного навчання декретованих контингентів потребує певних корективів.

Навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями (факультативна гігієнічна підготовка окремих груп і контингентів населення), яке проводиться силами медичних працівників, залишається найбільш масовою ланкою системи гігієнічного навчання населення. Її кількісні показники такі: щорічно зазначеною освітою охоплюються 5,2–6,4 млн реконвалесцентів, 0,43–0,49 млн вагітних, 0,41–0,46 млн породіль, 0,40–0,44 млн матерів дітей 1-го року життя тощо. За браком будь-якого фінансування таке навчання здійснюється при гострому дефіциті наочних, методичних та популярних санітарно-освітніх матеріалів і ґрунтується тільки на вербальних методах навчання. Тому застосування візуальних методів навчання практично виключається. Крім того, воно здійснюється за морально застарілими програмами, розробленими ще у 70–80-х роках ХХ ст. Жодним чином не сприяє якісному навчанню і те, що воно проводиться переважно силами середнього медичного персоналу, який здебільшого не має спеціальної підготовки з формування ЗСЖ, методики гігієнічного виховання населення тощо. Більш того, ця робота тримається на «голому» ентузіазмі виконавців. Ефективність такого навчання мізерна: за літературними даними, рівень засвоєння інформації не перевищує 5%.

Практика формування ЗСЖ висуває рівень інформованості суспільства в цілому і окремих його членів з питань здоров'я як один з найважливіших чинників передумови успіху цієї діяльності. Зараз найбільш масовим і доступним джерелом інформації є засоби масової інформації (ЗМІ). Вони сприяють формуванню у людей ціннісних орієнтацій у різних сферах, у т.ч. щодо здоров'я, та водночас є своєрідною системою неформальної освіти різних верств населення. Завдяки зусиллям центрів здоров'я системи МОЗ через ЗМІ забезпечується досить значний обсяг інформації з питань охорони здоров'я: щорічно з цієї проблеми організовуються 17,0–32,0 тис. телепередач (31,5 тис. – у 2011 р.) і 74,0–120,0 тис. радіопередач (81,6 тис. – у 2011 р.), публікуються 43–68 тис. статей (2011 р. – 70,3 тис.) тощо. Незважаючи на значний обсяг інформації зі здоров'яохоронної тематики у ЗМІ, основний її недолік полягає у тому, що контент-аналіз цих матеріалів, просторовий аналіз (масштаб поширення повідомлень), а також соціологічні дослідження щодо ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації тощо не проводяться.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я в регіонах щорічно прово-

дяться пропагандистські акції, присвячені як знаменним датам, так і у зв'язку з епідситуацією. Кількість проведених акцій у регіонах коливається від 7–10 до 21–30 і навіть більше. Для переважної більшості регіонів звичними є Всесвітній день здоров'я, Всесвітній день боротьби з курінням, Всесвітній день боротьби з туберкульозом, Всесвітній день боротьби зі СНІДом тощо. Однак вони, майже без винятку, організовуються без урахування технології проведення PR-кампаній, а гострий дефіцит коштів призводить до обмеження як арсеналу використаних форм і засобів інформаційного впливу, так і кола їхніх об'єктів. Ефективність таких акцій залишається відкритою.

Обсяг видання популярної санітарно-освітньої літератури з нагальних питань охорони здоров'я населення протягом багатьох років залишається недостатнім внаслідок відсутності як системи централізованого забезпечення закладів охорони галузі різноманітною санітарно-освітньою літературою, по-перше, так і механізму фінансування роботи з гігієнічного навчання населення, по-друге. Тому в усіх регіонах така діяльність фінансується за остаточним принципом. Як наслідок – гострий дефіцит будь-яких санітарно-освітніх матеріалів для населення. Водночас, вагомість цього засобу гігієнічного навчання значна, бо відсутність відповідних популярних матеріалів позначається на ефективності будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, які слід проводити у закладах ПМСД (відмова від куріння, зменшення вживання алкоголю, раціональне харчування, профілактичні обстеження тощо). Протягом 2011 р. в цілому видавнича діяльність складалася з 1,9 тис. найменувань накладом понад 1,4 млн примірників.

Чинне законодавство України досить широко відображає проблему формування ЗСЖ (понад 20 законів), однак, як правило, їхні норми носять декларативний характер. Окремі стратегії щодо ЗСЖ, відображені в них, не повною мірою відповідають політиці ЗДВ-21 ВООЗ. Наприклад, стратегія введення питань щодо здоров'яохоронної тематики до загальноосвітніх програм і професійних освітніх програм навчальних закладів України (незалежно від форми власності) відображена в законах переважно не з позиції сприяння ЗСЖ, а з позиції протидії нездоровому способу життя. Жоден закон не передбачає механізм фінансування заходів щодо ЗСЖ. У головному Законі України з охорони здоров'я (Основи законодавства України про охорону здоров'я) наразі права та обов'язки пацієнтів відображені у статті 6. Право на охорону здоров'я. Однак в ній 14 незаперечних прав пацієнтів, зокрема на гігієнічне навчання, задекларованих у Європейській Хартії прав пацієнта, представлені не повністю. Недостатньо приділяється увага щодо стимулювання ЗСЖ (через податкові пільги або зміни у структурі страхових тарифів), сприяння політики освіти населення з питань охорони

здоров'я, обмеження аж до повної заборони пропаганди нездорового способу життя в ЗМІ тощо.

Основна умова проведення ефективної політики з проблеми формування ЗСЖ – багатогалузевий та різноманітний підхід до її вирішення. Таким чином, міжсекторальна координація діяльності та практична взаємодія секторів має стратегічне значення щодо реалізації заходів у сфері ЗСЖ. Незважаючи на актуальність проблеми, дотепер не створено будь-якого міжгалузевого механізму координації роботи органів державної влади і громадських організацій на вищому рівні. Немає послідовності між програмами, які повинні вирішувати проблему формування ЗСЖ. Хоча заходи з формування ЗСЖ представлені у багатьох державних програмах (майже у 20 з чинних у 2010 р.), однак вони погано координуються між собою, іноді дублюють один одного, а головне, не вирішують найбільш важливих питань стосовно формування ЗСЖ. Спільним недоліком практично для всіх програм (за винятком програм боротьби з курінням, з імуніпрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, з профілактики ВІЛ-інфекції) є те, що вони недостатньо уваги приділяють профілактичним заходам. У них робиться акцент на лікувальній складовій, а заходам І профілактики захворювань і формування ЗСЖ приділяється незначна увага: кількість таких заходів у шести з програм коливається у межах 7,8–19,0% серед загальної кількості запланованих заходів, ще у двох – 29,5–35,4% тощо. Спільним майже для всіх програм є те, що на заходи з пропаганди ЗСЖ, протиепідемічну пропаганду, як правило, не встановлені не тільки будь-які розміри фінансування, але часто навіть джерела фінансування. Тобто такі заходи плануються без урахування рекомендацій ЗДВ-21. Зневажливе ставлення до профілактики загалом і до гігієнічного виховання населення зокрема виявляється в тому, що в очікуваних результатах виконання тих чи інших програм або не передбачаються взагалі показники, які стосуються суб'єктивного фактору, або (якщо такі показники фігурують) вони здебільшого являють собою скоріше дію без досягнення конкретного результату. Форми та засоби гігієнічного виховання населення, запропоновані для вирішення проблеми формування ЗСЖ у програмах, вкрай обмежені: у більшості з них різнобічний арсенал засобів гігієнічного виховання населення обмежуються від 1 до 4, що, ймовірно, можна пояснити тим, що програми надто примітивно трактують шляхи вирішення поінформованості населення з питань профілактики тих чи інших хвороб. Усі програми щодо формування ЗСЖ роблять акцент на використанні ЗМІ та виданні популярної санітарно-освітньої літератури (переважна більшість програм). У програмах превалюють пасивні стратегії профілактики (від 3 стратегій і більше), тоді як активні стратегії або не представлені взагалі (4 програми), або існує не більше 1–2 таких стратегій (за винятком Державної

цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення) тощо.

Престиж профілактичної роботи серед медичних працівників низький. Профілактичні послуги, на відміну від лікувальних, не передбачені стандартами якості надання медичної допомоги, не оцінюються і не сплачуються, їхній обов'язковий мінімальний обсяг не регламентується. Робота лікарів в установах ПМСД фактично не розрахована на профілактику. Лікарі отримують заробітну плату за діагностично-лікувальний процес, а не за збільшення кількості здорових людей. Необхідно запровадити систему соціально-економічного стимулювання медичних працівників залежно від обсягу проведених профілактичних заходів.

Негативно позначається на формуванні ЗСЖ те, що на місцях зневажливо ставляться до центрів здоров'я (ЦЗ) – єдиної структури в системі охорони здоров'я, призначеної забезпечувати організаційно-методичну роботу з формування ЗСЖ, оздоровлення людей немедикаментозними засобами. Потреба суспільства в них інколи не усвідомлена, настільки висока, що діяльність ЦЗ дає певні результати навіть в умовах майже нульового фінансування і зневажливого ставлення з боку керівників органів влади. Про це яскраво свідчить досвід боротьби та профілактики під час спалахів інфекційних захворювань в Україні. За останні 20 років мережа ЦЗ помітно скоротилася: з 99 закладів у 1989 р. до 55 – на початок 2011 р. У ряді областей (Житомирській, Івано-Франківській, Сумській, Чернігівській та інших) під виглядом реорганізації служби фактично ліквідовані обласні ЦЗ, які перетворилися на відділи інформаційно-аналітичних центрів або лікарсько-фізкультурних диспансерів, втративши власний штат і кадри, позбавившись будь-якої самостійності у своїх діях, фінансування на санітарно-освітні заходи тощо. Крім того, в деяких містах під гаслом забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною первинною медико-санітарною допомогою (ПМСД) намагаються реорганізувати заклади ПМСД (шляхом поглинання міських ЦЗ) у центри організаційно-методичної роботи з формування ЗСЖ, що зовсім не властиво закладам ПМСД. ВООЗ ще у 70-ті роки неодноразово підкреслювала, що важливим чинником, який визначає ефективну діяльність служби санітарної освіти, є те становище, яке вона займає в адміністративній структурі галузі. У завданні 15 стратегії ВООЗ «Політика щодо досягнення здоров'я для всіх» наголошується: «Національні та федеральні інститути і заклади, які займаються проблемами зміцнення здоров'я, щоб ефективно функціонувати, повинні мати широкі повноваження і високий ступінь самостійності», адже формування ЗСЖ виходить далеко за межі медичної сфери і потребує міжгалузевого управління. На відміну від недалекоглядної політики керівників медичної галузі в системі МОНмолодьспорту, з 2003 р. почали

функціонувати центри фізичного здоров'я, призначені для задоволення потреб громадян в оздоровчих послугах за місцем проживання та в місцях масового відпочинку населення, а також популяризації ЗСЖ. У 2009 р. мережа таких центрів складалася зі 194 закладів [1].

Новітні досягненні в галузі інформатики недостатньо використовуються в інтересах інформування населення про ЗСЖ. Насамперед це стосується використання міжнародної комп'ютерної системи «Інтернет». За інформацією управлінь охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2012 роки в 2011 р., кількість установ та закладів галузі, які підключені до мережі Інтернет і мають веб-сайти з питань ЗСЖ, у всіх регіонах становить менше 50% від загального числа підключених до мережі Інтернет зазначених установ і закладів.

### Висновки

В Україні на сьогодні існує багато невирішених проблем щодо формування ЗСЖ. Чинне законодавство потребує корекції щодо сприяння впровадженню засад ЗСЖ. Система гігієнічного навчання за медико-оздо-

ровчими показами та професійної гігієнічної підготовки за цільовим призначенням населення неефективна і потребує невідкладних змін. Немає чіткої вертикалі управління діяльністю щодо формування ЗСЖ: не відновлена діяльність головної установи служби формування ЗСЖ – Українського центру здоров'я. Центри здоров'я як єдина структура в системі охорони здоров'я, призначена забезпечувати організаційно-методичну роботу з формування ЗСЖ і зусилля якої спрямовані на підтримку політики зміцнення здоров'я, не мають державної підтримки. Невизначеність механізму фінансування роботи з формування ЗСЖ перешкоджає розгортанню діяльності з гігієнічного виховання населення. Система соціально-економічного стимулювання медичних працівників залежно від обсягу використаних профілактичних технологій відсутня. Новітні досягненні в галузі інформатики наразі слабо використовуються в інтересах пропаганди ЗСЖ. Питання щодо формування ЗСЖ слід вирішувати не шляхом включення окремих заходів ЗСЖ до тих чи інших програм, а прийняттям спеціальної інтегрованої державної програми.

**Перспективи досліджень** спрямовані на подальше вивчення питань щодо формування ЗСЖ серед населення України.

### Список літератури

1. *Молодь* за здоровий спосіб життя : щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. ін-т розв. сім'ї та молоді ; редкол. : Н. Ф. Романова (голова) [та ін.]. – К. : СПД Крячун Ю.В., 2010. – 156 с.
2. *Стан та чинники здоров'я українських підлітків* : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх [та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: «К.І.С.», 2011. – 172 с.
3. *Arnaudova Albena*. 10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС : пер. с англ. / Arnaudova Albena. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. – 292 с.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 17.04.2012 р.

### Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни в Украине

*Ф.П. Рында, А.А. Григоренко (Київ)*

Освещены нерешенные вопросы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в Украине: несовершенство законодательной базы; недостатки программного решения вопроса гигиенического воспитания населения; пренебрежительное отношение к профилактике на местах и др.

**Ключевые слова:** ЗОЖ, политика здоровья для всех (ЗДВ-21), ВОЗ, гигиеническое воспитание.

### Urgent questions of healthy life style formation in Ukraine

*F.P. Rynda, A.A. Grygorenko (Kyiv)*

Article covers unresolved questions of healthy life style (HLS) formation in Ukraine, first of all, inadequate of the current legislation, shortcomings of existing practice of program decision question of hygienic education of the population, scornful attitude to prevention in the places and so further.

**Key words:** HLS, health for all (HFA-21) politics, WHO, hygienic education.

*Рецензент:* к.мед.н. Г.К. Северин.