

УНІВЕРСИТЕТ «КРОК»
Навчально-науковий інститут медицини
Кафедра прикладної медицини

Бондарчук Анастасія Олександрівна

УДК 351.773:614

Дипломна робота

На тему: «Державна стратегія формування здорового способу життя
населення України»

Спеціальність 229 Громадське здоров'я

Освітня програма: Громадське здоров'я

Подається на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Дипломна магістерська робота містить результати власних доробок.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело.

_____ А.О. Бондарчук

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник Єна Анатолій Іванович,
доктор медичних наук, професор

(прізвище, ім'я, по батькові,
науковий ступінь, вчене звання)

Київ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ.....	7
1.1. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя населення.....	7
1.2. Дослідження нормативних і стратегічних положень з формування здорового способу життя населення.....	24
1.3. Проблеми формування здорового способу життя населення України.....	31
Висновки до розділу.....	42
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ КНП «ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМ. О.Ф. ГЕРБАЧЕВСЬКОГО» ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ.....	45
2.1. Напрями роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, їх вплив на формування здорового способу життя населення.....	45
2.2. Аналіз результатів основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради.....	51
2.3. Дослідження напрямів і результатів роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області.....	60
Висновки до розділу.....	69
РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	

НАСЕЛЕННЯ.....	74
3.1. Стратегічні державні програми формування здорового способу життя населення.....	74
3.2. Стратегічні механізми з формування здорового способу життя населення.....	82
3.3. Заходи з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення.....	88
Висновки до розділу.....	95
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103
ДОДАТКИ.....	114

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Питання формування здорового способу життя в останні десятиліття у світовому суспільстві займають актуальні позиції, оскільки стосуються благополуччя як кожної людини, так і населення загалом. Сучасною тенденцією стають методи і технології здоров'язбереження, а не боротьби з хворобами. В українському законодавстві тільки розпочинається етап фундаментальних перетворень на шляху формування пропозицій до державної стратегії формування здорового способу життя населення на основі використання науково-методологічного та практичного досвіду зарубіжних країн. Першочерговими стали напрацювання у сфері фізичної та рухової активності. Проте потребує свого опрацювання та розробки цілісна комплексна державна стратегія з формування здорового способу життя населення України, яка буде включати механізми і заходи для здоров'язбереження всіх вікових категорій населення, що і актуалізує дослідження даного питання.

Теоретичне і практичне значення роботи полягає в узагальненні теоретичних, методичних і практичних напрацювань з розробки державної стратегії формування здорового способу життя населення.

Об'єктом дослідження є процес розробки державної стратегії формування здорового способу життя населення України на прикладі діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради.

Предметом дослідження є теоретико-методичні та практичні аспекти розробки і впровадження стратегічних програм, механізмів та заходів з формування здорового способу життя на державному рівні.

Метою роботи є на основі дослідження сучасних міжнародних та вітчизняних досягнень у питаннях розробки державних стратегій формування здорового способу життя населення, а також аналізу особливостей діяльності

КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради розробити стратегічні механізми, програми, ініціативи та заходи з формування здорового способу життя населення.

Відповідно до мети було поставлено та виконано такі **завдання роботи**:

- 1) досліджено теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя населення;
- 2) проаналізовано нормативні і стратегічні положень з формування здорового способу життя населення;
- 3) виявлено проблеми формування здорового способу життя населення України;
- 4) досліджено напрями роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, їх вплив на формування здорового способу життя населення;
- 5) проведено аналіз результатів основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради;
- 6) визначено напрями і результати роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області;
- 7) встановлено стратегічні державні програми формування здорового способу життя населення;
- 8) розроблено стратегічні механізми з формування здорового способу життя населення;
- 9) запропоновано заходи з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення.

Джерела інформації. При написанні дипломної роботи були використані літературні джерела, в яких висвітлено науково-методичні та практичні підходи і положення щодо державних стратегій формування здорового способу життя, а також розкрито нормативно-правові, проблемні та програмні аспекти. Значна увага під час підготовки роботи приділялась дослідженню положень нормативно-законодавчих актів, законів, постанов, наказів, які регламентують діяльність сфери охорони здоров'я, громадського

здоров'я та питання формування здорового способу життя населення. Активно використовувалися інтернет-джерела, інформація з сайтів Верховної ради України, Міністерства охорони здоров'я, КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради.

Методи дослідження. Завдання, які було поставлено в дипломній роботі, виконувались за допомогою використання таких методів: **абстрактно-логічний** – для дослідження теоретико-методологічних засади формування здорового способу життя населення; **горизонтальний і вертикальний аналіз** – для проведення аналізу результатів основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради; **програмний та інтеграційний підходи** – для дослідження і формування програм, механізмів, ініціатив та заходів з формування здорового способу життя населення стратегічного характеру.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що запропоновано стратегічні програми, розроблено стратегічні механізми, ініціативи та заходи з формування здорового способу життя населення. Запропоновані напрацювання можуть стати базисом для цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя на протязі всього життя для всіх вікових категорій населення. Заходи з реалізації державної стратегії з формування здорового способу життя дозволять впровадити в українському суспільстві принципи здоров'язбереження, відповідальності за власне здоров'я та управління його якістю, що забезпечить підвищення рівня здоров'я населення країни загалом та тривалості його життя.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПОЛОЖЕННЯ З ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя населення

Умови життя сучасної людини висувають актуальні завдання вдосконалення наукового аналізу проблем її здоров'я. Людина – найвища цінність суспільства, а здоров'я, носієм якого вона є, зумовлює гармонійний розвиток людини і тим самим є запорукою всебічного розвитку суспільства. Здоров'я людини – соціальна цінність, невід'ємна частина суспільного багатства, і від суспільства залежить, як здоров'я використовується, охороняється і відтворюється. Аналіз здоров'я людини стає необхідною умовою розкриття і вдосконалення людських здібностей і можливостей як рушійної сили та найвищої мети суспільного прогресу [2].

Здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, який може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем. На початку нового тисячоліття з'явилася нагальна потреба у створенні сучасної теорії формування здорового способу життя, яка увібрала б у себе досвід людства і нові реалії буття сучасної людини, враховувала її потреби, інтереси та бажання. У зв'язку з цим набуває значення дослідження теоретико-методологічних основ здорового способу життя [29].

Питання формування здорового способу життя стало об'єктом дослідження науковців. Зокрема проблема здоров'я досліджувалась відомими філософами (А. Бойко, Н. Гундарьова, В. Крюкова, О. Сахно та ін.), медиками (М. Амосов, Н. Артамонова, А. Леонтьєва, Ю. Лісіцин та ін.), психологами (В. Бітенський, В. Братусь, М. Бурно, А. Личко, В. Леві, А. Маслоу, Н. Фелінська та ін.), соціологами (О. Балакірєва, А. Габіані, Я. Гданський, С. Дідковська, В. Козак, А. Міллер, О. Яременко та ін.), валеологами (В. Бобрицька, Т. Бойченко, Ю. Бойчук, М. Болотова, І. Брехман, Є. Булич, М. Гончаренко та ін.) [6].

Історичний досвід формування здорового способу життя у дітей висвітлений у працях А. Алчевської, С. Боткіна, Г. Ващенко, І. Мечнікова, М. Пірогова, С. Русової, К. Ушинського та ін. Соціально-педагогічний аспект проблеми формування здорового способу життя розглядали О. Вакуленко, О. Ващенко, Г. Голобородько, Н. Зимівець, С. Кириленко, С. Лапаєнко, С. Омельченко, Н. Романова, С. Свириденко та ін.). Сучасні теоретичні засади цього питання закладено зарубіжними науковцями М. Гудстатом, М. Лалондом, Л. Піндер, І. Ратманом та іншими.

Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. В одних працях обговорюється саме поняття «здоров'я», в інших досліджуються клінічні аспекти порушень здоров'я, треті присвячені дослідженню факторів, що визначають здоров'я, самостійну групу становлять праці, що розглядають шляхи й засоби відновлення, збереження і розвитку здоров'я. Невелику частку досліджень складають теоретико-методологічні дослідження проблем здоров'я. Сучасною тенденцією в пізнанні здоров'я є міждисциплінарні дослідження, що підвищує їхню теоретичну й практичну ефективність. Значну роль у вивченні проблем збереження здоров'я здорової людини відіграла інтегральна наука валеологія (Г. Апанасенко, Ю. Бойчук, І. Брехман, Е. Вайнер, М. Гончаренко, В. Горащук, М. Гриньова, Е. Казін, В. Казначєєв, В. Колбанов, В. Кулініченко,

Г. Кураєв, І. Муравов, В. Петленко, С. Страшко та ін.). Але незважаючи на розвиток валеологічних досліджень, практично у всіх роботах, присвячених здоров'ю, більша увага приділяється показникам патології, аніж здоров'я. По інерції триває аналіз переважно негативного боку діалектичної єдності «хвороба-здоров'я». У той же час на прями показники здоров'я мало звертається уваги, що призводить до однобічного тлумачення проблеми людського здоров'я та факторів, що його детермінують. Показники патології залишаються основою стратегії сучасної державної системи охорони здоров'я. Панівні принципи профілактики й диспансеризації виключно орієнтовані на державну реєстрацію хвороб і смертей (звідки походить відомий вислів про те, що немає здорових, а є недообстежені) [2].

У час науково-технічного, соціального й інформаційного розвитку цивілізації, зростання різноманітних ризиків, увага науковців має бути переорієнтована на здорову людину. Основним завданням сучасної валеологічної та медичної науки в нашій країні має стати вироблення довгострокової стратегії збереження населення України й найшвидшого відновлення його здоров'я. Особливу актуальність посідають дослідження з розробки фундаментальних основ індивідуального здоров'я, а саме: міждисциплінарні дослідження механізмів здоров'я та факторів, що на нього впливають; створення баз валеологічної інформації; математичних моделей; експертних систем оцінювання показників здоров'я; інтелектуального забезпечення здоров'язбереження.

Існує багато підходів, поглядів на здоров'я та здоровий спосіб життя. На думку науковців, якщо здоров'я людини взяти за 100%, то приблизно на 10% воно залежить від функціонування системи охорони здоров'я, на 20% – від спадковості, ще на 20% – від соціально-екологічних факторів, але найбільше – на 50%, від способу життя людей. Особливу увагу привертає визначення поняття здоров'я в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Здоров'я – це стан повного

фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів» [16, 8, 5, 69]. Світова наука передбачає цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує чотири його складові: фізичну, психічну, соціальну і духовну. Всі ці складові є невід'ємними одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності, визначають стан здоров'я людини [69, 70].

Можна відмітити шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я [2]:

- 1) здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації;
- 2) здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму;
- 3) здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність;
- 4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється;
- 5) відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття;
- 6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя.

Аналіз різних визначень поняття «здоров'я» засвідчив, що більшість авторів вважає здоров'я станом організму людини. У деяких працях здоров'я визначається іншими смисловими термінами: взаємодія, рівновага, властивість, показник, явище, можливість, процес тощо. Всупереч усталеним визначенням здоров'я через клас станів та пасивних процесів, деякі дослідники вважають, що здоров'я має пояснюватися з позицій концепції активного самозбереження та саморозвитку організму. Не можна не погодитися з такою думкою про те, що «стан повного благополуччя» приводить до зниження напруження організму і його систем, тобто до падіння його резистентності, тому стан благополуччя може призвести до нездоров'я. Незадоволеність, прагнення до самовдосконалення, супротив злу, підтримання і творіння

добра є невід'ємними передумовами здорового тіла і духу. Повне благополуччя як результат низької вимогливості чи претензій «райського» комфорту є несумісним зі здоров'ям [2].

В останні десятиліття завдяки розвитку валеологічних досліджень уявлення про здоров'я істотно змінилося. Здоров'я стало розумітися як процес формування й підтримання динамічної рівноваги організму на соматичному і психічному рівнях на основі біохімічних й інформаційно-психологічних адаптаційних механізмів.

У сучасній науковій думці зроблено низку спроб багатокомпонентного підходу до здоров'я, запропонувати його холістичну (цілісну) модель (Р. Айзман, Б. Братусь, М. Гончаренко, І. Дубровіна, І. Єжов, В. Кукушин та ін.). З позицій єдності здоров'я, яке складається з взаємопов'язаних складових, було виділено такі компоненти здоров'я: фізичне, психоемоційне, інтелектуальне, соціальне, особистісне й духовне. Під фізичним компонентом здоров'я розуміється те, як функціонує організм, усі його органи й системи, рівень їх резервних можливостей. Психоемоційний компонент здоров'я характеризує стан психічної сфери, наявність чи відсутність нервово-психічних відхилень, вміння розуміти й виражати свої емоції, спосіб вираження ставлення до самого себе й оточуючих. Під інтелектуальним компонентом здоров'я розуміється те, як людина засвоює інформацію, використовує її, ефективність пошуку й накопичення необхідної інформації, що забезпечує розвиток особистості та її адаптацію в навколишньому світі. Соціальний компонент здоров'я передбачає усвідомлення особистістю себе як суб'єкта чоловічої чи жіночої статі, виконання відповідних статево-рольових функцій у соціумі. Він відображає спосіб спілкування і взаємини з різними групами людей (однолітками, колегами, родичами, сусідами, дітьми та ін.). Особистісний компонент здоров'я означає те, як людина усвідомлює себе як особистість, як розвивається її власне «Я», тобто самовідчуття власної самореалізації. Гармонійне поєднання різних

способів і цілей самореалізації людини як особистості і є основою особистісного здоров'я. Духовний компонент здоров'я відображає суть людського буття, тобто основоположні цільові життєві настанови, які забезпечують цілісність особистості, її розвиток та життя в суспільстві. Важливо відмітити, що з віком людини, у процесі індивідуального розвитку змінюється внесок кожного з компонентів у цілісне здоров'я: якщо в дитячому віці провідними були фізичне, психоемоційне й інтелектуальне здоров'я, то в зрілому віці духовне, соціальне й особистісне здоров'я виходять на перший план.

Отже, сучасна валеологія ґрунтується на холістичній моделі здоров'я, розглядається як процес оптимальної адаптації людини до природного і соціального середовища. Оскільки сутність людського життя не може бути вичерпно описана тільки в термінах адаптації, то виділяють духовний аспект здоров'я, який пов'язаний зі світом самореалізації людини в культурі та світі людських стосунків. Примат духа над тілом є підставою для того, що духовний компонент є компонентою власне людського здоров'я, істотною відмінністю людини від інших живих істот.

Здоров'я – багатовимірний феномен і виявляється на індивідуальному і популяційному рівнях. Під індивідуальним здоров'ям розуміють динамічний стан збереження й розвитку психофізіологічних функцій індивіду, його оптимальної працездатності й соціальної активності при максимальній тривалості життя. Популяційне здоров'я (здоров'я населення, колективне, суспільне або громадське) – це процес соціально-історичного розвитку біологічної і психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, у низці поколінь, підвищення його працездатності й продуктивності колективної праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду [2].

Сучасні теорія і практика формування здорового способу життя, прийняті в країнах, що є активно розвинутими, ініціюють віднесення

проблематики здоров'я на загальнопланетарний рівень й виділяють шість рівнів здоров'я світової спільноти [57]:

- 1) перший рівень – індивідуальний, тобто здоров'я окремої людини;
- 2) другий рівень визначається як рівень здоров'я певної групи людей. Це коло спілкування (сім'я, родичі, друзі, знайомі), де людина майже щоденно перебуває, постійно на нього впливає своєю поведінкою, способом життя у позитивному плані. І навпаки, своєю поведінкою, спілкуванням, ставленням до життєвих норм, правил, дане оточення впливає на людину;
- 3) третій рівень – рівень організації. Переважна більшість людей взаємодіє з різними організаціями, закладами у суспільстві (сфери охорони здоров'я, виробництва, послуг, науки, культури, релігії, правові і соціальні інституції тощо) і тим самим впливає на здоров'я працівників (як і в зворотному напрямі організація впливає на здоров'я окремої людини);
- 4) четвертий рівень здоров'я – здоров'я громади. Кожній громаді притаманні свої особливості у ставленні до культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку і, природно, ці особливості впливають на стан здоров'я людей;
- 5) п'ятий рівень – рівень певної країни, яким чином влада ставиться до громадського здоров'я своєї країни, чи відповідає чинне законодавство світовим поглядам з питань здоров'я;
- б) шостий – рівень всього світу, на якому позначаються проблеми всього людства у планетарному масштабі.

Крім визначення формулювання поняття здоров'я, завжди актуальним є питання можливостей його вимірювання, тобто отримання прямих характеристик, що відображають позитивну сторону діалектичної єдності «здоров'я-хвороба». У свій час академік М. Амосов запропонував поняття «кількість здоров'я» визначати кількістю резервів організму. Але такий підхід є суто медико-біологічним і не враховує соціальних аспектів

здоров'я. Тим більше, що під здоров'ям він розуміє максимальну продуктивність органів при збереженні кількісних меж їх функцій. Тобто, у цьому визначенні увага приділяється тільки діяльності органів, а не цілісної людини як біопсихосоціальної істоти, особистості.

Із цих позицій слушною є думка П. Рамзаєва із співавторами [53], які запропонували поняття рівня здоров'я, що визначається чотирма суспільно значущими критеріями, а саме:

- тривалість життя;
- часовий інтеграл (за все життя) фізичної й розумової працездатності;
- здатність до відтворення здорового потомства;
- інтеграл самопочуття (за все життя).

Ці показники визначені як основні (кінцеві, цільові), суспільно значущі показники здоров'я. Вони ж у свою чергу визначаються медичними показниками (хвороби зі своїми показниками). У свою чергу медичні показники формуються (іноді частково) на основі біологічних показників (генетичних, біохімічних, цитологічних, гістологічних тощо).

Як бачимо, суспільно значущі показники здоров'я обов'язково визначаються біологічними параметрами людського організму. Звичайно, що на кожний показник упродовж життя людини помітний вплив спричиняють соціальні фактори, які самі по собі, ізольовано, не можуть характеризувати здоров'я, оскільки перебувають поза організмом і не є медичними чи біологічними характеристиками людини. Народжуваність, смертність, захворюваність не можна вважати прямими показниками здоров'я. Добре відомо, що в високорозвинених країнах народжуваність істотно змінюється, як правило, у бік зменшення, а здоров'я, якщо розглянути середню тривалість життя, збільшується або тримається на певному рівні з невеликими коливаннями. Доведено, що тривалість життя людини не залежить тільки від біологічних факторів. Ці фактори своєю дією часто скорочують видову тривалість життя. Треба зазначити, що

структура захворюваності, розповсюдженість тих чи інших хвороб і тяжкість їхнього протікання змінюються й визначаються в основному мінливими соціальними умовами. Очевидним є, що різниця структури захворюваності, смертності, середньої тривалості життя населення в різних країнах, серед різних класів, соціальних груп визначається не біологічними особливостями людини, а соціально-економічними умовами життя й праці різних категорій населення. Встановлено, що регіональні відмінності в смертності населення пов'язані виключно з впливом соціальних факторів. Скорочення тривалості життя населення за рахунок травм, отруєнь та інших нещасних випадків, що складають значну частину причин смертності, також не визначаються біологічними особливостями людини [2]. Відомий демограф Е. Россет зазначає, що «статистика смертності не може повною мірою свідчити про стан здоров'я населення». Тому треба відмовитися від концепції, згідно з якою стан здоров'я населення відображається за допомогою даних про його смертність. У зв'язку з цим П. Рамзаєв зі співавторами пропонують під здоров'ям людини розуміти функціональний стан її організму, що забезпечує тривалість життя, фізичну й розумову працездатність, самопочуття й функцію відтворення потомства. Як бачимо, в поняття «здоров'я» включені кінцеві, суспільно значущі показники здоров'я. Їхня величина і вагомість, відповідно, різні залежно від віку, соціально-економічного положення, перенесених та наявних захворювань, тренуваності тощо.

Тривалість життя як один із основних показників здоров'я, буде характеризувати величину здоров'я індивіда. За інших рівних умов найбільшим здоров'ям за цим показником буде мати більш молодий організм. Якщо говорити про популяційне здоров'я, то тут важливим інтегральним показником є життєвий потенціал, який вимірюється в людино-роках життя тієї чи іншої людської популяції. Життєвий потенціал – це кількість років життя, яку має прожити індивід чи група

індивідів у певному віці, розрахована за умови збереження наявного рівня повікової смертності на основі таблиць смертності [15].

Неодмінною умовою цивілізаційного поступу є розвиток людини в гармонії з природою й соціумом. Людський розвиток – неперервний процес збільшення варіантів якісного і кількісного вибору, якому притаманні: можливість тривалий час вести здоровий спосіб життя, здобути якісну освіту, доступ до ресурсів, необхідних для забезпечення нормального життєвого рівня [15]. Для оцінки людського розвитку використовують індекс людського розвитку – усереднений інтегральний показник, який характеризує ступінь набуття людиною якісних ознак (тривалості життя, рівня освіти (грамотності дорослого населення) і реального ВВП на душу населення). Це той показник, який вже розраховується для всіх країн на міжнародному рівні, дані якого можна порівняти у динаміці та між країнами.

За концепцією людського розвитку, яку було розроблено наприкінці 80-х років ХХ століття і виголошено в Програмі розвитку ООН, примноження здоров'я – один з провідних показників людського розвитку. ПРООН щорічно видає звіти про стан людського розвитку в різних країнах, які демонструють, наскільки в тій чи іншій державі забезпечено права людини, зокрема право довго жити, вести здоровий спосіб життя, мати гідну освіту, доступ до грошових ресурсів. Згідно з опублікованою доповіддю про стан людського розвитку Норвегія, Австралія, Швейцарія, Німеччина і Данія складають п'ятірку держав з дуже високим рівнем людського розвитку у світі. США перебувають на десятому місці. В Україні індекс людського розвитку знизився і визначив 84 місце в рейтингу зі 188 країн. Такий рейтинг відповідає рівню Вірменії і є нижчим середнього для країн Європи й Центральної Азії. Треба зауважити, що зараз 60 % населення України живе за межею бідності. Експерти ООН прогнозують, що до 2030 року чисельність населення України зменшиться з 44 млн до 40 млн. осіб. Така ситуація потребує на рівні держави розробки

та впровадження термінових довгострокових заходів з покращення здоров'я населення України, у тому числі з формування здорового способу життя.

Розуміння сутності здоров'я вимагає конструктивного підходу до розуміння змісту поняття «здоровий спосіб життя». Ці два поняття є невід'ємними, бо здоров'я особистості, колективу, суспільства безпосередньо залежить від способу життєдіяльності, який визначається способом виробництва, рівнем та якістю життя, сукупністю природно-географічних, екологічних, суспільно-історичних умов та мотиваційно-ціннісних настанов. Саме в найбільш істотних формах життєдіяльності людини, тобто в способі життя буде проявлятися її здоров'я – у тому числі адаптація до умов навколишнього середовища, гармонія всіх функціональних систем, здатність повноцінно виконувати соціальні функції.

Узагальнюючи трактування різними дослідниками цього поняття, можна зробити висновок, що здоровий спосіб життя – це типові та істотні для даної суспільно-економічної формації види, типи, способи життєдіяльності, які зміцнюють адаптивні можливості організму людини, сприяють успішному відновленню, підтримці й розвитку його резервних можливостей, повноцінному виконанню людиною соціальних функцій і досягненню активного довголіття. Здоровий спосіб життя як активна діяльність суб'єкта спонукається мотивами, що визначають її спрямованість, у даному випадку, на збереження й примноження здоров'я [2].

Наукові засади формування здорового способу життя населення упродовж своєї історії пройшли шлях від первинного накопичення фактів і свідчень до розробки цілісної теорії. Підґрунтям для обґрунтування необхідності формування здорового способу життя є теоретичні надбання різних соціальних дисциплін. Теоретичні концепції психології, соціальної психології, соціології, філософії, педагогіки стали

базою створення теоретичних підходів та моделей у сфері здоров'я [83]. Так, зокрема, теоретичні концепти зміни поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, систематизують уявлення про зв'язки між подіями й характеристиками, що дозволяє пояснювати та прогнозувати поведінку. На основі теоретичних моделей поведінкових змін розробляються шляхи та механізми зміни поведінки щодо здорового способу життя [16].

Систематизація та узагальнення наукових теорій, які роз'яснюють основні наукові підходи до розуміння внутрішніх та зовнішніх факторів зміни поведінки щодо здоров'я населення, дозволяють виокремити такі теорії:

- теорії внутрішньо особистісного рівня (модель уявлень про здоров'я, теорія стимулу-реакції, теорія обдуманого дії/теорія планованої поведінки, теорія стадій змін / транстеоретична модель, модель обробки споживчої інформації);
- теорії міжособистісного рівня (соціально-когнітивна теорія, теорія соціальних мереж, теорія соціальної підтримки, теорія поширення інновацій);
- теорії громадського рівня (теорії організаційних змін, теорія стадій, теорії організаційних змін, теорія розвитку організацій, теорія життєвого циклу організації);
- теорії сприяння здоров'ю на рівні спільнот (теорія організації спільноти, організація спільноти – соціальна мобілізація (модель Ротмана));
- теорії сприяння здоров'ю рівня суспільної політики (модель Міліо, тривимірна концепція здорової суспільної політики, модель багатьох потоків або модель вікна) [16].

Більш детальне окреслення деяких із означених вище теорій наведено в таблиці 1.1.

Теорії розвитку здорового способу життя

Назва теорії	Характеристика теорії
Модель уявлень про здоров'я	Одна з перших теорій та найбільш поширених, яка є теоретичним підґрунтям наук про поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Модель уявлень про здоров'я ґрунтується на переконанні, що люди застерігаються захворіти, вважають себе уразливими до хвороби, вважають, що своїми діями вони можуть вплинути на здоров'я, що своєю поведінкою можуть принести користь для зменшення уразливості до хвороби чи наслідків хвороби. Ступінь страху (усвідомленої загрози) – одне з ключових понять теорії – впливає на реалізацію безпечної поведінки щодо здоров'я.
Теорія розвитку організацій	У результаті проведення досліджень та оцінки результатів впровадження програм сприяння здоров'ю в розвинених країнах були сформульовані умови для успішного втілення пов'язаних зі здоров'ям програм на робочому місці: прихильність і пряме залучення керівного персоналу; процес планування має залучати всі зацікавлені сторони; первинний фокус на потребах працівників; оптимальне використання наявних ресурсів; інтеграція програми з корпоративними місією та цінностями; визнання, що здоров'я працівника визначене набором взаємозалежних факторів; пристосування до особливостей конкретного робочого середовища; всебічна оцінка.
Організація спільноти – соціальна мобілізація (модель Ротмана)	<p>Формує розуміння організації спільноти через соціальну мобілізацію. Особливістю практики сприяння здоров'ю в контексті теорії організації спільнот є активне залучення членів спільноти до виявлення їхніх пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я і розробки відповідних дій для вирішення цих завдань. Організація спільноти складається з кількох окремих альтернативних моделей змін:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Модель суспільного планування використовує конкретні завдання. Вона орієнтована на вирішення проблем за допомогою досвідчених фахівців–практиків, які надають технічну допомогу в інтересах спільноти. 2. Модель місцевого розвитку – використовує різних членів спільноти для виявлення і вирішення їхніх власних проблем. Ця модель акцентує увагу на досягненні консенсусу; створенні можливостей; орієнтації на найважливіші задачі. 3. Модель соціальних дій націлена на підвищення здатності спільноти вирішувати свої проблеми і досягати конкретних змін.

Закінчення табл. 1.1

<p>Модель Міліо</p>	<p>Н. Міліо запропонувала термін «здорова суспільна політика». Головна ідея концепції «здорова суспільна політика» полягає в тому, щоб за допомогою політичних заходів зробити як здоровий персональний вибір, так і створення здорового навколишнього середовища найпростішим і найдешевшим вибором. Н. Міліо розробила понятійну модель для пояснення того, як розробляється дієва політика поліпшення здоров'я. Модель включає певні стадії розробки політики: початок, дії, втілення, оцінка і переформулювання. Подібні моделі, що передбачають визначені стадії політичного процесу були запропоновані також іншими авторами. Особливостями цієї моделі стадій є те, що перелічені кроки розробки та втілення політики розглядаються як послідовні.</p>
<p>Тривимірна концепція здорової суспільної політики</p>	<p>Концепцію здорової суспільної політики розробили Гамільтон та Бгатті. Для демонстрації важливих для здорової політики компонентів і їх взаємозв'язків, автори використали куб. Перший вимір куба складається з конструктивів проблеми, подібних до перелічених у моделі Міліо, а саме: ідентифікація проблеми, формулювання, вибір, адвокація, прийняття, втілення, оцінка, переформулювання політики. Другий вимір включає такі передумови: інформаційна база, політична воля, соціальна стратегія. Третій вимір описує контекст у таких термінах як дохід та соціальний статус, мережі соціальної підтримки, освіта, умови праці, фізичне оточення, біологічні та генетичні особливості, особисті практики щодо здоров'я, навички подолання труднощів, здоровий розвиток у дитинстві, медичні послуги, гендерні особливості, культура. Усі три виміри куба є важливими для процесу побудови здорової суспільної політики.</p>

Джерело: розроблено автором при використанні [16, 8, 7 83]

Вплив на здоров'я людини може здійснюватися через дві основні стратегії соціальної профілактики [16]:

1) стратегія боротьби – усунення негативного явища, проблеми, їх ризиків та наслідків. За цією стратегією проблема чи явище визнаються однозначно негативними і неприпустимими, а профілактика спрямована на їх недопущення (основні моделі: модель стримування, модель залякування, модель ствердження моральних принципів, модель поширення фактичних знань, модель навчання позитивній поведінці,

модель формування здорового способу життя, модель соціального впливу);

2) стратегія нормалізації – негативне явище, проблема визнаються небажаними, але припустимими (принаймні частково, за певних обставин). У такому разі профілактика спрямовується на недопущення або обмеження їх негативних наслідків (основні моделі: модель контрольованого впливу, модель зменшення шкоди).

У кожній з перерахованих стратегій та моделей є свої переваги. Завдання науковців та практиків полягає в найбільш ефективному їх поєднанні та реалізації з метою досягнення оптимальних результатів.

Більш детально варто розглянути модель формування здорового способу життя, яка була вказана у переліку моделей, що відносяться до стратегії боротьби. Прихильники цієї моделі стверджують, що причиною поширеності негативних явищ є несформованість у молодих людей цінності власного здоров'я, орієнтація на задоволення інших потреб (самоствердження, трудова діяльність, особисті стосунки) за рахунок фізичного і психічного здоров'я. Тому робота за цією моделлю спрямована на формування у дітей і молоді цінностей життя і здоров'я, розвиток умінь і навичок, на створення умов для ведення здорового способу життя. Наразі формування здорового способу життя виступає як самостійна наукова теорія і дисципліна та базується на основних положеннях щодо сучасного розуміння феномену здоров'я людини, які узгоджуються з основними положеннями Оттавської Хартії [69, 73, 60].

Теорія формування здорового способу життя ґрунтується на кількох основних ідеях, з яких складається певна ідеологія. По-перше, – це ідея пріоритету цінності здоров'я в світоглядній системі цінностей людини. По-друге, – це розуміння здоров'я не тільки як стану відсутності захворювань або фізичних вад, а ширше – як стану повного благополуччя. По-третє, – це ідея цілісного розуміння здоров'я як

феномена, що невід'ємно поєднує його чотири сфери – фізичну, психічну, соціальну і духовну. Четверта ідея полягає в тому, що відповідальність за своє здоров'я несе, передусім, сама людина, хоча і держава, і суспільство також несуть відповідальність за здоров'я населення.

Світовою спільнотою формування здорового способу життя визначається як процес запровадження зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективних програм, послуг, політики, які можуть підтримати та поліпшити існуючі рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його [69].

Метою формування здорового способу життя є сприяння досягненню в широкому розумінні благополуччя і здоров'я для всіх, на всіх рівнях, у всіх сферах, з усіма передумовами. Науковці визначають п'ять основних напрямів формування здорового способу життя, які є взаємопов'язаними між собою:

- 1) формування сприятливої для здоров'я державної політики;
- 2) створення сприятливого соціально-екологічного середовища;
- 3) підвищення активності громад;
- 4) розвиток персональних навичок;
- 5) переорієнтація служб охорони здоров'я.

Основні принципи формування здорового способу життя включають у себе партнерство та пристосування. Під партнерством мається на увазі, що передумови і перспективи доброго здоров'я не можна забезпечити тільки зусиллями спеціальних структур. Формування здорового способу життя потребує скоординованої діяльності всіх зацікавлених сторін: урядів, секторів охорони здоров'я, освіти та зокрема, суспільних і економічних, недержавних організацій, місцевої влади, промисловості та засобів масової комунікації. Під пристосуванням мається на увазі необхідність максимального пристосування діяльності

з формування здорового способу життя (стратегій, програм, заходів, ініціатив) до місцевих умов її реалізації, тобто до потреб і можливостей окремих груп людей, громад, організацій, регіонів враховуючи особливості їх суспільного, економічного і культурного устрою [73].

Основним змістом діяльності щодо формування здорового способу життя є розробка і реалізація різноманітних проектів різного спрямування, рівня та обсягу, які спираються на певні передумови, мету, принципи, стратегії, механізми, обумовлені формуванням здорового способу життя як науковою теорією та дисципліною і мають на меті покращення здоров'я окремих осіб, груп людей, спільнот країн.

Основним механізмом формування здорового способу життя є створення умов для окремих осіб, груп людей, громад спроможності і можливості позитивно впливати на проблеми здоров'я. Створення засобами формування здорового способу життя того розуміння, що тільки самим особам (групам, громадам) в першу чергу, а не державі чи спеціальним інституціям належить право вибору поведінки (право ініціатив, рішень, дій), істотно підвищує контроль за власною життєдіяльністю і, відповідно, збільшує потенції позитивних впливів на проблеми власного здоров'я [60].

Ключовими принципами сучасної політики здорового способу життя є [58]:

- відповідальність держави за стан індивідуального і громадського здоров'я;
- багатосторонність підходів;
- урахування різнопланових детермінант здоров'я;
- доступність та універсальність послуг, що формують основи здоров'я людини;

- оперативність і гнучкість у реагуванні на потреби та виклики політики здорового способу життя;

- активізація участі населення в програмах здорового способу життя та наявність громадського контролю.

Отже, наукові підходи до здоров'я та здорового способу життя потребують на сучасному етапі особливого інтегрованого підходу. Вченими різних професійних напрямів надавалися різноманітні визначення та підходи до цих понять. Загальною ідеєю для вчених є соціально-філософський підхід до проблем здоров'я, необхідність формування свідомості людей слідувати засадам здорового способу життя, розуміння інтеграції складових здоров'я, розвитку наукових детермінант формування здорового способу життя як підґрунтя ефективності збереження та зміцнення здоров'я людства.

1.2. Дослідження нормативних і стратегічних положень з формування здорового способу життя населення

Міжнародні та українські нормативно-правові документи є важливим фундаментом щодо науково-методологічного розвитку формування здорового способу життя та декларацією принципової позиції країн щодо здоров'я та формування здорового способу життя: кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства; усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини [57].

Загалом визначають такі основні етапи та відповідні нормативно-правові акти діяльності світової спільноти щодо відвернення загрози здоров'ю людства [16, 8, 5, 36]:

1 етап (1945-1970 рр.) – Загальна декларація прав людини (1948 р.); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права громадян

(1966 р.); Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (1966 р.);

2 етап (1970-1980 рр.) – доповідь міністра здоров'я і соціального забезпечення федерального уряду Канади М. Лейлонда «Нові перспективи здоров'я канадців» (Канада, 1974 р.); Стратегічна концепція «Здоров'я для всіх» (Всесвітня Асамблея охорони здоров'я, 1977 р.); Алма-Атинська декларація «Здоров'я для всіх» (Міжнародна конференція із первинної медико-санітарної допомоги, Алма-Ата, 1978 р.);

3 етап (1980-1990 рр.) – Оттавська Хартія формування здорового способу життя (I Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Канада, 1986 р.), Аделаїдські рекомендації (II Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Австралія, 1988 р.), Європейська хартія по навколишньому середовищу і охороні здоров'я (Зібрання міністрів навколишнього середовища та міністрів охорони здоров'я держав-суб'єктів європейського регіону ВООЗ, Франкфурт-на-Майні, 1989 р.);

4 етап (1990-2000 рр.) – Сундсвальські рекомендації (III Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», 1991 р.), Стратегія розвитку здоров'я населення: інвестування в здоров'я канадців (документ Міністерства охорони здоров'я, Канада, 1994 р.); Копенгагенська декларація (1994 р.); Міжнародний проект Європейської Комісії, Європейського Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Ради Європи «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю», Україна, 1995 р.; Джакартська декларація «За пропаганду здорового способу життя у XXI столітті», Індонезія, 1997 р.; Всесвітня декларація охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI сторіччі: основи політики і досягнення здоров'я для усіх в Європейському регіоні ВООЗ»; Програма «Здоров'я 21» (51 сесія Всесвітньої Асамблеї з охорони здоров'я ВООЗ, 1998 р.), Українська модель формування здорового способу життя (Українсько-канадський проект «Молодь за здоров'я», 1998-2002 рр.);

5 етап (2000-2010 рр.) – V Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Мексика, 2000 р.; Національна доктрина розвитку освіти, Україна, 2002 р.; Бангкокська Хартія сприяння здоров'ю в глобалізованому світі (VI Міжнародна конференція «Сприяння розвитку здоров'я», Таїланд, 2005 р.); Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ: європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, 2005 р.; регіональні моделі формування здорового способу життя українсько-канадського проекту «Молодь за здоров'я-2», 2003-2005 рр.; Інтегрована загальнонаціональна стратегія поширення здорового способу життя, Канада, 2005-2015 рр.;

6 етап (2010-2020 рр.) – Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», Україна, 2011 р.; Положення про Всеукраїнський конкурс сучасної моделі навчального закладу «Школа сприяння здоров'ю», Україна, 2011 р.; Основи нової регіональної політики – «Здоров'я 2020» (документ для керівників та розробників політики «Основи європейської політики в підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», детальна версія «Здоров'я 2020 – основи політики та стратегія») (Сесія Європейського регіонального комітету ВООЗ, 2012 р.); Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, Україна, 2013 р.; Рекомендації, які ґрунтуються на основних засадах системи «Людина–грумада–держава», міжнародна конференція «Молодь України за здоровий спосіб життя», Україна, 2013 р.; Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», Україна, 2015 р.; Рекомендації парламентських слухань «Про реформу охорони здоров'я в Україні», Україна, 2016 р.; Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», Україна, 2016 р.; Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2016-2020 роки», Україна, 2016 р.

Як видно з перелічених вище документів, що стосуються формування здорового способу життя в Україні, більшість із них закінчила термін свого функціонування у 2020 році. До того ж видно, що окремого стратегічного нормативного документу державного рівня з питань формування здорового способу життя в Україні не існує. Такий нормативний документ, як Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» втратив чинність на підставі Указу Президента № 300/2021 від 21.07.2021 р. [67]. Відповідні правові норми щодо формування здорового способу життя містяться у нормативно-правових актах, що відносяться до сфер галузей законодавства.

Здоров'я людини в Україні розглядається як одне з найголовніших немайнових благ особи. Статтею 3 Конституції України здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканність та безпека, визначене найвищою соціальною цінністю. Згідно із статтею 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я [25].

У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, що після Конституції є другим за юридичною вагою правовим актом у цій сфері, здоров'я визначається як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Таким чином, у національне законодавство України практично імплементоване визначення здоров'я, прийняте ВООЗ. Слід наголосити на тому, що Основи законодавства України про охорону здоров'я не лише дають визначення основних понять, змісту права на охорону здоров'я та її принципів, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави та особистості. Вони містяться у розділі IV: «Забезпечення здорових і безпечних умов життя». У свою чергу, цей розділ складається із статей, що стосуються підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення; забезпечення охорони навколишнього середовища як важливої передумови життя і здоров'я людини; забезпечення санітарного

благополуччя територій та населених пунктів; створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку; запобігання інфекційним захворюванням; проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств із шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих; сприяння здоровому способу життя населення. Стаття 32 «Сприяння здоровому способу життя населення», зокрема, встановлює, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікувально-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, боротьбі із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. Крім того, у даній статті визначається, що в Україні проводиться державна політика щодо обмеження паління та вживання алкогольних напоїв [14].

Варто відмітити, що діючими або на стадії розробки та обговорення на сьогоднішній день залишаються нормативні і стратегічні положення з формування здорового способу життя населення України, які наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Діючі та перспективні нормативні і стратегічні положення з формування здорового способу життя населення України

Назва документу	Характеристика положень
Проект Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» від 07.08.2018 № 9015 (статус: Одержаний ВР України)	у документі присутня стратегічна ціль 4. Забезпечення охорони громадського здоров'я, благополуччя та якісної освіти в безпечних і життєстійких населених пунктах. Завданнями якої є забезпечення показників очікуваної тривалості життя при народженні до рівня країн ЄС; зменшення смертності, захворюваності, наркозалежності; налагодження інформаційно-просвітницької роботи серед населення щодо усвідомлення необхідності та поширення стандартів здорового способу життя та інше.
Проект Закону «Про систему громадського здоров'я»	проект закону визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя.
Проект Національної стратегії формування здорового способу життя дітей та молоді на період до 2025 року	визначає державну політику спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я дітей та молоді, базується на пріоритетах запобігання захворюванням, культури здоров'я та формування здорового способу життя. Стратегія спрямована на посилення відповідальності молодих людей за збереження і зміцнення власного здоров'я, підвищення рівня соціальної інклюзії та розвиток профілактичної діяльності й передбачає реалізацію заходів на національному, регіональному й місцевому рівнях.
Указ президента України «Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі» №195/2020	створено з метою забезпечення додержання конституційних прав та свобод дитини, гарантій з охорони дитинства, реалізації прав дітей на освіту, безпечне для життя і здоров'я освітнє середовище, збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління.
Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з	Розроблення комплексу показників для оцінки рівня фізичного здоров'я різних груп населення. Формування ціннісного ставлення юнацтва, дітей та молоді до власного здоров'я, покращення фізичного розвитку. Формування інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд. Упорядкування мережі центрів фізичного здоров'я населення. Удосконалення

Закінчення табл. 1.2

оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» на 2021 рік» від 19 серпня 2020 р. № 1043-р	законодавства щодо підтримки та стимулювання суб'єктів сфери фізичної культури і спорту. Збільшення кількості загальнодоступних спортивних заходів. Модернізація в закладах освіти системи фізичного виховання. Створення роботодавцями, профспілками, громадськими об'єднаннями фізкультурно-спортивної спрямованості (зокрема фізкультурно-спортивними товариствами) на робочих місцях сприятливих умов для оздоровчої рухової активності. Запровадження оцінки якості послуг з оздоровчої рухової активності тощо.
План заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року	Планом передбачено комплексні заходи щодо захисту прав громадян похилого віку із концентруванням зусиль на таких пріоритетних напрямках: поліпшення умов для самореалізації та участі громадян похилого віку в процесах розвитку суспільства; сприяння збереженню їхнього здоров'я та забезпеченню благополуччя; створення середовища, сприятливого для активного життя; стимулювання продовження трудової діяльності; формування політики навчання протягом життя; посилення адресності програм соціальної допомоги малозабезпеченим категоріям осіб; інше.
Загальнонаціональна програма «Здорова Україна»	Програма спрямована на всі вікові категорії та групи населення і має на меті збільшення тривалості життя українців. Передбачає реформування уроків фізкультури в школі, шкільного харчування, популяризація спортивних секцій і гуртків, нові онлайн-додатки для їх пошуку і використання під час занять. Повні медичні обстеження для осіб після 55 років кожен рік-два. Створення активних парків і спортивних майданчиків по всій країні.

Джерело: складено автором при використанні [51, 50, 52, 68, 55, 43, 19]

Аналіз наведених документів та їх положень, що стосуються стратегічного розвитку питань формування здорового способу життя населення в Україні, показав відсутність нормативного стратегічного документу з комплексним представленням положень щодо формування здорового способу життя для всіх вікових категорій населення України. У кожному з нормативних актів наведено галузеві фрагментовані необхідні напрямки формування здорового способу життя, наприклад, для дітей та молоді, для освітнього середовища, з рухової активності, активного довголіття тощо.

1.3. Проблеми формування здорового способу життя населення України

Проблема здорового способу життя є нині актуальною в багатьох країнах світу, як тих, де рівень життя є високим, так і в тих, що до цього тільки просуваються. Увага урядовців, політиків, науковців та громадських діячів у різних регіонах світу до необхідності впровадження здорового способу життя пов'язана з існуючою тенденцією до поширення інфекційних та неінфекційних хвороб серед населення, що стає причиною різкого підвищення витрат на медицину та зниження якості життя і тривалості активного життя. Ситуація в Україні щодо стану громадського здоров'я, яка знаходиться на європейському континенті, та прагне до інтеграції в Європейський Союз, може і повинна порівнюватися з аналогічними показниками на більшій частині континенту. У Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація», яка розроблялась на 2009-2013 роки, схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 року перш за все йшлося про стійку тенденцію до зниження рівня здоров'я населення України, а у підтвердження таких слів наводилось порівняння стану справ у цій сфері в нашій державі та в країнах Європейського Союзу, зокрема вказувалось, що тривалість життя наших громадян є на 10-12 років нижчою, ніж відповідний показник в державах ЄС, а передчасна смертність, особливо серед чоловіків працездатного віку – вищою в 3-4 рази [28]. Варто зауважити, що на сьогоднішній день ситуація зі станом громадського здоров'я в Україні майже не змінилася. Тенденції зберігаються. На сьогодні середня тривалість життя в Україні становить 72 роки, що ставить країну на 115-те місце у світі. Також чисельність населення держави щорічно скорочується [19].

Наведені цифри, як і багато інших чинників вказують на наявність значних проблем із поширенням практики здорового способу життя серед українців. І це при тому, що якість здоров'я населення в самому

ЄС, з яким йде порівняння, теж викликає занепокоєння у країнах Союзу та з боку європейських інституцій. Вже достатньо тривалий час вплив способу життя на здоров'я населення перебуває у центрі уваги як загальноєвропейських структур так і урядів держав-членів ЄС. У Білій книзі «Спорт» йдеться про те, що недостатній рівень рухової активності викликає поширення ожиріння та хронічних захворювань, які знижують якість життя людей та стають значним тягарем для бюджетів [88].

Підтвердженням того, що в Україні залишається проблемним питання формування здорового способу життя населення, є проголошення президентом України про запуск програми «Здорова Україна» у 2021 році на форумі «Україна 30. Здорова Україна». Програма має на меті збільшення тривалості життя українців, вона спрямована на всі вікові категорії і групи населення. Програма «Здорова Україна» передбачає реформування уроків фізкультури в школі і повні медичні обстеження для осіб після 55 років кожен рік-два [19]. Президент оголосив, що в зв'язку з несприятливою епідемічною ситуацією в світі, ініціює розробку програми «Здорова нація», яка буде містити практичні рекомендації громадянам зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і подолання їх наслідків. Закликано голів обласних державних адміністрацій активно сприяти втіленню ініціативи [47].

Оскільки актуальність проблеми здорового способу життя в нашій державі є поза сумнівом. У цьому контексті важливо наголосити на тому, як саме формується здоровий спосіб життя, і що може сприяти тому, щоб кожна конкретна людина зробила вибір на його користь. Іншими словами на необхідні умови формування здорового способу життя, які, в свою чергу, часто і визначають проблемні пункти його впровадження.

Здоровий спосіб життя є, безперечно, вільним та свідомим вибором людини, що в такий спосіб реалізує власну систему цінностей,

в якій провідні місця посідають такі поняття як життя, здоров'я, довголіття, повага до інших та до природи і планети, що є нашою спільною домівкою. Проте, здоровий спосіб життя неможливий за певних обставин. Наприклад, екологічної катастрофи, пануючої у суспільстві зневаги до здоров'я та до людини як такої тощо. Таким чином, вибір робить кожна людина, а умови для його здійснення мають бути створені на рівні всього суспільства. На сьогодні саме поняття здорового способу життя є набагато ширшим, ніж просто відмова від шкідливих звичок, а завдання його формування не є прерогативою лише медицини [30]. Наприклад, здоровий спосіб життя може бути визначений, як комплекс поведінкових актів людей, який обумовлює збереження і зміцнення їх здоров'я в об'єктивних умовах праці, побуту, вільного часу, економіки та екології [4] або як відображення взаємозв'язку здоров'я людини та всіх характеристик її способу життя [31]. Отже, саме поняття здорового способу життя стає все більш пов'язаним із умовами, за яких він може бути реалізований.

Аналіз як вітчизняного, так і зарубіжного досвіду дослідження проблем здорового способу життя демонструє важливу роль, яку має відігравати як держава, так інституції громадянського суспільства у створенні умов для його поширення серед різних груп населення. На даному етапі розвитку здоровий спосіб життя все більше стає предметом уваги з боку української держави і тому саме тепер необхідно виокремити ті аспекти даного питання, які в силу тих чи інших причин поки не знаходять належної оцінки та вирішення з боку як держави так і суспільства. Таких питань є нажаль чимало. Проте є усі підстави вважати, що на сьогодні в Україні не спостерігається істотних зрушень щодо поширення практики здорового способу життя населення. І навіть проголошення започаткування програми «Здорова Україна» [46] поки що не представлено у вигляді повноцінного нормативного документу стратегічного значення із заходами його виконання, наведено лише основні

складові програми, які направлено в основному на молодь (школярів) та осіб старше 55 років.

Про пріоритети державної політики у сфері здорового способу життя можна судити з вже згаданих державної програми «Здорова Україна», із затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» на 2021 рік [56], в яких наголошується, що особливою загрозою майбутньому країни є нинішній стан здоров'я і спосіб життя дітей і молоді, оскільки у 90 відсотків школярів діагностуються різні захворювання. А у Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009 – 2013 роки про осіб похилого віку згадувалося тільки у контексті того, що для них характерна гіподинамія [28]. Безперечно, якщо оцінювати значущість турботи про здоровий спосіб життя різних груп населення, то дитячо-молодіжна є дуже важливою, особливо з точки зору перспектив та майбутнього.

Однак турбота про здоровий спосіб життя дітей та молоді не може вирішити усього комплексу питань, пов'язаних із здоров'ям нації. З плином часу всі люди переходять з категорії молоді до інших вікових категорій, але при цьому цінність кожної людини та її потреба у здоров'ї не зменшується. Крім того, за умов старіння населення, що відбувається в Україні, сприяння збереженню та зміцненню здоров'я осіб похилого віку за допомогою поширення практики здорового способу життя у представників даної категорії людей стане необхідним чинником оптимізації як умов ринку праці – за рахунок подовження активного віку, – так і витрат на медичні потреби, які не зростатимуть щорічно у значній динаміці. Зрештою, старіння населення призводить до того, що все більша його частка відноситься до категорії осіб похилого віку, що вимагатиме більшої уваги до цієї вікової групи з боку держави. Тому, старіння у стані здоров'я має бути однією з

найважливіших цілей, яку повинна ставити держава у сфері формування здорового способу життя. Однак, на жаль в нашій країні не спостерігається належної уваги з боку держави до здорового способу життя осіб похилого віку [24]. Про цю вікову категорію у програмі «Здорова Україна» згадується у контексті того, що для осіб після 55 років буде впроваджено так звані медичні чек-апи, повні медобстеження кожні два роки, а для деяких категорій – щорічно, проте медичне обстеження раз на рік не може покрити собою весь спектр необхідних заходів з формування і реалізації здорового способу життя людей.

У цьому контексті для України дуже корисним є досвід європейських країн, де питання підтримки та покращення здоров'я осіб похилого віку посідає важливе місце. Зокрема у Білій Книзі Єврокомісії «Разом до здоров'я: стратегія ЄС на 2008-2013 роки» здоров'я осіб похилого віку визнано одним з пріоритетів у системі заходів, визначених у відповідній стратегії, поряд з увагою до здоров'я дітей та працездатних осіб [87]. Активна турбота держави про здоровий спосіб життя осіб похилого віку матиме й своєрідне виховне значення. Таким чином, буде можливість зайвий раз донести до молоді важливе послання – активне життя і здоров'я є цінністю у будь-якому віці, а тому не варто жити одним днем та нехтувати собою, тому що життя не закінчується тільки молодими роками. Загалом, у нашому суспільстві має зникнути уявлення про осіб похилого віку як про категорію населення, яка тільки споживає ліки, часто живе за межею бідності та веде здебільшого пасивний спосіб життя, яка потребує скоріше пільг у аптеках, ніж можливостей займатися руховою активністю.

Тож, з проведеного вище дослідження можна зробити висновок, що розглядати проблеми формування здорового способу життя населення необхідно у тому числі за віковими групами: молодь, працездатне населення та особи похилого віку. Оскільки кожна вікова група має свої особливості у стані здоров'я і впливу факторів на нього.

Так проблеми формування здорового способу життя у дітей шкільного та молоді наведено у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Проблеми формування здорового способу життя у дітей шкільного віку та молоді

Назва групи проблем	Характеристика проблеми
Відсутність звичок здорового способу життя	відсутність у переважної більшості дітей звичок здорового і безпечного способу життя, у тому числі здорового харчування, низький рівень їх рухової активності, недостатня сформованість у них навичок безпечної поведінки та ненасильницької, безконфліктної комунікації;
Нестача навичок безпечного користування мережею Інтернет	уразливість дітей шкільного віку під час використання Інтернету, нестача навичок безпечної поведінки в інформаційному середовищі, неконтрольований доступ до Інтернету під час освітнього процесу;
Недостатній рівень ефективності освіти	недостатній рівень ефективності освіти, яка забезпечує соціальний і здоров'язбережувальний компоненти навчання, медіа- та цифрову грамотність учнів, що можуть сприяти безпечній життєдіяльності, збереженню та зміцненню здоров'я, веденню здорового способу життя, безпечній комунікації;
Зношеність матеріально-технічної бази закладів освіти	недостатність і зношеність матеріально-технічної бази закладів освіти, що необхідна для здобуття якісної освіти та всебічного розвитку дітей, у тому числі для забезпечення здоров'язбережувального компонента навчання, а також для забезпечення здорових та нешкідливих умов навчання;
Невідповідність умов безпеки у закладах освіти	недостатня увага до створення у закладах освіти умов, що забезпечують фізичну безпеку та доступність освітнього середовища для всіх учнів, у тому числі з особливими освітніми потребами (відповідність вимогам пожежної, санітарно-епідеміологічної, екологічної безпеки, будівельним нормам з урахуванням принципів універсального дизайну та/або розумного пристосування);
Наявність насильства	відсутність ефективного та системного підходу в закладах освіти щодо попередження та реагування на прояви насильства та булінгу (цькування);
Неякісне харчування	неналежні умови для організації достатнього, якісного, безпечного, збалансованого харчування дітей у закладах освіти;
	відсутність стандартизованих норм харчування (в тому числі для дітей, які потребують спеціального дієтичного харчування) та фізичної активності відповідно до фізіологічних потреб учнів та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, що є бар'єром для формування знань та навичок здорового і безпечного способу життя;

Закінчення табл. 1.3

Недосконалість санітарних норм і правил	застарілі державні санітарні правила і норми щодо влаштування, утримання закладів освіти та організації освітнього процесу та інші санітарні правила і норми у сфері освіти;
Недосконалість медичного обслуговування	недостатній рівень медичного обслуговування дітей шкільного віку;
Недостатність психологічної допомоги	недостатньо ефективний психологічний супровід учасників освітнього процесу;
Низький рівень залучення батьків	низький рівень залучення батьків до формування гігієнічних навичок та засад здорового і безпечного життя їх дітей;
Недосконалість координації і партнерства	недостатнє використання ресурсів взаємодії та партнерства між учасниками освітнього процесу, закладами освіти і закладами охорони здоров'я, закладами культури, соціальними службами, правоохоронними органами, іншими державними органами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями, а також ресурсів волонтерської допомоги за відповідними напрямками.

Джерело: складено автором за використання [68]

Перелічені вище проблеми стосуються переважно політики формування здорового способу життя дітей шкільного віку, проте деякі з них стосуються і молоді, яка навчається у закладах вищої освіти. Варто зауважити також на такі основні проблеми з формування здорового способу життя молоді [59]:

- низька мотивація молоді до збереження власного здоров'я, виховання почуття відповідальності за власне здоров'я;
- не достатнє поширення знань щодо формування здорового способу життя в молодіжному середовищі;
- слабка інформаційна кампанія щодо пропаганди здорового способу життя, формування моди на здоровий спосіб життя у молоді;
- використання неефективних методик та інструментів із формування здорового способу життя у молоді, що не відповідають сучасним умовам її життєдіяльності;
- низька активізація участі молоді у формуванні здорового способу життя, залучення молоді до волонтерської діяльності.

Проблеми формування здорового способу життя серед осіб працездатного віку є різноманітними та комплексними. Сюди відносяться:

- поширення шкідливих звичок;
- неякісне харчування;
- перевтомлення;
- низький рівень рухової активності;
- нехтування регулярним профілактичним медичним оглядом;
- самолікування (самостійно лікуються за допомогою ліків 42% населення України [74]);
- обмеженість можливостей та умов з формування та реалізації здорового способу життя тощо.

Однак дослідження у цій сфері, проведене в Європейському Союзі, показало наявність зв'язку між станом здоров'я особи та рівнем її занять руховою активністю на роботі [77]. Таким чином було встановлено важливу роль рухової активності саме на робочому місці для запобігання хронічним захворюванням, які нині становлять значну проблему у загальному комплексі питань охорони здоров'я та витрат на медицину.

Варто пам'ятати, що шкідливі звички – вживання алкоголю та тютюнокуріння – часто пояснюються як невдала спроба боротися зі стресом сучасного життя, «відпочити» від розумових навантажень. Сприяння заняттям руховою активністю на робочих місцях могло б абсолютно чітко довести багатьом нашим співгромадянам, що саме рухова активність, заняття фізкультурою і є найкращим засобом боротьби зі стресом та втомою від розумової праці. Проте, в Україні не спостерігається належної уваги саме до цієї теми. Сучасна людина проводить на роботі більшу частину свого часу, умови праці часто є безпосередніми причинами виникнення хронічних захворювань.

У Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009-2013 роки була згадка про необхідність залучення до пропаганди здорового способу життя роботодавців, але відсутні положення щодо створення умов для занять руховою активністю на робочих місцях [28], не оголошено ці положення і у складових частинах програми «Здорова Україна» 2021 року, поки що мова йшла про громадські спортивні майданчики. Недостатня увага до цієї проблеми може стати причиною зниження ефективності усіх інших заходів, спрямованих на формування здорового способу життя та зміцнення здоров'я населення нашої держави. Рухова активність на робочому місці – це важливий інструмент, який дозволяє підтримувати здоров'я значної частки населення – працездатних дорослих осіб, які створюють національне багатство країни та визначають її теперішнє й майбутнє.

На основі викладеного вище матеріалу можна зробити кілька висновків:

1. Поширення здорового способу життя серед широких верств населення неможливе без створення необхідних умов для його реалізації, як з боку держав, так і інституцій громадянського суспільства. На сьогодні дуже часто саме відсутність умов та уваги з боку держави і суспільства стають причинами проблем у формуванні здорового способу життя.

2. На даному етапі розвитку ситуація в Україні із залученням населення до здорового способу життя є набагато менш сприятливою, порівняно з багатьма іншими державами – членами Європейського Союзу. Проблеми здоров'я нації є в Україні дійсно серйозними, а їх вирішення – невідкладним, що потребує значних зусиль держави та неурядових організацій. Як можна зрозуміти з аналізу українських нормативних документів, пріоритетне значення та велика роль в нашій державі відводиться формуванню здорового способу життя дітей та

молоді. Безперечно, здоров'я та благополуччя дітей і молоді є істотним чинником, що визначить майбутнє країни. Проте, світовий досвід вказує на те, що у справі впровадження здорового способу життя кожна вікова група є пріоритетною.

3. Процес старіння населення, який відбувається в Україні значно актуалізує проблему продовження активного віку та старіння у стані здоров'я. Дана проблема вже тривалий час визнана важливою в багатьох країнах світу, однак в Україні, нажаль, їй не приділяють належної уваги. Ця ситуація має бути виправлена якомога скоріше, адже здоровий спосіб життя осіб похилого віку - це не тільки зменшення бюджетних витрат на медицину, але й підвищення якості життя значної кількості українців, які багато зробили для розвитку нашої держави і кількість яких постійно зростає. Зрештою, здорова старість – це те, до чого має прийти кожен з нас.

4. Вкрай важливе значення для поширення здорового способу життя в суспільстві має залучення до нього осіб працездатного віку, чиє здоров'я та творчий потенціал є запорукою розвитку та процвітання держави. Проблеми формування здорового способу життя серед осіб даної вікової групи є різноманітними та комплексними. Водночас, європейськими дослідниками було встановлено зв'язок між станом здоров'я особи та рівнем її занять руховою активністю на роботі. Цей висновок можна екстраполювати й на українську практику і, відповідно, сприймати його як керівництво до дії. Але, на сьогодні в нашій державі не існує належної уваги до проблеми занять руховою активністю на робочому місці, що становить одну з дуже важливих проблем формування здорового способу життя працездатного населення.

Також однією з серйозних проблем у формуванні здорового способу життя є нехтування власним здоров'ям, що стосується всіх вікових категорій населення. Характерною рисою суспільної свідомості є низький рівень

поінформованості й компетентності в питаннях здоров'я і, як наслідок, відсутність готовності індивіда взяти на себе відповідальність за своє здоров'я, неспроможність протидіяти найменшим нездужанням. Проблему виховання свідомого і дбайливого ставлення до власного здоров'я необхідно вирішувати засобами освіти. Засвоєння знань про здоров'я не обмежується лише теоретичним рівнем. Науку про здоров'я, як і фізичну культуру, слід розглядати як творчо-практичну діяльність, спрямовану на активне, свідоме і цілеспрямоване використання знань, розвиток уміння їх застосовувати. З погляду оздоровчої практики поняття власної відповідальності за стан здоров'я набуває ключового значення, оскільки здоров'ятворення є індивідуальною діяльністю [35].

Загалом спільною проблемою для всіх вікових груп населення у формуванні здорового способу життя є відсутність цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя, яка ґрунтується на ідеології початку пропаганди до народження дитини, роботи з майбутньою матір'ю (батьками), її продовження в сім'ї, дитячому дошкільному закладі, початковій, середній і вищій школі, у державних і недержавних структурах служби або праці, у пенсійному віці, тобто протягом усього життя. Також не достатньо опрацьованими та не адаптованими до потреб населення за віком, до умов сьогодення, а від того і не достатньо ефективними, залишаються методики і технології формування здорового способу життя. Таким чином, потребують удосконалення державні програми з формування здорового способу життя населення, переведення їх у статус документів стратегічної дії (а не короткострокового функціонування), із змістовним системним наповненням та ефективними заходами з ведення здорового способу життя для всіх вікових груп населення.

Висновки до розділу

Досліджено теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя населення. За результатами аналізу встановлено шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я: здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя. Встановлено, що в останні десятиліття завдяки розвитку валеологічних досліджень уявлення про здоров'я істотно змінилося. Здоров'я стало розумітися як процес формування й підтримання динамічної рівноваги організму на соматичному і психічному рівнях на основі біохімічних й інформаційно-психологічних адаптаційних механізмів.

Узагальнюючи трактування різними дослідниками зроблено висновок, що здоровий спосіб життя – це типові та істотні для даної суспільно-економічної формації види, типи, способи життєдіяльності, які зміцнюють адаптивні можливості організму людини, сприяють успішному відновленню, підтримці й розвитку його резервних можливостей, повноцінному виконанню людиною соціальних функцій і досягненню активного довголіття. Систематизовано та узагальнено наукові теорії, які роз'яснюють основні наукові підходи до розуміння внутрішніх та зовнішніх факторів зміни поведінки щодо здоров'я населення. Визначено та охарактеризовано теорії розвитку здорового способу життя: модель уявлень про здоров'я; теорія розвитку організацій; організація спільноти – соціальна мобілізація (модель Ротмана); модель Міліо;

тривимірною концепцією здорової суспільної політики. Детально досліджено теорію формування здорового способу життя.

Встановлено, що світовою спільнотою формування здорового способу життя визначається як процес запровадження зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективних програм, послуг, політики, які можуть підтримати та поліпшити існуючі рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його. Перелічено мету, напрямки, принципи формування здорового способу життя.

Визначено, що у час науково-технічного, соціального й інформаційного розвитку цивілізації, зростання різноманітних ризиків, увага науковців має бути переорієнтована на здорову людину. Основним завданням сучасної валеологічної та медичної науки в нашій країні має стати вироблення довгострокової стратегії збереження населення України й найшвидшого відновлення його здоров'я.

Проведено дослідження нормативних і стратегічних положень з формування здорового способу життя населення. Визначено основні етапи та відповідні нормативно-правові акти діяльності світової спільноти щодо відвернення загрози здоров'ю людства. Наведено діючі та перспективні нормативні і стратегічні положення з формування здорового способу життя населення України. Встановлено, що у кожному з нормативних актів наведено галузеві фрагментовані необхідні напрямки формування здорового способу життя, наприклад, для дітей та молоді, для освітнього середовища, з рухової активності, активного довголіття тощо. Аналіз наведених документів та їх положень, що стосуються стратегічного розвитку питань формування здорового способу життя населення в Україні, показав відсутність нормативного стратегічного документу з комплексним представленням положень щодо формування здорового способу життя для всіх вікових категорій населення України.

Проаналізовано проблеми формування здорового способу життя населення України. Дослідження вказують на наявність значних проблем із поширенням практики здорового способу життя серед українців. Встановлено, що розглядати проблеми формування здорового способу життя населення необхідно у тому числі за віковими групами: молодь, працездатне населення та особи похилого віку. Оскільки кожна вікова група має свої особливості у стані здоров'я і впливу факторів на нього. Визначено проблеми формування здорового способу життя у дітей шкільного віку та молоді, проблеми формування здорового способу життя серед осіб працездатного і похилого віку. Встановлено, що загалом спільною проблемою для всіх вікових груп населення у формуванні здорового способу життя є відсутність цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя, яка ґрунтується на ідеології початку пропаганди до народження дитини, роботи з майбутньою матір'ю (батьками), її продовження в сім'ї, дитячому дошкільному закладі, початковій, середній і вищій школі, у державних і недержавних структурах служби або праці, у пенсійному віці, тобто протягом усього життя. Також не достатньо опрацьованими та не адаптованими до потреб населення за віком, до умов сьогодення, а від того і не достатньо ефективними, залишаються методика і технології формування здорового способу життя.

РОЗДІЛ 2

**АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ КНП «ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ
ІМ. О.Ф. ГЕРБАЧЕВСЬКОГО» ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

2.1. Напрями роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, їх вплив на формування здорового способу життя населення

Початок свого існування нинішня обласна клінічна лікарня бере з 1895 року, коли в м. Житомирі було відкрито стаціонар на 15 ліжок і амбулаторію приватною лікарською практики з чотирма кабінетами: хірургічним, терапевтичним, гінекологічним і з вушних хвороб. З 1938 року лікарню перейменували в обласну хірургічну лікарню, в якій на той час уже було розгорнуто 125 ліжок. З 1950 року обласна хірургічна лікарня реорганізується в багатопрофільну лікарню на 150 ліжок, у складі якої вже було відкрито терапевтичне, хірургічне, ортопедо-травматологічне, отоларингологічне, урологічне, онкологічне відділення. На кінець 1980-х років потужність лікарні значно зросла, були введені в дію багатопверхові корпуси, відкриті нові відділення (судинної хірургії, ревматології, нефрології, гастрохірургічний та торако-пульмонологічний центри, відділення кістково-гнійної хірургії), кількість ліжок досягла 1075 одиниць. Так за 125 років свого існування невеличка лікарня з 15 ліжок перетворилася на потужне медичне містечко – Житомирську обласну лікарню. Одним із перших головних лікарів у лікарні був видатний хірургів Олександр Федорович Гербачевський, який працював у ній з 1924 року. З 1992 року обласна клінічна лікарня носить його ім'я. Гербачевському О.Ф. вдалося об'єднати висококваліфікованих лікарів, наукових діячів, організаторів охорони здоров'я. На сьогоднішній день обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського це провідний лікувально-профілактичний заклад у системі охорони здоров'я Житомирської області.

Лікарня надає всі види високоспеціалізованої медичної допомоги, у тому числі з пересадки органів (з 2021 року). Щороку в лікарні надається спеціалізована медична допомога понад 20 тисячам хворих, виконується до 15 тисяч оперативних втручань, проводиться понад 170 тисяч консультативних прийомів [38].

Щодо професійного кадрового потенціалу лікарні варто відмітити, що в ній працює 251 лікарів, із них 6 кандидатів медичних наук і 10 заслужених лікарів України. В обласній клінічній лікарні працює 679 середніх медичних працівників, з яких 5 заслужених середніх медичних працівників України, 5 осіб отримали диплом лауреата премії ім. О.Ф. Гербачевського, 19 відмінників охорони здоров'я. До того ж, у лікарні працюють 400 молодших медичних сестер. Щодо потенціалу з надання медичної допомоги варто відмітити, що в лікарні розгорнуто 784 ліжок, працює 22 клінічні відділення, створено 19 спеціалізованих центрів: ортопедичний, опіковий, мікрохірургії ока, «Діабетична стопа», гемодіалізний, з лікування шлункових кровотеч, малоінвазивної хірургії, гематологічний, отоларингологічний та інші. З метою удосконалення діагностичного і лікувального процесів та впровадження сучасних технологій, співробітники обласної клінічної лікарні приймають участь у міжнародних конференціях, симпозіумах, конгресах [38].

Так, на сьогодні до складу КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради входять відділення та підрозділи, які наведено у таблиці 2.1. Як видно з таблиці, загалом нараховується 37 структурних підрозділів медичного призначення у КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, що свідчить про широку спеціалізацію роботи лікарні з великою кількістю профільних напрямів діяльності. З одного боку організація такої структури має переваги у наданні максимальної кількості різновидів медичної допомоги населенню м. Житомира і Житомирської області, а з іншого боку лікарня стикається з ризиками ефективного забезпечення її якісного функціонування (фінансові, організаційні, матеріально-технічні, кадрові, інформаційні ризики тощо).

Таблиця 2.1

Відділення та підрозділи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, характеристика їх діяльності

Назва відділення, підрозділу	Характеристика діяльності відділення, підрозділу
1. Консультативно-діагностична поліклініка	Консультування хворих, які прибули за направленням із територіальних медичних закладів, або звернулись самостійно, відбір пацієнтів для стаціонарного лікування у відділеннях обласної клінічної лікарні, консультування та відбір учасників АТО на реабілітацію в заклади охорони здоров'я відповідно до дорожньої карти.
2. Організаційно-методичний відділ	Організація медико-статистичної роботи у відділеннях. Узагальнення звітності про результати діяльності відділень. Інформаційно-аналітичне забезпечення, планування діяльності лікарні. Здійснення контролю за дотриманням єдиної системи ведення, збору, зберігання та обробки медико-статистичної інформації.
3. Централізована клініко-діагностична лабораторія	Обслуговує пацієнтів відділень стаціонару, консультативно-діагностичної поліклініки, проводить централізовані цитологічні дослідження для закладів охорони здоров'я області. Працює за напрямками: клініко-гематологічний, біохімічний, цитологічний, імунно-серологічний, бактеріологічний, ПЛР-діагностики.
4. Експрес-лабораторія	Здійснення лабораторного обстеження пацієнтів, які потребують невідкладної допомоги. Виконання клінічних лабораторних досліджень в максимально стислий термін та в необхідному обсязі.
5. Приймально-діагностичне відділення	Кваліфікований та своєчасний прийом хворих, які поступають на лікування, та обґрунтоване вирішення їх госпіталізації. Надання хворим необхідної медичної допомоги, в тому числі і термінової.
6. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії №1, №2	Протоколи: гострий респіраторний дистрес-синдром, гостра ниркова недостатність, гостра печінкова недостатність, злаякісна гіпертермія, післяопераційна дихальна недостатність, складна інтубація трахеї, тяжкий гемарогічний шок.
7. Відділення гемодіалізу	Застосування методів замісної ниркової терапії (програмний гемодіаліз та перитонеальний діаліз).
8. Відділення інтенсивної терапії для післяопераційних хворих №1, №2	Проведення інтенсивної медикаментозної терапії післяопераційним хворим із застосуванням фізичних методів, лікувальної фізкультури та відповідних маніпуляцій. Забезпечення цілодобового догляду за хворими після складних хірургічних втручань на сучасному рівні. Надання цілодобової активної лабораторної, інструментальної, консультативно-діагностичної допомоги.
9. Відділення променевої діагностики	Проводяться всі рентгенологічні дослідження, які необхідні для лікувально-діагностичного процесу в лікарні: рентгеноскопія органів грудної клітки, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту, рентгенографія всіх відділів кістково-суглобової системи.
10. Відділення рентген-ендоваскулярної хірургії та інтервенційної радіології	Здійснюються діагностичні та оперативні втручання: обстеження судин та порожнин серця та стентування коронарних артерій; імплантація тимчасових та постійних штучних водіїв ритму при його порушеннях; лікування вузлових фібріоміом матки; ангіопластика та стентування судин нижніх кінцівок; діагностика аневризми та

Продовження табл. 2.1

	артеріовенозних мальформацій судин головного мозку; пункційна вертебропластика при переломах, гемангіомах.
11. Відділення судинної хірургії	У відділенні надається сучасна діагностично-лікувальна допомога хворим із судинною патологією: гостра та хронічна ішемія верхніх та нижніх кінцівок; хронічна церебральна ішемія; хронічна венозна недостатність кінцівок.
12. Відділення нефрології	Лікування хворих з гострим та хронічним гломерелонефритом, з патологічними процесами в нирках на тлі аномалій розвитку сечової системи, сечокам'яної хвороби, цукрового діабету.
13. Відділення торакальної хірургії	Проводиться сучасна діагностика та лікування захворювань органів грудної порожнини.
14. Відділення мікрохірургії ока	Мікрохірургія всіх видів катаракт, в тому числі вроджених, з імплантацією інтраокулярних лінз різних моделей. Мікрохірургія глаукоми.
15. Центр малоінвазивної хірургії	Надається спеціалізована хірургічна допомога методами малоінвазивної хірургії за напрямками: лапароскопічна хірургія, лапароскопічна гінекологія, ендовідеохірургічні артроскопічні втручання, малоінвазивна урологія.
16. Відділення функціональної та ультразвукової діагностики	Виконується понад 70 тис. різноманітних досліджень: від рутинних електрокардіограм до цілодобового моніторингу ЕКГ, від скринінгових УЗ-обстежень органів черевної порожнини до складних досліджень з визначенням органного кровообігу та пункційною біопсією утворень.
17. Гастроентерологічне відділення	Ендоскопічна, іміноферментна та цитологічна діагностика та лікування хворих з патологією шлунка та 12-палої кишки; клінічна, біохімічна, імуноферментна, імунологічна, молекулярно-біологічна діагностика та лікування хворих з патологією гепатобіліарної системи.
18. Гематологічне відділення з ліжками інтенсивної терапії	Проводиться лікування наступних хвороб: лімфоми; множинна мієлома та Хвороба Вальденстрема; хронічні лейкої; волохатоклітинна лейкої; гострі лейкої; первинний, постполіцитемічний та посттромбоцитемічний мієлофіброз; істинна поліцитемія; мієлодиспластичний синдром.
19. Гінекологічне відділення	Забезпечення спеціалізованої висококваліфікованої діагностики і оптимального лікування жінкам Житомирської області і міста Житомира з гінекологічними і онкогінекологічними захворюваннями.
20. Ендокринологічне відділення	Проводиться сучасна діагностика та лікування захворювань ендокринної системи.
21. Ендоскопічне відділення	У відділенні виконуються такі ендоскопічні дослідження, як гастродуоденоскопія, колоноскопія), а також оперативні втручання і маніпуляції на стравоході, шлунку і товстому кишківнику.
22. Кардіологічне відділення з реперфузійним блоком інтенсивної терапії	Надає медичну допомогу пацієнтам області з гострим коронарним синдромом у цілодобовому режимі.
23. Відділення кардіохірургії та трансплантації органів і тканин	Аорто-коронарне шунтування в умовах штучного кровообігу, протезування аортального клапану. Операції на сонних артеріях (каротидні ендартеректомії). Операції на магістральних судинах нижніх кінцівок. Резекція аневризми черевного відділу аорти, протезування черевного відділу аорти та інше.
24. Неврологічне відділення	Лікування хворих з гострими інфекційними захворюваннями ЦНС та периферійної нервової системи. Діагностика та лікування хворих з демієлінізуючими процесами головного мозку та інше.

Закінчення табл. 2.1

25. Нейрохірургічне відділення	Лікують черепно-мозкові травми, травми хребта та спинного мозку, травматичні ураження периферичних нервів.
26. Операційний блок	Здійснюється проведення операцій різних напрямів.
27. Ортопедично-травматологічне відділення №1, №2	Займається як хірургічним, так і консервативним лікуванням травм і захворювань опорно рухового системи, лікуванням хронічних болів у спині, шиї, плечових суглобах, зв'язаних з остеохондрозом.
28. Отоларингологічне відділення	Надання невідкладної та планової медичної допомоги хворим з захворюванням ЛОР-органів.
29. Пульмонологічне відділення	Надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з неспецифічними захворюваннями легень та алергологічною патологією.
30. Проктологічне відділення	Надання консультативної і лікувально-діагностичної амбулаторної та стаціонарної допомоги хворим на проктологічні захворювання.
31. Ревматологічне відділення	Надання високоспеціалізованої ревматологічної допомоги, з метою досягнення зниження активності процесу до мінімального рівня, або ж досягнення ремісії.
32. Урологічне відділення	Надання висококваліфікованої діагностичної та лікувальної медичної допомоги в режимі 24/7 хворим з урологічною патологією.
33. Опікове відділення	Проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів потерпілим, включаючи екстракорпоральні методи детоксикації. Раннє оперативне хірургічне лікування опікових хворих.
34. Відділення медичної реабілітації	Використовуються методи фізичної та реабілітаційної медицини.
35. Хірургічне відділення	Виконується широкий діапазон оперативних втручань.
36. Терапевтичне відділення №1	Центр радіаційного захисту населення постраждалого від наслідків аварії на ЧАЕС.
37. Лікарняний банк крові	Виступає як ланка між виробником трансфузійних середовищ – Обласним центром крові та його споживачем – обласною лікарнею. В лікарні широкого застосування набуває аутодонорство, як альтернатива використанню компонентів донорської крові.

Джерело: складено автором при використанні [9]

У формуванні здорового способу життя населення Житомирської області приймають участь більшість відділень і структурних підрозділів лікарні, особливо у цьому напрямі варто відмітити роботу організаційно-методичного відділу, який приймає участь у формуванні заходів щодо виконання обласних та національних програм з охорони здоров'я та у науково-теоретичних розробках та програмах досліджень з питань охорони здоров'я.

Одним із нових напрямів роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради є надання первинної допомоги, на здійснення якого обласна лікарня підписала угоду з Національною службою здоров'я України у 2020 році. Наявність сімейного

лікаря у закладі обласного рівня підтверджена вимогами часу та потребою у отриманні медичної допомоги самими працівниками лікарні [40].

Відмінністю КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради є наявність у структурі активно діючого науково-практичного центру, який створено з метою розробки та впровадження нових технологій лікувально-діагностичного процесу і реабілітації населення області, підвищення кваліфікації лікарів, післядипломної підготовки та безперервного професійного розвитку (інтернатура, спеціалізація, передатестаційна підготовка, тематичне удосконалення) спеціалістів за спеціальностями, визначеними потребами закладів охорони здоров'я Житомирської області. На базі науково-практичного центру проводиться післядипломна підготовка, організація та проведення семінарів, конференцій та інших навчально-практичних форумів з актуальних питань охорони здоров'я, у тому числі формування здорового способу життя. Обласна лікарня на підставі угоди про співпрацю взаємодіє з Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Вона забезпечена науковими кадровими ресурсами (працює 6 кандидатів медичних наук, 8 осіб закінчили аспірантуру, 2 – навчаються в аспірантурі), має відповідну матеріально-технічну базу для забезпечення наукових досліджень та інноваційної діяльності [37].

Важливим напрямом роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради є раціоналізаторство та винахідництво спеціалістів лікарні. Розгорнуті дані щодо цього напряму діяльності наведено на сайті лікарні за 2019 і 2020 роки. Так, у 2019 році за раціоналізаторські винаходи було отримано 26 свідоцтв спеціалістами різних відділень лікарні. За результатами роботи у 2020 році у винахідництві отримано 1 патент на корисну модель та 11 свідоцтв за раціоналізаторство [54]. Така активність роботи свідчить про наявність висококваліфікованих та науково обізнаних спеціалістів у команді працівників обласної клінічної лікарні, які не тільки надають високоякісну медичну допомогу, а і

удосконалюють існуючі методи діагностики і лікування, що має позитивний вплив на формування здорового способу життя населення.

Тож визначення й аналіз напрямів діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради дозволили встановити, що лікарня на сьогоднішній день є провідним закладом охорони здоров'я Житомирської області. Вона здійснює широке коло медичних послуг щодо діагностики та лікування населення регіону. В арсеналі обласної лікарні нараховується близько 37 структурних підрозділів медичного призначення. Крім того у медичному закладі функціонує науково-практичний центр, також ведуться роботи з раціоналізаторства та винахідництва. Віднедавна розпочали свою діяльність лікарі загальної практики – сімейної медицини, які у тому числі займаються питаннями формування здорового способу життя населення.

Функціональне призначення обласної лікарні свідчить про її високу активність у профільній діяльності, проте для більш детального аналізу необхідним є дослідження результатів основної діяльності закладу охорони здоров'я.

2.2. Аналіз результатів основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради

Свою діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради здійснює за багатьма напрямками. Прийом населення відбувається в консультативно-діагностичній поліклініці обласної лікарні за медичними спеціальностями, які наведено в таблиці 2.2. Також в цій таблиці представлено динаміку відвідувань населенням лікарів за наявними спеціальностями та відсоток виконання річного нормативу відвідувань.

Таблиця 2.2

**Динаміка результатів роботи консультативно-діагностичної
поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського»
Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки**

№ з/п	Лікарська спеціальність	Всього відвідувань, од.			Абс. відхилення, од.	% виконання річного нормативного показника відвідувань			Абс. відхилення, %
		2018 р.	2019 р.	2020 р.		20/18	2018 р.	2019 р.	
1	Алерголог	5628	5159	2403	-3225	112,6	103,2	75,1	-37,5
2	Гастроентеролог	8279	7053	3120	-5159	118,3	108,5	76,1	-42,2
3	Гематолог	7007	6991	3489	-3518	133,5	102,4	76,7	-56,8
4	Гепатолог	2094	4589	1392	-702	69,8	102,0	73,3	3,5
5	Гінеколог	5629	5297	2055	-3574	93,8	101,9	76,1	-17,7
6	Гінеколог-ендокринолог	4420	3949	1490	-2930	110,5	101,2	-	-
7	Глаукоматолог	2186	2473	915	-1271	124,9	102,0	73,2	-51,7
8	Дермато-венеролог	5277	6367	1868	-3409	105,5	101,1	74,7	-30,8
9	Дієтолог	897	1102	545	-352	105,5	104,9	70,3	-35,2
10	Ендокринолог	11646	12971	5586	-6060	116,5	101,3	74,5	-42
11	Ендоскопіст	2037	2404	1114	-923	101,8	100,2	74,3	-27,5
12	Імунолог	2508	2415	636	-1872	100,3	100,6	-	-
13	Інфекціоніст	4423	3900	1673	-2750	110,6	102,6	72,7	-37,9
14	Кардіолог	6985	6259	2936	-4049	116,4	100,9	77,3	-39,1
15	Кардіоаритмолог	14734	15769	6127	-8607	98,2	101,1	78,5	-19,7
16	Кардіохірург	502	419	229	-273	-	-	-	-
17	Кістково-гнійний хірург	4038	5498	2300	-1738	115,4	101,8	76,7	-38,7
18	Комбустіолог	238	255	113	-125	105,8	102,0	72,9	-32,9
19	Лікар по конт. корекції зору	427	399	135	-292	113,9	105,7	72,0	-41,9
20	Невролог	28172	28306	12392	-15780	117,4	101,1	75,6	-41,8
21	Нейрохірург	5011	5007	2256	-2755	100,2	100,1	77,8	-22,4
22	Нефролог	4098	4225	1968	-2130	102,4	100,6	75,7	-26,7
23	Ортопед	7903	7737	4102	-3801	121,6	100,5	82,0	-39,6
24	Отоларинголог	11239	11407	5601	-5638	112,4	100,1	72,7	-39,7
25	Отоларинголог-онколог	353	-	-	-	-	-	-	-
26	Офтальмолог	19721	17699	7797	-11924	119,5	101,7	74,2	-45,3
27	Пластичний хірург	88	70	29	-59	-	-	-	-
28	Проктолог	3429	3737	1599	-1830	114,3	103,8	76,1	-38,2
29	Профпатолог	2975	3229	1512	-1463	119,0	103,3	75,6	-43,4
30	Психотерапевт	3882	3267	1391	-2491	129,4	102,1	73,2	-56,2

Закінчення табл. 2.2

31	Пульмонолог	6314	6053	3057	-3257	105,2	100,9	78,4	-26,8
32	Ревматолог	15630	17887	8300	-7330	111,6	104,6	77,9	-33,7
33	Сексопатолог	-	-	50	-	-	-	74,1	-
34	Лікар загальної практики – сімейної медицини	-	-	1568	-	-	-	-	-
35	Судинний хірург	7141	6818	2739	-4402	-	100,3	78,2	78,2
36	Сурдолог	4962	5525	1082	-3880	124,0	100,4	72,1	-51,9
37	Торакальний хірург	3225	2712	1135	-2090	117,3	100,4	75,7	-41,6
38	Уролог	4433	5257	2456	-1977	110,8	105,1	79,2	-31,6
39	Уролог кабінету літотрипсії	938	1410	640	-298	134,0	100,7	77,1	-56,9
40	Фоніатр	7120	6996	1774	-5346	118,7	101,4	77,1	-41,6
41	Хірург	11140	8696	5152	-5988	117,3	101,1	90,4	-26,9
42	Цеховий терапевт	1939	2119	-	-	103,4	100,9	-	-
43	Лікар-терапевт по призовникам	5909	5348	2604	-3305	-	-	-	-
Всього		244577	246774	107330	-137247	109,9	110,3	45,2	-64,7

Джерело: розроблено автором з використанням [21, 22, 23]

Так, з аналізу таблиці і даних, які наведено в ній, видно, що у КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради загалом за період 2018-2020 років у консультативно-діагностичній поліклініці здійснювали прийом лікарі близько 40 спеціальностей. У 2018 і 2020 роках це були 41 спеціальності, а у 2019 році – 40 спеціальностей лікарів. Варто відмітити, що у 2018 році прийом здійснював лікар отоларинголог-онколог, а у 2019-2020 роках за цією спеціальністю вже відвідувань не було. Проте у 2020 році з'явилися такі спеціальності лікарів, як сексопатолог і лікар загальної практики – сімейної медицини. Всього відвідувань лікарів у обласній клінічній лікарні було у такій кількості: за 2018 рік – 244577 одиниць, у 2019 році – 246774 одиниць, у 2020 році – 107330 одиниць. Як видно, у 2020 році, порівняно з 2018 роком було здійснено на 137247 відвідувань лікарів менше. На цей факт здійснив вплив у тому числі загальнодержавний карантин, викликаний COVID-19, оскільки лікарня була вимушена припинити свою повноцінну роботу. Найбільша кількість відвідувань була зафіксована у всі

три роки у невролога (28172, 28306, 12392 відвідувань відповідно за роками). Це більш, ніж у два рази більше, порівняно з іншими спеціальностями лікарів.

Аналіз виконання річного нормативного показника відвідувань населенням лікарів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради показав, що у 2018 році норматив відвідувань було виконано на 109,9%, у 2019 році – на 110,3%, у 2020 році – на 45,2%. Як видно, у 2020 році, порівняно з 2018 роком, було виконано норматив за відвідуваннями на 64,7% менше. Найбільш високий відсоток виконання нормативного показника за відвідуваннями у 2020 році був у хірургів, він склав 90,4%. Невиконання нормативів за відвідуваннями за всіма спеціальностями лікарів обласної клінічної лікарні у 2020 році відбулося теж по причині впровадження карантину і обмежень в діяльності всіх підрозділів лікарні.

Загалом аналіз динаміки результатів роботи лікарів консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що перелік спеціалістів є значним, який покриває необхідні потреби населення Житомирської області у отриманні медичної допомоги та забезпеченні громадського здоров'я. До того ж з 2020 року в лікарні діє послуга надання первинної допомоги, тобто працюють власні сімейні лікарі, які мають первинний контакт з населенням і приймають активну участь у формуванні здорового способу життя населення. Так, у 2020 році лікарями загальної практики – сімейної медицини обласної клінічної лікарні було прийнято 1568 відвідувань, що свідчить про стрімку та активну діяльність лікарів цього профілю.

Для більш детального аналізу результатів роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради важливим є дослідження показників діяльності стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я. Динаміку результатів діяльності стаціонарних

відділень КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради у 2018-2020 роках наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Динаміка результатів діяльності стаціонарних відділень КНП
«Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської
обласної ради за 2018-2020 роки**

Найменування відділень	Виписано хворих			Відхилення 2020/ 2018	Померло хворих у відділенні			Відхилення 2020/ 2018
	2018 р.	2019 р.	2020 р.		2018 р.	2019 р.	2020 р.	
ТЕРАПЕВТИЧНІ	12885	12733	6401	-6484	2	-	1	-1
Гастроентерологічне	1270	1247	462	-808	1	-	1	0
Гематологічне	1274	1164	711	-563	-	-	-	-
Ендокринологічне	1353	1369	622	-731	-	-	-	-
Кардіологічне	1493	1323	781	-712	-	-	-	-
Неврологічне	1517	1124	726	-791	-	-	-	-
Нефрологічне	1041	737	394	-647	-	-	-	-
Пульмонологічне	1918	1929	1039	-879	-	-	-	-
Ревматологічне	1516	1541	707	-809	-	-	-	-
Терапевтичне №1 (ЦРЗН)	1351	1401	556	-795	1	-	-	-1
Терапевтичне № 2	152	898	403	251	-	-	-	-
ХІРУРГІЧНІ	16908	16382	9557	-7351	11	16	13	2
Гінекологічне	1288	1129	656	-632	-	-	-	-
Ортопедично-травматологічне № 2	574	560	361	-213	-	1	-	-
Нейрохірургічне	1309	1218	775	-534	2	2	1	-1
Опікове відділення	392	390	230	-162	-	-	-	-
Проктологічне відділення	955	829	417	-538	-	-	-	-
Ортопедично-травматологічне № 1	1050	1016	633	-417	1	-	1	0
Отоларингологічне	1598	1555	776	-822	-	1	-	-
Мікрохірургії ока	2397	2292	1250	-1147	-	-	-	-
Судинної хірургії	1002	980	541	-461	3	3	1	-2
Торакальної хірургії	1314	1299	730	-584	-	4	1	1
Урологічне	1564	1557	871	-693	-	-	-	-
Хірургічне відділення	1705	1903	1362	-343	5	5	8	3
Інвазивних методів діагностики та лікування	1444	1307	761	-683	-	-	1	1
Кардіохірургії та трансплантації органів	316	347	194	-122	-	-	-	-
РЕАНІМАЦІЙНІ	329	376	211	-118	367	366	358	-9

Закінчення табл. 2.3

ВАІТ №2	-	11	34	34	-	23	105	105
ВІТ для п/о хворих №1	69	113	33	-36	281	234	109	-172
ВІТ для п/о хворих №2	-	8	17	17	-	9	55	55
ВІТАП кардіохірургічний	7	7	2	-5	3	2	2	-1
БАІТ опіковий	4	5	10	6	22	49	45	23
РБІТ кардіологічний	195	214	108	-87	40	27	25	-15
ЛІТ гематологічні	-	-	-	-	14	21	14	0
ЛІТ нейрохірургічні	-	-	-	-	-	-	-	-
БІТ неврологічний	52	18	5	-47	3	-	3	0
ЛІТ нефрологічні	2	-	2	0	4	1	-	-4
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	30122	29491	16169	-13953	380	382	372	-8

Джерело: розроблено автором з використанням [61, 62, 63]

Аналіз результатів діяльності стаціонарних відділень КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що у 2018 році було проліковано і виписано 30122 осіб, у 2019 році – 29491 осіб, у 2020 році – 16169 осіб. Загалом у 2020 році, порівняно з 2018 роком, було виписано на 13953 осіб менше. Найбільша кількість осіб знаходилась у хірургічних відділеннях (це 16908, 16382, 9557 осіб з 2018 по 2020 роки відповідно).

Аналіз даних щодо кількості хворих, які померли у стаціонарних відділеннях КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради свідчить, про те, що їх загальна кількість з року в рік майже стабільна. Так, у 2018 році померло 380 осіб, у 2019 році – 382 осіб, у 2020 році – 372 осіб. Це близько 2% у 2020 році від загальної кількості виписаних хворих по лікарні. Найвища кількість померлих хворих була зафіксована у реанімаційних відділеннях (358 осіб у 2020 році, тобто 96% від загальної кількості померлих по лікарні у цьому році). Варто відмітити, що у 2020 році загальна кількість померлих зменшилась на 8 осіб, порівняно з 2018 роком. У розрізі відділень аналіз даних 2020 і 2018 років показав, що у терапевтичних відділеннях кількість померлих зменшилась на 1 особу, у хірургічних відділеннях – збільшилась на 2 особи, у реанімаційних відділеннях зменшилась на 9 осіб. Найбільше зростання кількості померлих

відбулося у відділенні інтенсивної терапії №2 – на 105 осіб порівняно з 2018 роком. Найбільше зменшення кількості померлих у 2020 році відбулося у відділенні інтенсивної терапії для післяопераційних хворих №1 – на 172 особи у порівнянні з 2018 роком. Наявність летальності у лікарні під час лікування хворих у відділеннях свідчить про необхідність проведення більш активних заходів з формування здорового способу життя населення Житомирської області.

Важливим напрямом роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради є дослідження діяльності з проведення лабораторних обстежень пацієнтів, яке здійснюється за такими видами: клініко-гематологічні тести, біохімічні тести, мікробіологічні тести, імуно-серологічні тести, цитологічні тести, імуно-хроматографічні (ВІЛ), імуно-хроматографічні (сovid 2019), ПЛР (сovid-19). Більш детально результати роботи з лабораторних обстежень пацієнтів лікарні у 2018-2020 роках представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Динаміка результатів діяльності з проведення лабораторних обстежень пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки

Найменування відділень	Всього тестів, шт.			Відхилення 2020/ 2018	Тестів на 1 хворого, шт.			Відхилення 2020/ 2018
	2018 р.	2019 р.	2020 р.		2018 р.	2019 р.	2020 р.	
ТЕРАПЕВТИЧНІ	471659	510447	272854	-198805	36,5	35,0	41,3	4,8
Гастроентерологічне	66911	63075	24394	-42517	52,7	50,6	51,9	-0,8
Гематологічне	104576	118691	81828	-22748	82,1	102,0	110,1	28
Ендокринологічне	54318	54329	22546	-31772	40,1	39,7	36,2	-3,9
Кардіологічне +БІТ	53020	76680	47377	-5643	50,9	28,1	53,3	2,4
Неврологічне +БІТ	32685	34532	25071	-7614	20,8	24,3	32,9	12,1
Нефрологічне	47737	32470	18675	-29062	45,8	36,1	46,1	0,3
Пульмонологічне	31148	32808	13477	-17671	16,2	17,0	12,9	-3,3

Закінчення табл. 2.4

Ревматологічне	38278	41369	16492	-21786	25,2	26,8	23,3	-1,9
Терапевтичне (ЦРЗН)	42101	49861	16575	-25526	31,2	35,6	29,8	-1,4
Терапія №2	885	6632	6419	5534	5,8	7,4	15,9	10,1
ХІРУРГІЧНІ	530138	603414	357594	-172544	31,4	34,1	36,7	5,3
Гінекологічне	38789	36395	21586	-17203	30,1	32,2	32,9	2,8
Ортопедично-травматологічне № 2	24171	24636	14719	-9452	42,1	43,9	40,3	-1,8
Нейрохірургічне	31589	31487	19205	-12384	24,1	24,8	22,8	-1,3
Опікове відділення+БІТ	14972	33006	25215	10243	69,0	94,0	234,7	165,7
Проктологічне відділення	21693	19810	7901	-13792	22,7	23,9	18,9	-3,8
Ортопедично-травматологічне № 1	29956	30354	20124	-9832	28,5	29,9	31,7	3,2
Отоларингологічне	41291	42125	20154	-21137	25,8	27,1	25,9	0,1
Мікрохірургії ока	22637	21362	13010	-9627	9,4	9,3	10,4	1
Судинної хірургії	32326	32221	17713	-14613	32,3	32,8	32,3	0
Торакальної хірургії	57344	56654	32281	-25063	43,6	43,5	43,6	0
Урологічне	61685	64394	36100	-25585	39,4	41,4	41,3	1,9
Хірургічне відділення	80717	88789	66128	-14589	47,3	46,5	46,3	-1
Інвазивних методів лікування	59813	54407	33436	-26377	41,4	23,6	43,8	2,4
Кардіохірургічне відділення+БІТ	36193	67774	30022	-6171	135,4	146,4	286,4	151
РЕАНІМАЦІЙНІ	203493	139869	117720	-85773	72,7	177,5	207,5	134,8
ІТ для п/о хворих	138752	122180	61064	-77688	72,7	75,1	98,6	25,9
ІТ для п/о хворих № 2	29622	8948	25540	-4082	-	64,4	40,2	40,2
АІТ №2	12081	8741	31116	19035	-	38,0	68,7	68,7
ВСЬОГО ПО СТАЦІОНАРУ	1205290	1253730	748168	-457122	39,5	42,0	46,3	6,8
Приймальне	25725	22507	13987	-11738	-	-	-	-
Амбулаторні	410802	502017	281986	-128816	-	-	-	-
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	1641817	1778254	1044141	-597676	-	-	-	-
Інші ЛПЗ	370836	319907	123883	-246953	-	-	-	-
РАЗОМ	2012653	2098161	1168024	-844629	-	-	-	-

Джерело: розроблено автором з використанням [64, 65, 66]

Аналіз результатів діяльності з проведення лабораторних обстежень пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що в лікарні

здійснюється широкоформатна робота з лабораторних обстежень населення. Обстеження здійснюються як в межах лікарні, тобто в стаціонарі, приймальному і амбулаторному відділеннях, так і пацієнтів з інших закладів охорони здоров'я. Загалом було здійснено таку кількість лабораторних обстежень: у 2018 році – 2012653 шт., у 2019 році – 2098161 шт., у 2020 році – 1168024 шт. Варто відмітити, що 2020 р. було зроблено на 844629 обстежень менше 2018 року. Всього по лікарні (без інших закладів охорони здоров'я) було зроблено 1641817, 1778254, 1044141 лабораторних обстежень відповідно по рокам з 2018 по 2020 р. У 2020 році зроблено на 597676 обстежень менше 2018 року, що пов'язано з пандемією коронавірусу. Найбільшу кількість лабораторних досліджень у 2020 році було здійснено у хірургічних відділеннях – це 357594 обстежень, найменша кількість – у приймальному відділенні – це 13987 обстежень.

На одного хворого було здійснено 39,5, 42,0, 46,3 лабораторних обстежень відповідно у 2018, 2019 і 2020 роках. Тобто у 2020 році, не дивлячись на карантин було зроблено на 6,8 лабораторних обстежень на 1 хворого більше, порівняно з 2018 роком. Найбільшу кількість обстежень на 1 хворого у 2020 році було здійснено у кардіохірургічному відділенні разом з блоком інтенсивної терапії, їх нараховується 286,4 одиниць. Найменшу кількість лабораторних обстежень на одного хворого здійснено у хірургічному відділенні мікрохірургії ока – 10,4 штук. За три роки найбільш зросла кількість лабораторних обстежень на одного хворого в опіковому відділенні з блоком інтенсивної терапії – на 165,7 обстежень.

Така суттєва діяльність з проведення лабораторних обстежень пацієнтів різноманітних відділень КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради та інших закладів охорони здоров'я свідчить про активну роботу лікарів і хворих у діагностиці стану здоров'я пацієнтів та формуванню здорового способу життя населення.

Загалом аналіз результатів основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради свідчить про

високий професіоналізм лікарів та медичних працівників з надання медичної допомоги населенню Житомирської області, проте наявність летальності в лікарні свідчить про необхідність удосконалення роботи відділень лікарні, а також про впровадження більш ефективних заходів з формування здорового способу життя пацієнтів для збереження їх здоров'я.

2.3. Дослідження напрямів і результатів роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області

Як відомо, питання формування здорового способу життя населення може бути реалізоване лише з використанням міжсекторального та міжвідомчого співробітництва як на рівні держави, так і на рівні місцевого самоуправління, територіальних громад, окремих територій. Тож важливим є дослідження особливостей формування здорового способу життя населення саме в Житомирській області та визначення основних активних учасників цього процесу.

Аналіз функціонування КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради вже показав, що лікарня приймає активну участь у забезпеченні здорового способу життя людей, що є жителями м. Житомира та Житомирської області. Вона надає послуги, починаючи від високоякісних діагностики, лабораторного обстеження, консультування широкого спектру направленості до високотехнологічних малоінвазивних оперативних втручань та операцій з трансплантації органів.

Варто відмітити певні напрями роботи обласної клінічної лікарні у сфері формування та забезпечення здорового способу життя населення Житомирщини:

- 1) наявність потужної та багатопрофільної консультативно-діагностичної поліклініки, основними завданнями якої є консультування хворих (у тому числі з підтримання здорового способу життя), які прибули за направленням із територіальних медичних закладів, або звернулись

самостійно, відбір пацієнтів для стаціонарного лікування у відділеннях обласної клінічної лікарні, консультування та відбір учасників АТО на реабілітацію в заклади охорони здоров'я відповідно до дорожньої карти. В консультативно – діагностичній поліклініці обласної клінічної лікарні здійснюється прийом за наступними медичними спеціальностями: алерголог, андролог, гастроентеролог, гематолог, гепатолог, гінеколог, гінеколог – ендокринолог, глаукоматолог, дерматовенеролог, дієтолог, ендокринолог, імунолог клінічний, інфекціоніст, кардіоаритмолог, кардіохірург, кістково-гнійний хірург, комбустіолог, лікар з контактної корекції зору, логопед, невролог, нейрохірург, нефролог, ортопед-травматолог, отоларинголог, отоларинголог - онколог, офтальмолог, пластичний хірург, проетолог, профпатолог, психотерапевт, пульмонолог, ревматолог, рефлексотерапевт, судинний хірург, сурдолог, торакальний хірург, уролог, уролог кабінету дистанційної ударно-хвильової літотрипсії, фоніатр, хірург, сексопатолог. Крім того, в поліклініці працюють рентгенологи, лікарі функційної діагностики, лікарі ультразвукової діагностики, ендоскопісти та лікарі – лаборанти. В поліклініці діє амбулаторне лікування з приводу сечокам'яної хвороби методом дистанційної ударно-хвильової літотрипсії. Також працюють аудіометричний, електрокардіографічний, спірографічний та денситометричний кабінети, вперше в області впроваджена оптична когерентна томографія [26];

2) активне функціонування централізованої клініко-діагностичної лабораторії, яка обслуговує пацієнтів відділень стаціонару, консультативно-діагностичної поліклініки, проводить централізовані цитологічні дослідження для закладів охорони здоров'я області. В структуру лабораторії входить 6 відділів: клініко-гематологічний, біохімічний, цитологічний, імуносерологічний, бактеріологічний, ПЛР-діагностики. В травні 2020 р. відкрито відділ ПЛР-діагностики, укомплектований сучасним обладнанням. Методика на отриманому обладнанні вирізняється високою чутливістю. Відділ успішно пройшов процедуру підтвердження лабораторних результатів у

спеціалізованій лабораторії ДУ «Житомирський обласний Лабораторний центр МОЗ України», після якої обласна лікарня увійшла до переліку закладів Центру громадського здоров'я МОЗ України, які проводять ПЛР-дослідження на COVID-19. Клініко-діагностична лабораторія оснащена сучасними автоматичними та напіваавтоматичними аналізаторами, що дозволяє застосовувати сучасні методи лабораторної діагностики та забезпечувати якість виконаних досліджень. В лабораторії функціонує система контролю якості, яка містить щоденний внутрішньо лабораторний контроль за якістю лабораторних досліджень і регулярну щорічну участь в національних та міжнародних програмах з контролю якості лабораторних досліджень [72];

3) діяльність організаційно-методичного відділу лікарні у напрямках формування заходів щодо виконання обласних та національних програм з охорони здоров'я та у науково-теоретичних розробках і програмах досліджень з питань охорони здоров'я [41];

4) можливість надання первинної допомоги в обласній клінічній лікарні – це новий для лікарні пакет послуг, на реалізацію якого обласна лікарня підписала угоду з Національною службою здоров'я України. Наявність кваліфікованих лікарів загальної практики сімейної медицини, які приймають активну участь у формуванні здорового способу життя населення [39];

5) вперше на території України підписання договору між КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради та Овруцькою міською радою про співпрацю з метою забезпечення повноцінного лікування хворих Овруцької міської територіальної громади. Обласна лікарня пропонує партнерські відносини в амбулаторному та стаціонарному сегменті. Амбулаторний сегмент передбачає виїзд вузьких спеціалістів (тих лікарів, які відсутні в медичних закладах Овруцької громади) обласної лікарні в населенні пункти Овруцької громади та

м. Овруча. Стаціонарний сегмент передбачає лікування пацієнтів громади в обласній лікарні [10];

6) закупка обласною лікарнею велоергометра – єдиного в Житомирській області апарату для виявлення прихованої коронарної недостатності. Отримання від спонсорів ІФА-аналізатору, вартість якого становить 550 тис. грн. ІФА-тести дозволять підвищити ефективність діагностування не лише COVID-19, а й 20 інших вірусних інфекцій;

7) регулярне багаторічне (більше 10 років) проведення на базі обласної клінічної лікарні різноманітних діагностичних та інформативних заходів, які направлено на формування здорового способу життя та збереження здоров'я. Наприклад, проведення акції, приуроченої до Всесвітнього дня боротьби з цукровим діабетом. Завдання акції – вчасно виявити це захворювання серед людей, які звернулись, а тим, хто хворіє, призначити відповідне лікування і мотивувати їх до самоконтролю захворювання, щоб звести до мінімуму розвиток ускладнень. Ця акція – ще один привід переглянути свій спосіб життя, адже запобігти розвитку цукрового діабету допоможуть прості заходи: раціональне харчування, фізична активність, відмова від шкідливих звичок і регулярні профілактичні медичні огляди [1]. Проведення науково-практичної конференції «Актуальні питання діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених захворювань», яка проходила на базі обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського. Організатори наукового форуму – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації та «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради [71];

8) за підсумками проведеного аудиту ДП «Житомирський науково-виробничий центр стандартизації, метрології та сертифікації» підтверджено відповідність закладу охорони здоров'я вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги». Засвідчено, що зобов'язання щодо дотримання заявлених вимог стосовно політики якості

надання медичних послуг в лікарні успішно забезпечуються в повному обсязі [42];

9) відділення обласної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського отримали статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта» – це відділення анестезіології та інтенсивної терапії й відділення інтенсивної терапії для післяопераційних хворих. Лікарня підтвердила, що відділення відповідають стандартам чистоти і гігієни (свідчить про забезпечення високого рівня гігієни на робочих місцях, налагоджену систему прибирання, знезараження інструментів, поводження з дезінфікуючими засобами, медичними відходами тощо). Усього в обласній лікарні вже 13 відділень мають відзнаку «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Цей статус для персоналу додає відповідальності за правильне виконання функцій медичної допомоги, а для пацієнта це додатковий фактор безпеки перебування в обласній лікарні [12].

Тож, як видно з аналізу діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, заклад має суттєві напрацювання, необхідний організаційний, медичний, матеріально-технічний, науковий потенціал для надання висококваліфікованої медичної допомоги з обстеження, діагностики, консультації, лікування пацієнтів, а також для активної реалізації заходів з формування і забезпечення на відповідному рівні здорового способу життя населення. Жителі Житомирської області мають можливість в обласній клінічній лікарні отримати кваліфіковані консультації фахівців різних профілів та пройти одночасно стандартизоване лабораторне обстеження впродовж дня, а також отримати іншу необхідну допомогу.

Важливим аспектом у формуванні здорового способу життя населення Житомирської області є діяльність КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради, який займається розбудовою системи громадського здоров'я регіону. Основними функціями центру, що безпосередньо пов'язані з питаннями здорового способу життя людей, є такі [20]:

- епіднадгляд та оцінювання стану здоров'я населення;
- моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я;
- захист здоров'я населення, зокрема і забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, безпеки харчових продуктів;
- зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти;
- профілактика хвороб, зокрема і раннє виявлення порушень здоров'я;
- забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я та благополуччя;
- інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

Аналіз функцій КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради показав, що підприємство приймає активну участь у формуванні і забезпеченні здорового способу життя населення, яка передбачає створення необхідних умов для цього, профілактична робота, інформаційно-роз'яснювальна діяльність тощо. Особливо варто відмітити участь центру громадського здоров'я у стратегічному управлінні в інтересах здоров'я населення (стратегічне планування; планування заходів, що спрямовані на покращення здоров'я громадян), що є основою для створення і реалізації стратегії формування здорового способу життя людей.

КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради тісно співпрацює з лідерами медичної галузі у регіоні, у тому числі з КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, КНП «Обласний протитуберкульозний диспансер» Житомирської обласної ради, КНП «Житомирський обласний онкологічний диспансер» Житомирської обласної ради та інші заклади. Така координація діяльності дозволяє більш ефективно формувати систему громадського здоров'я області, більш детально опрацьовувати профільні сфери надання медичної допомоги

та вчасно виконувати превентивні (запобіжні) заходи задля збереження здоров'я громадян та підтримання його у належному стані.

Щоквартально обласний центр громадського здоров'я формує інформаційний бюлетень з актуальних питань громадського здоров'я, в якому вагоме місце посідає інформація щодо здорового способу життя. Так, в бюлетені за I квартал 2021 року [20] у даному розділі представлено новини у розробках щодо здорового способу життя за 2020 рік за такими напрямками: профілактика серцево-судинних захворювань, куріння та вейпінг, харчування, фізична активність. Тож центр громадського здоров'я Житомирської області декларує не тільки класичні існуючі підходи у формуванні здорового способу життя населення, а і веде роботу з надання інноваційних розробок і досліджень у цьому напрямі.

За результатами роботи у 2020 році КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради здійснював заходи з промоції здорового способу життя, які відображено у збірнику «Громадське здоров'я Житомирщини (окремі статистичні показники 2020 року)». Більш детально результати діяльності центру громадського здоров'я з формування здорового способу життя відображено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Промоція здорового способу життя КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради у 2020 році

Назва заходів	Кількість заходів, здійснених у області в 2020 р.
Кількість санітарно-освітніх заходів всього, у тому числі:	1810
- проведено пропагандистських кампаній	8
- здійснено консультування фахівців з питань здорового способу життя	571
- виконано консультування населення за телефоном «гаряча лінія»	586
- організовано телепередач	27
- організовано радіопередач	46

Закінчення табл. 2.5

- розміщено публікацій на сторінці фейсбук КНП «ОЦГЗ» ЖОР та сайтах	410
- поширено прес-релізів для ЗМІ	43
- проведено прес-конференцій, брифінгів	11
- проведено круглих столів	5
- проведено тренінгів	5
- проведено навчальних семінарів, конференцій, охоплено 153 особи	7
- проведено окремих занять, охоплено 396 осіб	3
- проведено занять з курсантами післядипломної освіти медичного закладу, охоплено 3542 осіб	88

Джерело: складено автором за [11]

Також КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради було здійснено видавничу діяльність за результатами 2020 року, а саме:

- видано методичних матеріалів – 13 найменувань, накладом 392 примірників;
- усього видано санітарно-освітньої літератури – 43 найменування, 50950 примірників;
- у тому числі плакатів – 17 найменувань, 21050 примірників.

Таким чином, з аналізу діяльності обласного центру громадського здоров'я Житомирщини видно, що однією з його пріоритетних задач є формування здорового способу життя населення і з цією задачею центр добре впорався, проте потребують розробки та впровадження стратегічні заходи цієї сфери.

Важливу функцію у формуванні здорового способу життя населення Житомирщини виконує Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, який серед інших функцій займається організацією санітарно-освітньої роботи серед населення області щодо здорового способу життя та профілактики захворювань [45]. Департаментом розроблено та затверджено план основних напрямків діяльності та заходів у галузі охорони здоров'я Житомирської області на 2021 рік [44], де йдеться у тому числі про виконання наказу УОЗ ОДА від 06.05.2019 р. № 629 «Про

затвердження обласного плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року» за рахунок заохочення до здорового способу життя осіб усіх вікових груп як умови здорового старіння та активного довголіття, у тому числі сприяння фізичній активності громадян похилого віку.

Житомирською обласною радою було затверджено обласну програму «Здоров'я населення Житомирщини» на 2021 рік [49], розробником якої є Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, а співрозробниками – КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради, комунальні некомерційні підприємства, комунальні заклади. Програма створена для формування і налагодження ефективного функціонування системи медичної допомоги та досягнення максимально можливого рівня здоров'я жителів області, незалежно від віку, статі, соціального статусу, зміцнення здоров'я мешканців краю протягом усього їх життя. Метою програми є збереження, поліпшення, відновлення здоров'я населення області, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності шляхом впровадження заходів громадського здоров'я, імунопрофілактики завдяки об'єднанню зусиль органів державної влади, місцевого самоврядування і суспільства; визначення комплексу організаційних та економічних заходів, спрямованих на підтримку діяльності та забезпечення розвитку комунальних закладів та комунальних некомерційних підприємств, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації відповідно до функціональних призначень щодо надання населенню медичних послуг [13]. У програмі до переліку її завдань (напрямів) і заходів входить розділ з комунікації, промоції здорового способу життя, який включає такі напрями програми:

- 1) координація діяльності з промоції здоров'я. Збереження громадського здоров'я, формування здорового способу життя;
- 2) здійснення комунікацій;
- 3) забезпечити раннє виявлення захворювань населення області.

Таким чином, дослідження напрямів і результатів роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області показало, що на території області активними учасниками цього процесу є керівництво області (Житомирська обласна державна адміністрація, Житомирська обласна рада), заклади охорони здоров'я (КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради), КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради та інші.

Їх діяльність спрямована на розробку програм, напрямів і заходів з формування і промоції здорового способу життя населення, збереження здоров'я та надання високоякісної медичної допомоги у вигляді консультацій, діагностики, лікування тощо. Варто відмітити, що сформовані документи з напрямками роботи щодо питань здорового способу життя населення мають короткостроковий або середньостроковий термін реалізації (1-2 роки). Тож потребують опрацювання та розробки стратегічні напрями і заходи роботи всіх учасників процесу формування здорового способу життя населення Житомирської області.

Висновки до розділу

Здійснено дослідження напрямів роботи КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, їх вплив на формування здорового способу життя населення. Проаналізовано результати основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Досліджено напрями і результати роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області. Визначення й аналіз напрямів діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради дозволили встановити, що лікарня на сьогоднішній день є провідним закладом охорони здоров'я Житомирської області. Вона здійснює широке коло медичних послуг щодо діагностики та лікування населення регіону. В арсеналі обласної лікарні

нараховується близько 37 структурних підрозділів медичного призначення. Крім того у медичному закладі функціонує науково-практичний центр, також ведуться роботи з раціоналізаторства та винахідництва. Віднедавна розпочали свою діяльність лікарі загальної практики – сімейної медицини, які у тому числі займаються питаннями формування здорового способу життя населення. Функціональне призначення обласної лікарні свідчить про її високу активність у профільній діяльності, проте для більш детального аналізу необхідним є дослідження результатів основної діяльності закладу охорони здоров'я.

За період 2018-2020 років у консультативно-діагностичній поліклініці здійснювали прийом лікарі близько 40 спеціальностей. Всього відвідувань лікарів у обласній клінічній лікарні було у такій кількості: за 2018 рік – 244577 одиниць, у 2019 році – 246774 одиниць, у 2020 році – 107330 одиниць. У 2020 році, порівняно з 2018 роком було здійснено на 137247 відвідувань лікарів менше. На цей факт здійснив вплив у тому числі загальнодержавний карантин, викликаний COVID-19, оскільки лікарня була вимушена припинити свою повноцінну роботу. Найбільша кількість відвідувань була зафіксована у всі три роки у невролога (28172, 28306, 12392 відвідувань відповідно за роками). Це більше, ніж у два рази, порівняно з іншими спеціальностями лікарів.

Аналіз виконання річного нормативного показника відвідувань населенням лікарів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради показав, що у 2018 році норматив відвідувань було виконано на 109,9%, у 2019 році – на 110,3%, у 2020 році – на 45,2%. У 2020 році, порівняно з 2018 роком, було виконано норматив за відвідуваннями на 64,7% менше. Найбільш високий відсоток виконання нормативного показника за відвідуваннями у 2020 році був у хірургів, він склав 90,4%. Невиконання нормативів за відвідуваннями за всіма спеціальностями лікарів обласної клінічної лікарні у 2020 році відбулося теж по причині впровадження карантину і обмежень в діяльності всіх підрозділів лікарні.

Загалом аналіз динаміки результатів роботи лікарів консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф.

Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що перелік спеціалістів є значним, який покриває необхідні потреби населення Житомирської області у отриманні медичної допомоги та забезпеченні громадського здоров'я. До того ж з 2020 року в лікарні діє послуга надання первинної допомоги, тобто працюють власні сімейні лікарі, які мають первинний контакт з населенням і приймають активну участь у формуванні здорового способу життя населення. Так, у 2020 році лікарями загальної практики – сімейної медицини обласної клінічної лікарні було прийнято 1568 відвідувань, що свідчить про стрімку та активну діяльність лікарів цього профілю.

Аналіз результатів діяльності стаціонарних відділень КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що у 2018 році було проліковано і виписано 30122 осіб, у 2019 році – 29491 осіб, у 2020 році – 16169 осіб. Загалом у 2020 році, порівняно з 2018 роком, було виписано на 13953 осіб менше. Найбільша кількість осіб знаходилась у хірургічних відділеннях (це 16908, 16382, 9557 осіб з 2018 по 2020 роки відповідно).

Аналіз даних щодо кількості хворих, які померли у стаціонарних відділеннях КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради свідчить, про те, що їх загальна кількість з року в рік майже стабільна. Так, у 2018 році померло 380 осіб, у 2019 році – 382 осіб, у 2020 році – 372 осіб. Це близько 2% у 2020 році від загальної кількості виписаних хворих по лікарні. Найвища кількість померлих хворих була зафіксована у реанімаційних відділеннях (358 осіб у 2020 році, тобто 96% від загальної кількості померлих по лікарні у цьому році). Варто відмітити, що у 2020 році загальна кількість померлих зменшилась на 8 осіб, порівняно з 2018 роком. Наявність летальності у лікарні під час лікування хворих у відділеннях свідчить про необхідність проведення більш активних заходів з формування здорового способу життя населення Житомирської області.

Аналіз результатів діяльності з проведення лабораторних обстежень пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що в лікарні здійснюється широкоформатна робота з лабораторних обстежень населення. Загалом було здійснено таку кількість лабораторних обстежень: у 2018 році – 2012653 шт., у 2019 році – 2098161 шт., у 2020 році – 1168024 шт. Варто відмітити, що 2020 р. було зроблено на 844629 обстежень менше 2018 року. Найбільшу кількість лабораторних досліджень у 2020 році було здійснено у хірургічних відділеннях – це 357594 обстежень, найменша кількість – у приймальному відділенні – це 13987 обстежень. Така суттєва діяльність з проведення лабораторних обстежень пацієнтів різноманітних відділень КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради та інших закладів охорони здоров'я свідчить про активну роботу лікарів і хворих у діагностиці стану здоров'я пацієнтів та формуванню здорового способу життя населення.

Дослідження напрямів і результатів роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області показало, що на території області активними учасниками цього процесу є керівництво області (Житомирська обласна державна адміністрація, Житомирська обласна рада), заклади охорони здоров'я (КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради), КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради та інші. Їх діяльність спрямована на розробку програм, напрямів і заходів з формування і промоції здорового способу життя населення, збереження здоров'я та надання високоякісної медичної допомоги у вигляді консультацій, діагностики, лікування тощо. Варто відмітити, що сформовані документи з напрямками роботи щодо питань здорового способу життя населення мають короткостроковий або середньостроковий термін реалізації (1-2 роки). Тож потребують опрацювання та розробки стратегічні напрями і заходи роботи

всіх учасників процесу формування здорового способу життя населення Житомирської області.

РОЗДІЛ 3

РОЗВИТОК ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

3.1. Стратегічні державні програми формування здорового способу життя населення

Осмислення цінності здоров'я людини, визнання високої соціальної значущості індивідуального здоров'я людини, формування позитивного ставлення широкого загалу до здорового способу життя – усе це зумовлює потребу в розширенні сфер і напрямків діяльності на державному рівні щодо технологій здоров'язбереження, які можна втілити у стратегічних державних програмах певних напрямів.

У розвинутих зарубіжних країнах, таких як США, вже проводиться унікальна пропаганда та законотворча діяльність щодо покращення як рівня інформованості, знань, доступності, так і рівня фізичного розвитку та стану здоров'я населення. Урядом США не лише пропагується здоровий спосіб життя, заняття руховою діяльністю, спорт, але й організовується і фінансується у всій багатогранності проявів. Для залучення громадян до активного способу життя, розвитку фізичної культури створюються максимально сприятливі умови для кожної людини. Високий відсоток залучення населення до занять оздоровчою руховою діяльністю і спортом, впроваджені на загальнонаціональному рівні рекомендацій з оздоровчої рухової активності та заохочення осіб, які ведуть здоровий спосіб життя, високий рівень розвитку інфраструктури спортивно-оздоровчих споруд є обов'язковою умовою для здобуття престижної роботи, у якій громадяни зможуть реалізуватися, здійснити успішну кар'єру, досягти позитивних показників розвитку галузі, фінансового успіху і соціальної

стабільності. Комплексна державна політика заохочення громадян до оздоровчої рухової активності, розвинута система оздоровчої рухової активності населення, широкий спектр участі держави у просуванні здоров'язбереження зумовлюють необхідність узагальнення досвіду цієї країни, дають змогу фахівцям України оцінити власні теоретичні позиції, напрацювання, досягнення, недоліки. Розуміння значення рухової активності, її потенціалу для гармонійного розвитку суспільства в свідомості населення формувалося поступово.

Відомо, що в 1950 р. у США були проведені дослідження фізичної підготовки шкільної молоді віком від 6 до 16 років. Показники, що опинилися майже на 10% нижче, ніж у їхніх європейських однолітків, вразили американську громадськість. При цьому фізична підготовка учнів державних навчальних закладів, які майже не мали спортивних споруд, значно відставала від показників учнів приватних навчальних закладів. Це зажадало серйозної уваги до сфери фізичної культури і допомоги з боку держави і суспільства. Йшлося, насамперед, про шкільне фізичне виховання, професійну підготовку кадрів, проведення науково-дослідної роботи, а також координацію роботи рекреаційних органів [33].

На спеціальній Конференції з фізичної підготовки було вирішено уніфікувати по всій країні норми фізичної підготовки школярів. При президентові країни була створена в якості дорадчого органу комісія з досліджень у галузі фізичної підготовки. Наприкінці 1960-х років рекреаційні організації були прийняті в Національний союз з фізвиховання. Конгрес США прийняв постанови, які зобов'язали уряди штатів більше уваги і коштів приділяти шкільному фізичному вихованню. Комісію з досліджень у галузі фізичної підготовки було перетворено у федеральний дорадчий і наглядовий орган при президентові країни. Одночасно були підвищені спортивні стипендії у вузах, надані податкові пільги підприємствам, які будували спортивні стадіони, майданчики та

інші рекреаційні споруди. З ініціативи Президентської Ради відбувся загальнонаціональний тиждень перевірки рівня фізичної підготовленості жителів, у програму якого ввійшли змагання зі спортивної ходьби, плавання, бігу, у вправах на гнучкість і т.д. [86].

Визначальну роль у розвитку фізичної культури і спорту відіграють громадські організації оздоровчої та фізкультурно-спортивної спрямованості. Серед таких, зокрема, Американський союз охорони здоров'я, фізичної культури, відпочинку і танцю, що поєднує 5 національних асоціацій: національну асоціацію танців, Американську асоціацію фізичної активності та рекреації, національну асоціацію спорту та фізичного виховання, національну асоціацію для дівчат та жінок у спорті. Основна діяльнісна спрямованість – популяризація різнопланової рухової діяльності, мотивація, досягнення та підтримка достатньої фізичної форми, залучення населення до активного способу життя; розробка та розповсюдження професійних стандартів, вимог, настанов та кодексів [32].

Американське суспільство прийшло до потреби науково обґрунтованого регулювання мінімальної рухової активності, що і було законодавчо закріплено державою. Законодавча влада у США за останні роки активно розглядає питання щодо законодавчого регулювання у сфері збереження здоров'я населення та фізичного виховання.

Конгресом США було прийнято ряд законопроектів фізкультурно-оздоровчої спрямованості, представлені як Палатою представників, так і Сенатом:

- внесено поправки до «Податкового кодексу» щодо дозволу класифікації певного спортивного обладнання та плати за фітнес-програми як витрат, виділених на медичну сферу відповідно до програм із заощадження коштів;

- внесено поправки до Закону про початкову та середню освіту від 1965 р. щодо відповідності шкільних програм із фізичного

виховання новим вимогам. Освітні установи, що отримують державне фінансове забезпечення, повинні дотримуватися наступних вимог: 150 хвилин фізичного виховання на тиждень для учнів початкової школи; 225 хвилин – для учнів середньої та старшої школи; фізичного виховання дітей із вадами у межах, прийнятних для їхніх індивідуальних освітніх програм;

- підтримано завдання та ідеали програми «Хокей для кожного», щодо посилення ролі юнацького хокею у боротьбі з ожирінням дітей, дитячим насильством та освітніми проблемами; включає розвиток за рахунок підтримки некомерційних хокейних клубів; використання хокею як реабілітаційного засобу для поранених ветеранів та дітей із вадами;

- прийнято Закон про оживлення міст та створення прийнятних для життя умов, надано гранти на відновлення та спорудження місць та установ для рекреації, розвиток та вдосконалення рекреаційних програм у містах. Закон передбачає покращення місць і установ для рекреації, розширення спектру рекреаційних послуг у містах із високим рівнем злочинності, розширення можливостей для рекреації підростаючого покоління;

- фітнес інтегровано у Закон «Жодна дитина не забута», у якому передбачено: підвищення рухової діяльності дітей упродовж їхнього перебування у школі із вимогою від усіх шкіл, освітніх округів та штатів звітувати про якість та кількість фізичного виховання, внесення поправок до існуючих навчальних програм щодо інтеграції фізичного виховання і рухової діяльності протягом усього часу перебування у школі, підтримка професійного розвитку та вдосконалення вчителів фізичного виховання, які допомагають дітям вести здоровий спосіб життя, моніторинг впливу рухової активності на успіхи учнів у навчанні та способи збільшення частки рухової діяльності протягом дня [85].

Було розглянуто «Закон про заощадження і доступність здоров'я», «Закон про оживлення міст та створення прийнятних для життя умов», «Закон про об'єднані школи із повним обслуговуванням», були внесені

поправки до «Закону про початкову та середню освіту» від 1965 р. щодо відповідності шкільних програм із фізичного виховання мінімальним вимогам із фізичного виховання.

Прийнято «Закон про інвестиції в персональне здоров'я», у якому вносяться поправки до Податкового кодексу щодо дозволу вирахування витрат на заняття у спортивних і фітнес-центрах та спортивне обладнання у розмірі до 1000 доларів на особу (2000 доларів на одружену пару) як плату за медичну страховку.

Прийнято «Закон про запровадження «Програми рухової активності для американців»», у якому зазначається, що такі програми друкуватимуться кожні 10 років; будуть наведені сучасні наукові та медичні підходи до засад рухової діяльності; наведено керівні принципи та кращі методичні підходи до організації рухової діяльності.

На світовому рівні людину, її життя та здоров'я визнано найвищими соціальними цінностями держави. З проблемами, пов'язаними із покращенням здоров'я і якості життя на основі щоденної фізичної активності в адміністрації президента Сполучених Штатів Америки займається ряд департаментів: Рада президента з питань фітнесу, спорту та харчування; Центр з контролю і профілактики захворювань; Департамент охорони здоров'я та соціальних служб; Центр медичної допомоги та медичного обслуговування; Відділ хвороб серця і профілактики інсульту; Відділ підлітків та охорони здоров'я школярів; Відділ громадського здоров'я; Відділ здоров'я населення; Бюро здоров'я матері і дитини; *Управління з попередження захворювань і зміцнення здоров'я*; Управління здоров'я національних меншин; Канцелярія помічника секретаря з охорони здоров'я; Управління першої леді; Управління охорони здоров'я.

За участі й підтримки цих департаментів і управлінь на даний момент у США розроблено та впроваджено програми у сфері збереження здоров'я, рухової активності, спорту, які можна запозичити

для удосконалення державної стратегії України з формування здорового способу життя (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Варіанти програм у сфері збереження здоров'я, рухової активності, спорту для державної стратегії з формування здорового способу життя населення

Назва програми	Зміст програми
<p align="center">Основні напрями фізичної активності</p>	<p>надання науково обґрунтованих рекомендацій та керівних принципів щодо рухової активності та висвітлення позитивного профілактичного впливу регулярної рухової активності. Основною ідеєю є те, що регулярна фізична активність протягом декількох місяців, років призводить до довгострокових переваг для здоров'я, типи та обсяги фізичної активності, що описані у «Основних напрямках фізичної активності» для різних вікових груп, висвітлені наступним чином: діти та підлітки (6-17 років) повинні отримувати 60 або більше хвилин фізичної активності в день. Принаймні три дні на тиждень, більшість з цього часу мають бути вправи аеробного характеру помірної або високої інтенсивності. Принаймні три дні на тиждень, в рамках цих 60 (або більше) хвилин щоденної фізичної активності дітей і підлітків, повинні бути включені силові навантаження; дорослі (18-64 років) повинні отримувати принаймні дві з половиною години (30 хвилин на день) аеробної активності помірної інтенсивності щотижня. Щонайменше два дні на тиждень дорослі також повинні виконувати силові навантаження [84];</p>
<p align="center">Основи здорового харчування</p>	<p>відображають наявні тенденції і принципи здорового харчування, дієтології та медицини. Ці рекомендації допомагають робити здоровий вибір продуктів харчування і напоїв та служать в якості основи для життєвих стратегій і програм в сфері харчування на всій території держави, розроблені, щоб допомогти людям вибрати здорове харчування і дієту, та окреслюють 3 основні принципи рекомендовані населенню: баланс калорій з фізичною активністю, щоб керувати вагою; споживати більше таких продуктів, як фрукти, овочі, цільні зерна, знежирені і нежирні молочні продукти, морепродукти; споживати менше продуктів з натрієм (солі), насичених жирів, транс-жирів, холестерину, цукру, очищеного зерна [75];</p>
<p align="center">План дій у галузі суспільної охорони здоров'я з метою попередження серцевих захворювань та інсульту</p>	<p>забезпечує основи охорони здоров'я громадян, визначає дії при хворобах серця і спрямований на профілактику інсульту. План дій визнає, що хворобам серця, інсультам та супутнім факторам ризику, в тому числі високому артеріальному тиску та ожирінню можна запобігти. План дій передбачає конкретні рекомендації та практичні кроки для забезпечення здоров'я людей [63];</p>

Закінчення табл. 3.1

Здорове суспільство	дана програма зосереджена на профілактиці хронічних захворювань. Програма допомагає збільшити кількість громад та зацікавлених сторін щодо розробки і просування стратегій, які допоможуть людям обрати здоровий спосіб життя. Завдяки цій програмі фінансуються 331 громада і 52 державні та територіальні управління охорони здоров'я [78];
Ініціатива «Давайте рухатись!»	присвячена вирішенню проблеми ожиріння в дитячому віці. Основними складовими є: навчання батьків та заохочення суспільства щодо підтримки здорового способу життя; споживання корисної їжі у школах; залучення до фізичної активності дітей. Вклад у боротьбу з дитячим ожирінням повинно вносити все суспільство, у тому числі й батьки, чиновники на різних рівнях влади, працівники галузі освіти, медицини, громадські організації та ін. [79];
Ініціатива «Мільйон сердець»	рекомендаційна система здорового способу життя в цілому та основа клінічної профілактики серцево-судинних захворювань. Присвячена поширенню освітніх програм з профілактики серцево-судинних захворювань; використанню інформаційних технологій в стандартизації та покращенні надання медичної допомоги; контролю артеріального тиску; підтриманню оптимального рівня холестерину; відмові від куріння; використанню відповідної терапії. Головне завдання ініціативи полягає у тому, щоб запобігти одному мільйону інфарктів та інсультів [80];
«Національна ініціатива щодо покращення здоров'я підлітків»	є результатом спільних зусиль для покращення здоров'я та благополуччя підлітків і молодих людей у віці 10-24 років. Національна ініціатива зосереджена на розширенні доступу до якісної охорони здоров'я та освіти. Основною метою Національної ініціативи є: покращення благополуччя підлітків, молодих дорослих та членів їх сімей; розширення доступу до якісної охорони здоров'я, у тому числі загального стану здоров'я, гігієни порожнини рота, психічного здоров'я; профілактика зловживання психотропними речовинами та лікуванням; покращення показників здоров'я у підлітків та молодих людей; ліквідація розривів у галузі охорони здоров'я, добробуту серед підлітків і молодих дорослих [81];
«Національна стратегія запобігання»	спрямовує націю використовувати найбільш ефективні і дійові засоби для поліпшення здоров'я і благополуччя особи і збільшення числа населення, які є здоровими протягом усіх етапів життя. Стратегія визначає наступні сім пріоритетів: відмова від тютюнопаління, запобігання зловживанню наркотиків та надмірного вживання алкоголю, здорове харчування, активний спосіб життя, життя вільне від травм і насильства, репродуктивне та сексуальне здоров'я, психічне і емоційне благополуччя [82].

Джерело: складено автором за використання [34]

Дослідження стратегічних програм, які використовуються у розвинених країнах для формування здорового способу життя на державному рівні, показало, що здоров'язбереження є сферою серйозної уваги як з боку держави, так і з боку суспільства. У світовому суспільстві вже введено науково обґрунтоване регулювання мінімальної рухової активності для всіх вікових категорій громадян, до того ж встановлено нормативи фізичної активності, збереження здоров'я законодавчо закріплено державою у ряді програм та нормативних документів стратегічної дії. Впроваджено у дію заходи зі стимулювання здорового способу життя (закон про заощадження, інвестиції, фітнес-оплату тощо). Крім програм рухової активності, на державному рівні розроблено рекомендації, що служать в якості основи для життєвих стратегій і програм у сфері харчування на всій території держави. Запропоновано план дій у галузі суспільної охорони здоров'я з метою попередження серцевих захворювань та інсульту. Впроваджено програму, яка допомагає збільшити кількість громад та зацікавлених сторін щодо розробки і просування стратегій, що допоможуть людям обрати здоровий спосіб життя. Окремо розроблено програму, присвячену вирішенню проблеми ожиріння в дитячому віці. Запропоновано систему здорового способу життя в цілому та основу клінічної профілактики серцево-судинних захворювань, ініціативу для покращення здоров'я та благополуччя підлітків і молодих людей у віці 10-24 років. Впроваджено стратегію, що спрямовує населення використовувати найбільш ефективні і дійові засоби для поліпшення здоров'я і благополуччя особи і збільшення числа людей, які є здоровими протягом усіх етапів життя.

Безперечно, при розробці державної стратегії формування здорового способу життя для населення України, необхідно враховувати особливості стану здоров'я, поведінки, менталітету жителів нашої країни, оскільки вони є специфічними. Проте в якості науково-обґрунтованого орієнтиру та практичного досвіду (прикладу) необхідно використовувати існуючі дієві

світові напрацювання. І саме вдалі програми та технології включати до складу державної стратегії формування здорового способу життя.

3.2. Стратегічні механізми з формування здорового способу життя населення

Формування здорового способу життя ґрунтується на стратегії, виробленій Оттавською хартією (1986 р.), що обов'язково необхідно враховувати при розробці державної стратегії здоров'язбереження. У 1986 р. в Оттаві відбулася I Міжнародна конференція з формування здорового способу життя, на якій було ухвалено Оттавську хартію. Саме цю конференцію вважають початком міжнародної діяльності стосовно здоров'я населення, а Оттавська хартія перекладена 50 мовами та загальноновизнана у всьому світі як основний ідеологічний документ у цій сфері. Оттавська хартія поступово конкретизувалась Асамблеями ВООЗ про здорове довкілля (1993 р.), Джакартською декларацією з питань пропаганди здорового способу життя (1998 р.), Концепцією «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у 21 столітті» (1998 р.), Європейською хартією щодо алкоголю (2001 р.), Бангкокською хартією із зміцнення здоров'я (2005 р.) та Таллінською хартією «Система охорони здоров'я для здоров'я і добробуту» (2008 р.). Політика ВООЗ у Європейському регіоні, відповідно до Концепції «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у 21 столітті» (1998 р.), враховує декілька системних груп, серед яких «Профілактика і здоровий спосіб життя», що має такі підрозділи: здоров'я і безпечне оточення; зменшення шкоди, завданої алкоголем, тютюном та іншими речовинами, що спричиняють залежність; багатосекторальні зобов'язання стосовно здоров'я [18].

Концептуальна стратегія формування здорового способу життя в Україні сформульована у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-ХІІ від 19.11.1992 р.). Проте на сьогоднішній

день деякі положення потребують свого оновлення, доповнення та конкретизації відповідно до напрацювань у світовому співтоваристві та потреб населення України.

Зазначимо, що у 2010 р. на 60-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ було оголошено про створення нової «Європейської політики ВООЗ: Здоров'я 2020», головними цілями якої визначено:

- забезпечення підтримки у повній реалізації кожною людиною її потенціалу здоров'я та добробуту;
- скорочення нерівності стосовно здоров'я у межах країни та між державами регіону;
- стратегічне керівництво охороною здоров'я з метою забезпечення відповідальності і дій кожного сектора в інтересах здоров'я людей;
- інвестування в ефективні заходи, що здатні вирішувати проблеми громадського здоров'я у регіоні;
- прогнозування змін та підтримка інновацій [17].

Рівень охорони здоров'я є інтегральним показником соціальної політики, а отже, і показником ефективності державного управління в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я. На сьогоднішній день галузь охорони здоров'я України перебуває на етапі реформування. Тим не менш знаходиться у кризовому положенні, а основними причинами такого стану є: повільне просування реформ у державі (найбільше це стосується систем охорони здоров'я та громадського здоров'я); не достатня ефективність системи державного управління; низька оплата праці медичних працівників та співробітників сфери громадського здоров'я; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування галузі без виділення належних коштів і, як результат, не достатньо ефективне виконання державних цільових програм із поліпшення здоров'я нації.

Вітчизняні науковці зазначають, що актуальною та наболілою є проблема забезпечення вимог чинного законодавства та його

удосконалення щодо сприяння здоров'ю та здоровому способу життя з боку всіх суб'єктів суспільних відносин – органів державної влади та місцевого самоврядування, підприємств, громадських організацій та окремих громадян. Досить широка нормативно-правова база, напрацьована в Україні, є не достатньо ефективною через невиконання чинних законів та нагальної потреби у їх удосконаленні та розвитку.

На сьогодні в Україні поки що не існує єдиної системи формування здорового способу життя, яка б поєднувала зусилля центральних і місцевих органів державної влади, органів місцевого самоврядування різних рівнів та громадських організацій, суб'єктів господарювання різних форм власності. Водночас в Україні створено систему охорони здоров'я, яка в певному обсязі і з різною ефективністю здійснюється центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями тощо.

Важливим напрямом підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення є найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення надзвичайно високої захворюваності та смертності, яка вимагає переорієнтації лікарів і хворих на пріоритет амбулаторної допомоги, удосконалення вторинної профілактики через створення системи виявлення хвороб на ранніх стадіях, впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій. Необхідно проводити відповідну політику державного регулювання ціноутворення для збільшення доступності лікарських засобів для широких верств населення з удосконаленням системи пільгового забезпечення ліками.

Міжнародний досвід свідчить, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтація державної політики на формування уміння людей володіти своїм здоров'ям та поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження. У сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні й фінансові ресурси слід скеровувати на формування

суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя; скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголю та тютюнопалінням; зниження смертності від серцево-судинних захворювань; зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу; впровадження ефективної стратегії боротьби з епідемією туберкульозу; зменшення дорожньо-транспортного травматизму та обумовленої ним смертності; підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення її профілактичної спрямованості.

В Україні нарешті покладено початок не косметичним, а фундаментальним змінам у сфері охорони здоров'я. Разом з тим, щоб втілювати реформу послідовно та ефективно, а не перетворити в «реформу заради реформи», потрібно системно моніторити медико-демографічні показники, доступність і якість надання медичної допомоги на місцях, особливу увагу приділяючи думці її споживачів. Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Необхідна орієнтація усіх сфер на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя.

Набуває в Україні дедалі більшого поширення співпраця органів державної влади і громадських організацій, які спільно реалізують низку проектів і програм щодо сприяння здоров'ю населення, а особливо дітей. Однак результативність та успішність охорони здоров'я в Україні залежить від ефективності державно-управлінського впливу на складові формування здорового способу життя, які на сьогодні комплексно та системно не визначені жодним нормативно-правовим актом. Тож пропонується перелік основних механізмів, що можуть бути складовими державної стратегії формування здорового способу життя населення, який наведено на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Комплекс основних механізмів, які можуть бути складовими державної стратегії формування здорового способу життя населення

Джерело: розроблено автором

Досліджуючи питання охорони здоров'я та формування здорового способу життя населення встановлено, що існує нагальна потреба у зміні підходів, перегляді традиційних форм, методів і механізмів роботи з населенням за цим напрямом, акцентуючи увагу на пріоритетності формування ідеології здорового способу життя.

Запропоновано до розвитку державної стратегії формування здорового способу життя внести механізми:

- 1) з пропаганди та освіти у питаннях здоров'язбереження;
- 2) з профілактичних і медичних заходів, спрямованих на формування і забезпечення здорового способу життя людей;
- 4) з рухової активності та здорового харчування;
- 5) з покращення умов життя у всіх сферах.

Кожен з механізмів підкріплено конкретними програмами і заходами з реалізації.

Особливо важливо відмітити, що необхідною є розробка цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя населення України, яка буде ґрунтуватися на ідеології початку пропаганди до народження дитини, роботи з майбутньою матір'ю (батьками), її продовження в сім'ї, дитячому дошкільному закладі, початковій, середній і вищій школі, у державних і недержавних структурах служби або праці, у пенсійному віці, тобто протягом усього життя.

Також доцільно на цих засадах ухвалити загальнодержавну стратегію з формування здорового способу життя населення, в якій необхідно врахувати запропоновані складові механізми державної системи формування здорового способу життя. Важливо також, щоб міжсекторальне багатогалузеве співробітництво щодо охорони здоров'я та формування здорового способу життя населення було спрямоване на посилення профілактики та активізацію процесу формування здорового способу життя.

3.3. Заходи з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення

На здоров'я впливає майже все у людській діяльності, тому розробка та реалізація державної стратегії формування здорового способу життя потребує зусиль багатьох партнерів та учасників цього процесу: уряду, центральних і місцевих органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, бізнесових структур, засобів масової інформації, самих людей, з яких складається найближче оточення, групи, родини, громади. У процесі розробки державної стратегії потрібне максимальне пристосування типових проектів, програм, заходів, окремих ініціатив до місцевих умов: запитів, можливостей, ресурсів окремих людей, груп, громад, організацій, районів із урахуванням особливостей політичного устрою, суспільного, економічного і культурного укладу. Необхідним є залучення до державно-управлінської діяльності з формування здорового способу життя всіх гілок державної влади, органів місцевого самоврядування, недержавних організацій, суспільних інститутів тощо.

Основним змістом діяльності щодо формування здорового способу життя є розробка і реалізація різноманітних проектів різного спрямування, рівня та обсягу, які спираються на певні передумови, мету, принципи, стратегії, механізми, обумовлені формуванням здорового способу життя як науковою теорією та дисципліною і мають на меті покращення здоров'я окремих осіб, груп людей, спільнот країн.

Основним механізмом формування здорового способу життя є створення умов для окремих осіб, груп людей, громад спроможності і можливості позитивно впливати на проблеми здоров'я. Створення засобами формування здорового способу життя того розуміння, що

тільки самим особам (групам, громадам) в першу чергу, а не державі чи спеціальним інституціям належить право вибору поведінки (право ініціатив, рішень, дій), істотно підвищує контроль за власною життєдіяльністю і, відповідно, збільшує потенції позитивних впливів на проблеми власного здоров'я.

У Проекті Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» вже представлено результати напрацювання з питань формування здорового способу життя населення, які можна інтегрувати до державної стратегії формування здорового способу життя. Тож до завдань і заходів з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення варто віднести такі, що стосуються забезпечення охорони громадського здоров'я та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці:

1) забезпечити показники очікуваної тривалості життя при народженні до рівня країн ЄС;

2) знизити рівень материнської смертності не більш як до 5 випадків на 100 000 пологів;

3) мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед новонароджених і дітей віком до 5 років, зокрема: зменшити неонатальну смертність або кількість випадків смерті у перші 28 днів життя до 3-4 випадків на 1000 новонароджених; зменшити смертність дітей у віці до 1 року до 4-5 випадків на 1000 народжених живими; зменшити смертність дітей у віці до 5 років до 6-7 випадків на 1000 дітей;

4) знизити на третину захворюваність на вірусні парентеральні гепатити, туберкульоз, а смертність від туберкульозу удвічі; знизити рівень смертності від СНІДу мінімум удвічі;

5) запровадити механізми запобігання поширенню наркозалежності серед молоді, до 2030 року знизити кількість наркозалежних людей на 20 % та кількість алкоголезалежних людей на 20 %;

6) посилити виконання Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну, зменшити поширеність тютюнокуріння серед населення;

7) налагодити профілактичну, зокрема соціально-психологічну, роботу серед населення, враховуючи гендерний аспект, завдяки чому до 2030 року знизити смертність від суїцидів на 20 % (в тому числі зважаючи на запобігання суїцидам серед ветеранів АТО);

8) скоротити вдвічі кількість смертей і травм унаслідок нещасних випадків на транспорті;

9) забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, а також захист від фінансових ризиків, доступ до якісних базових медико-санітарних послуг і до безпечних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всього населення;

10) забезпечити всім доступ до базових медичних послуг;

11) забезпечити загальний доступ жінок і чоловіків до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, враховуючи питання охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах;

12) істотно скоротити кількість випадків смерті та захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення та отруєння повітря, води й ґрунтів;

13) забезпечити фінансування системи охорони здоров'я (загальний обсяг державних і приватних витрат) на рівні не менше ніж 8 % ВВП з пріоритетним спрямуванням (до 40 % усіх витрат) на первинну медико-санітарну допомогу;

14) забезпечити збалансований раціон харчування, а також досягти погоджених на міжнародному рівні цільових показників, що стосуються боротьби з затримкою росту і виснаженням у дітей віком до п'яти років, а також задовольняти потреби в харчуванні дівчаток підліткового віку, вагітних і жінок, які годують грудним молоком дітей, та осіб похилого віку, пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями;

15) налагодити інформаційно-просвітницьку роботу серед населення щодо усвідомлення необхідності та поширення стандартів здорового

способу життя (раціональне харчування, дозовані фізичні навантаження, відповідальна сексуальна поведінка, відмова від шкідливих звичок);

16) досягти відчутного поліпшення житлових умов усіх громадян України, які цього потребують, насамперед уразливих категорій населення, зокрема молодих сімей, багатодітних сімей, фахівців дефіцитних професій у трудодефіцитних регіонах, на основі впровадження відповідних механізмів змішаного фінансування будівництва та/чи придбання житла, а також тимчасового соціального житла.

Перелічені заходи з формування здорового способу життя населення потребують суттєвого нормативно-правового, інформаційного, фінансового, кадрового, матеріального, науково-методичного та управлінського забезпечення. Більшість із них мають медичне або профілактичне спрямування на охорону здоров'я населення. Проте виконання означених заходів носить актуальний і необхідний характер, тобто є стратегічно важливим для всієї нації.

Що ж до окремих заходів з формування здорового способу життя населення для певних вікових категорій, то можна представити умови щодо зміцнення й збереження здоров'я школярів (табл. 3.2).

Окремо варто розглянути заходи з реалізації державної стратегії формування здорового способу життя для молоді, як специфічної вікової категорії населення. Покращення здоров'я пов'язане, перш за все, зі свідомою, розумною роботою самої людини з укріплення, відновлення і розвитку життєвих ресурсів організму. Першим важливим кроком для цього є формування мотивації молоді до збереження власного здоров'я, виховання почуття відповідальності за власне здоров'я. Потрібно допомогти усвідомити учням і молоді, що ніякі ліки не здатні зробити людину здоровою. Активний фізичний розвиток, рухова активність, раціональне харчування, духовний розвиток у поєднанні зі сприятливим соціальним середовищем є передумовою та основою здоров'я. Другим кроком має стати поширення знань щодо формування здорового способу життя в

молодіжному середовищі. Це потрібно робити, перш за все, за рахунок переорієнтації системи пропаганди із вивчення впливу негативних факторів поведінки на показ переваг, які забезпечує здоровий спосіб життя. Третім кроком має стати засвоєння цих знань і необхідних навичок, що уможливить свідоме ставлення молоді до власного здоров'я та до здоров'я людей із соціального оточення.

Таблиця 3.2

Умови щодо зміцнення й збереження здоров'я школярів

Умови розвитку		
фізичного здоров'я	психічного здоров'я	духовного здоров'я
1. Оновлення матеріально-технічної бази. 2. Одноосібні парти відповідно до вікових особливостей дітей. 3. Сучасне технологічне обладнання. 4. Усунення перевантаження школярів згідно з психофізіологічними чинниками навчальної діяльності. 5. Інклюзивне навчання для дітей з особливими потребами. 6. Нове дидактичне забезпечення, націлене на здоров'язбереження дітей. 7. Створення сучасних ігрових та спортивних майданчиків.	1. Децентралізація управління загальною середньою освітою. 2. Створення здоров'язбережувальних осередків. 3. Організація навчання на інтегрованій основі з переважанням ігрових методів. 4. Забезпечення індивідуального та компетентнісного підходів. 5. Проведення психологічних хвилинок. 6. Орієнтація на потребу учня. 7. Забезпечення корекційно-реабілітаційних заходів і додаткових послуг психолого-педагогічного супроводу.	1. Проведення ранкових зустрічей. 2. Запровадження нового підходу «педагогіка партнерства» (учень-учитель-батьки). 3. Гуманне ставлення до дитини. 4. Дотримання принципу поваги до особистості учня; дитиноцентризм. 5. Створення творчої атмосфери.

Джерело: розроблено автором за використання [27]

Успішна діяльність щодо інформованості молоді про здоров'я пов'язана з потребами пошуку нетрадиційних, оригінальних ідей, розроблення інформаційних матеріалів, пошуку методів і форм доведення інформації. Визначено, що найпопулярнішими формами роботи щодо

формування здорового способу життя в молодіжному середовищі стали інноваційні методики, такі, як інтерактивні театри, молодіжні лекторські групи, спікерські бюро тощо.

Світовий досвід свідчить, що у пропаганді здорового способу життя більш ефективним є поширення серед молоді соціально значимої інформації серед своїх однолітків за принципом «рівний – рівному», оскільки саме особистісний приклад ровесників може бути не тільки зразком для позитивної поведінки, але й формувати новий стиль молодіжної поведінки, коли здоровим бути модно та сучасно. Організація впливу за таким принципом викликає більшу довіру й зацікавленість аудиторії. Це важливо й тому, що, як вважають фахівці, нині для великої кількості молоді чи не єдиним і найбільш авторитетним джерелом інформації є найближче молодіжне оточення. Наступна перевага – зручність і відвертість спілкування.

Ефективним у пропаганді здорового способу життя виявляється вплив людей, яким вдалося подолати шкідливі звички. Може спрацювати ідея самозахисту – спроба переконати людей, що їхнє здоров'я й лікування нікого не цікавить, тому здоров'я – справа особиста, якою кожен повинен опікуватися щоденно. Одночасно необхідно роз'яснювати доступні кожному засоби захисту – найпростіші методи і прийоми здорового способу життя. Для декого переконливими є приклади конкретних ровесників, які дійшли до здорового способу життя внаслідок смертельної небезпеки, спричиненої попереднім нехтуванням здоров'ям. Можна готувати спеціальні матеріали про зустрічі з таким людьми. Нині в суспільстві формується ідеал заможної людини, отже, це можна поєднати із здоров'ям – рекламувати здоров'я як необхідну передумову життєвого успіху [3].

Для осіб працездатного віку встановлено, що ключовим заходом з реалізації політики здорового способу життя є підвищення їх фізичної, рухової активності на робочих місцях. Для чого необхідно впровадити стимулюючі заходи для працедавців з метою забезпечення ними умов та відповідної інфраструктури. Необхідним є створення роботодавцями,

профспілками, громадськими об'єднаннями фізкультурно-спортивної спрямованості (зокрема фізкультурно-спортивними товариствами) на робочих місцях сприятливих умов для оздоровчої рухової активності.

До заходів з реалізації державної стратегії можна включити ті з них, що стосуються формування здорового та активного довголіття населення, які наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Заходи з формування здорового та активного довголіття населення

Категорія заходів	Зміст заходів
Підвищення самореалізації	поліпшення умов для самореалізації та участі громадян похилого віку в процесах розвитку суспільства;
Охорона здоров'я	сприяння збереженню здоров'я та забезпеченню благополуччя, зокрема, удосконалення системи охорони здоров'я і соціального захисту населення в частині надання підтримки індивідуальної життєздатності та незалежності громадян похилого віку, профілактики захворювань, надання послуг з їх раннього виявлення та запобігання передчасній смертності;
Активізація життя	створення середовища, сприятливого для активного життя;
Сприяння трудовій діяльності	стимулювання продовження трудової діяльності та забезпечення гнучкого режиму робочого часу для працівників похилого віку, сприяння їх волонтерській діяльності;
Навчання протягом життя	формування політики навчання протягом життя з метою залучення громадян похилого віку до участі в освітніх процесах, розширення можливостей оволодіння новими професійними та загальноосвітніми навичками, зокрема у сферах сучасних комунікацій, комп'ютерної та інформаційної грамотності;
Соціальна допомога	посилення адресності програм соціальної допомоги малозабезпеченим категоріям осіб, забезпечення доступності товарів і послуг першої необхідності для соціально вразливих громадян похилого віку тощо.

Джерело: складено автором при використанні [48]

Перелічені заходи з реалізації державної стратегії з формування здорового способу життя показують, що розв'язання проблеми підтримання здоров'я населення має базуватися на системному та комплексному підходах, що означає залучення до вирішення означеної потреби не лише галузі охорони здоров'я, але й освіти, культури, соціальної роботи тощо. Як свідчить світовий досвід, головним чинником, що найбільше зумовлює стан здоров'я, є спосіб життя. Тому перспектива поліпшення здоров'я населення найбільше пов'язана з системною діяльністю щодо формування здорового способу життя, що є набагато ефективнішою й економічно доцільнішою стратегією, ніж постійне збільшення витрат на лікування наслідків нездорового способу життя.

Профілактика негативних явищ у національному середовищі, формування здорового способу життя є надзвичайно важливою та складною роботою, яка не може бути реалізована за декілька років. Це має бути постійна систематична робота стратегічного характеру, з обов'язковим регулюванням на державному рівні.

Заходи з реалізації державної стратегії з формування здорового способу життя, запропоновані для окремих вікових категорій населення дозволять впровадити в українському суспільстві принципи здоров'язбереження, відповідальності за власне здоров'я та управління його якістю. Це забезпечить підвищення рівня здоров'я населення країни загалом та тривалості його життя.

Висновки до розділу

З метою формування стратегічних державних програм формування здорового способу життя населення проведено дослідження досвіду зарубіжних країн у цьому питанні. Проаналізовано ключові напрями здоров'язбереження та методи державного стимулювання до формування здорового способу життя. Запропоновано варіанти програм у сфері

збереження здоров'я, рухової активності, спорту для державної стратегії з формування здорового способу життя населення, до яких відносяться: основні напрями фізичної активності; основи здорового харчування; план дій у галузі суспільної охорони здоров'я з метою попередження серцевих захворювань та інсульту; здорове суспільство – профілактика хронічних захворювань; ініціатива «Давайте рухатись!»; ініціатива «Мільйон сердець»; «Національна ініціатива щодо покращення здоров'я підлітків»; «Національна стратегія запобігання шкідливим звичкам». В якості науково-обґрунтованого орієнтиру та практичного досвіду необхідно використовувати існуючі дієві світові напрацювання. І саме вдалі програми та технології включати до складу державної стратегії формування здорового способу життя.

Запропоновано стратегічні механізми з формування здорового способу життя населення. Досліджуючи питання охорони здоров'я та формування здорового способу життя населення встановлено, що існує нагальна потреба у зміні підходів, перегляді традиційних форм, методів і механізмів роботи з населенням за цим напрямом, акцентуючи увагу на пріоритетності формування ідеології здорового способу життя. Запропоновано до розвитку державної стратегії формування здорового способу життя внести механізми: з пропаганди та освіти у питаннях здоров'язбереження; з профілактичних і медичних заходів, спрямованих на формування і забезпечення здорового способу життя людей; з рухової активності та здорового харчування; з покращення умов життя у всіх сферах. Встановлено, що необхідною є розробка цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя населення України, яка буде ґрунтуватися на ідеології початку пропаганди до народження дитини, роботи з майбутньою матір'ю (батьками), її продовження в сім'ї, дитячому дошкільному закладі, початковій, середній і вищій школі, у державних і недержавних структурах служби або праці, у пенсійному віці, тобто протягом усього життя.

У процесі розробки заходів з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення визначено, що необхідним є залучення до державно-управлінської діяльності з формування здорового способу життя всіх гілок державної влади, органів місцевого самоврядування, недержавних організацій, суспільних інститутів тощо. Основним змістом діяльності щодо формування здорового способу життя є розробка і реалізація різноманітних проектів різного спрямування, рівня та обсягу, які спираються на певні передумови, мету, принципи, стратегії, механізми, обумовлені формуванням здорового способу життя як науковою теорією та дисципліною і мають на меті покращення здоров'я окремих осіб, груп людей, спільнот країн. Представлено завдання і заходи з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення, що стосуються забезпечення охорони громадського здоров'я та сприяння благополуччю для всіх людей у будь-якому віці. Виконання означених заходів носить актуальний і необхідний характер, тобто є стратегічно важливим для всієї нації. Окремо наведено умови щодо зміцнення й збереження здоров'я школярів, розглянуто заходи з реалізації державної стратегії формування здорового способу життя для молоді, осіб працездатного віку та заходи з формування здорового та активного довголіття населення. Заходи з реалізації державної стратегії з формування здорового способу життя, запропоновані для окремих вікових категорій населення дозволять впровадити в українському суспільстві принципи здоров'язбереження, відповідальності за власне здоров'я та управління його якістю. Це забезпечить підвищення рівня здоров'я населення країни загалом та тривалості його життя.

ВИСНОВКИ

У процесі підготовки роботи було зроблено такі висновки:

1. За результатами дослідження теоретико-методологічних засад формування здорового способу життя населення встановлено основні типи сутнісних елементів визначення поняття здоров'я: здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття; повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя. Досліджено теорії розвитку здорового способу життя: модель уявлень про здоров'я; теорія розвитку організацій; організація спільноти – соціальна мобілізація (модель Ротмана); модель Міліо; тривимірна концепція здорової суспільної політики. Детально досліджено теорію формування здорового способу життя. Встановлено, що світовою спільнотою формування здорового способу життя визначається як процес запровадження зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективних програм, послуг, політики, які можуть підтримати та поліпшити існуючі рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його. Основним завданням сучасної валеологічної та медичної науки в нашій країні визначено вироблення довгострокової стратегії збереження населення України й найшвидшого відновлення його здоров'я.

2. Досліджено діючі та перспективні нормативні і стратегічні положення з формування здорового способу життя населення України. Встановлено, що у кожному з нормативних актів наведено галузеві фрагментовані необхідні напрямки формування здорового способу життя,

наприклад, для дітей та молоді, для освітнього середовища, з рухової активності, активного довголіття тощо. Аналіз наведених документів та їх положень, що стосуються стратегічного розвитку питань формування здорового способу життя населення в Україні, показав відсутність нормативного стратегічного документу з комплексним представленням положень щодо формування здорового способу життя для всіх вікових категорій населення України.

3. Проаналізовано проблеми формування здорового способу життя населення України. Встановлено, що загалом спільною проблемою для всіх вікових груп населення у формуванні здорового способу життя є відсутність цілісної наскрізної системи ведення здорового способу життя, яка ґрунтується на ідеології початку пропаганди до народження дитини, роботи з майбутньою матір'ю (батьками), її продовження в сім'ї, дитячому дошкільному закладі, початковій, середній і вищій школі, у державних і недержавних структурах служби або праці, у пенсійному віці, тобто протягом усього життя. Також не достатньо опрацьованими та не адаптованими до потреб населення за віком, до умов сьогодення, а від того і не достатньо ефективними, залишаються методики і технології формування здорового способу життя.

4. Проаналізовано результати основної діяльності КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Досліджено напрями і результати роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області. Встановлено, що лікарня на сьогоднішній день є провідним закладом охорони здоров'я Житомирської області. Вона здійснює широке коло медичних послуг щодо діагностики та лікування населення регіону. В арсеналі обласної лікарні нараховується близько 37 структурних підрозділів медичного призначення. Крім того у медичному закладі функціонує науково-практичний центр, також ведуться роботи з раціоналізаторства та винахідництва. Віднедавна розпочали свою

діяльність лікарів загальної практики – сімейної медицини, які у тому числі займаються питаннями формування здорового способу життя населення.

5. Аналіз динаміки результатів роботи лікарів консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 2018-2020 роки показав, що перелік спеціалістів є значним, який покриває необхідні потреби населення Житомирської області у отриманні медичної допомоги та забезпеченні громадського здоров'я. До того ж з 2020 року в лікарні діє послуга надання первинної допомоги, тобто працюють власні сімейні лікарі, які мають первинний контакт з населенням і приймають активну участь у формуванні здорового способу життя населення. Так, у 2020 році лікарями загальної практики – сімейної медицини обласної клінічної лікарні було прийнято 1568 відвідувань, що свідчить про стрімку та активну діяльність лікарів цього профілю. У 2020 році загальна кількість померлих у лікарні зменшилась на 8 осіб, порівняно з 2018 роком. Найбільшу кількість лабораторних досліджень у 2020 році було здійснено у хірургічних відділеннях – це 357594 обстежень, найменша кількість – у приймальному відділенні – це 13987 обстежень. Така суттєва діяльність з проведення лабораторних обстежень пацієнтів свідчить про активну роботу лікарів і хворих у діагностиці стану здоров'я пацієнтів та формуванню здорового способу життя населення.

6. Дослідження напрямів і результатів роботи з формування здорового способу життя населення Житомирської області показало, що на території області активними учасниками цього процесу є керівництво області (Житомирська обласна державна адміністрація, Житомирська обласна рада), заклади охорони здоров'я (КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради), КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради та інші. Їх діяльність спрямована на розробку програм, напрямів і заходів з формування і промоції здорового способу життя населення, збереження здоров'я та надання високоякісної медичної допомоги у вигляді консультацій, діагностики,

лікування тощо. Варто відмітити, що сформовані документи з напрямками роботи щодо питань здорового способу життя населення мають короткостроковий або середньостроковий термін реалізації (1-2 роки). Тож потребують опрацювання та розробки стратегічні напрями і заходи роботи всіх учасників процесу формування здорового способу життя населення Житомирської області.

7. Проаналізовано ключові напрями здоров'язбереження та методи державного стимулювання до формування здорового способу життя. Запропоновано варіанти програм у сфері збереження здоров'я, рухової активності, спорту для державної стратегії з формування здорового способу життя населення, до яких відносяться: основні напрями фізичної активності; основи здорового харчування; план дій у галузі суспільної охорони здоров'я з метою попередження серцевих захворювань та інсульту; здорове суспільство – профілактика хронічних захворювань; ініціатива «Давайте рухатись!»; ініціатива «Мільйон сердець»; «Національна ініціатива щодо покращення здоров'я підлітків»; «Національна стратегія запобігання шкідливим звичкам». Встановлено, що в якості науково-обґрунтованого орієнтиру та практичного досвіду необхідно використовувати існуючі дієві світові напрацювання. І саме вдалі програми та технології включати до складу державної стратегії формування здорового способу життя.

8. Встановлено, що існує нагальна потреба у зміні підходів, перегляді традиційних форм, методів і механізмів роботи з населенням за цим напрямом, акцентуючи увагу на пріоритетності формування ідеології здорового способу життя. Запропоновано до розвитку державної стратегії формування здорового способу життя внести механізми: з пропаганди та освіти у питаннях здоров'язбереження; з профілактичних і медичних заходів, спрямованих на формування і забезпечення здорового способу життя людей; з рухової активності та здорового харчування; з покращення умов життя у всіх сферах. Запропоновано програми і заходи, які деталізують механізми з формування здорового способу життя.

9. Визначено, що необхідним є залучення до державно-управлінської діяльності з формування здорового способу життя всіх гілок державної влади, органів місцевого самоврядування, недержавних організацій, суспільних інститутів тощо. Представлено завдання і заходи з реалізації стратегії державної політики з формування здорового способу життя населення, що стосуються забезпечення охорони громадського здоров'я та сприяння благополуччю для всіх людей у будь-якому віці. Виконання означених заходів носить актуальний і необхідний характер, тобто є стратегічно важливим для всієї нації. Окремо наведено умови щодо зміцнення й збереження здоров'я школярів, розглянуто заходи з реалізації державної стратегії формування здорового способу життя для молоді, осіб працездатного віку та заходи з формування здорового та активного довголіття населення. Заходи з реалізації державної стратегії з формування здорового способу життя, запропоновані для окремих вікових категорій населення дозволять впровадити в українському суспільстві принципи здоров'язбереження, відповідальності за власне здоров'я та управління його якістю. Це забезпечить підвищення рівня здоров'я населення країни загалом та тривалості його життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акція з раннього виявлення цукрового діабету. URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/aktsiya-z-rannogo-viyavlennya-tsukrovogo-diabetu.html>.

2. Бойчук Ю. Д. Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я людини та суміжних з ним понять. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

3. В твоїх руках – здоров'я і життя : збірник розповідей, спогадів, вражень підлітків та молоді – учасників Українсько-канадського проекту "Молодь за здоров'я – 2". – Шпола : Інформ.-метод. ресурсний центр українсько-канадського проекту "Молодь за здоров'я – 2", 2005. – 28 с.

4. Важенин С.А. Концепция развития личностно ориентированной системы физической культуры и спорта. Теория и практика физической культуры. 2006. № 3. С. 17-23.

5. Вакуленко О. В. Сучасні аспекти формування здорового способу життя в Україні та світі/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Вип. 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – С. 144–156.

6. Вакуленко О. В. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

7. Вакуленко О. В. Теоретичні стратегії та моделі профілактики негативних явищ та ФЗСЖ/ Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Випуск 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2017. – С. 14–19.

8. Вакуленко О. В. Формування здорового способу життя: генеза теорії та практики у світі та Україні // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: збірник наукових праць. – Вип. 12. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. – С. 142–147.

9. Відділення та підрозділи. Головна. Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. URL: <https://www.zhokl.com.ua/viddilennya-likarny/>.

10. Вперше підписаний договір про співпрацю між лікарнею та громадою. URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/vpershe-pidpisaniy-dogovir-pro-spivpratsyu-mizh-likarneyu-ta-gromadoyu.html>.

11. Громадське здоров'я Житомирщини (окремі статистичні показники 2020 року). Діяльність управління охорони здоров'я облдержадміністрації. URL: http://oz.zt.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=5.

12. Два відділення обласної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського отримали статус «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/dva-viddilennya-oblasnoyi-likarni-im-o-f-gerbachevskogo-otrimali-status-chista-likarnya-bezpechna-dlya-patsiyenta.html>.

13. Додаток до рішення Житомирської обласної ради від 24.12.2020 р. № 20 (в редакції від 27.05.2021 р. № 86) «Обласна Програма «Здоров'я населення Житомирщини» на 2021 рік». Додаток до рішення від 27.05.2021. URL: <https://zt.gov.ua/index.php/ofitsijni-dokumenti/normativni-dokumenti/rishennya-oblasnoji-radi.html>.

14. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

15. Залеський І.І., Клименко М.О. Екологія людини: підр. – К.: ВЦ «Академія», 2005. – 288 с.

16. Звіт про науково–дослідну роботу «Формування здорового способу життя молоді в контексті профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі» / Архів Державного інституту сімейної та молодіжної політики, 2016 р. – 151 с.

17. Здоров'я 2020: нова європейська політика охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : www.niipitan.com.ua/files/69584518.pdf.

18. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Текст]. — Копенгаген : ВОЗ (ЕРБ), 2000. — 310 с.

19. Зеленський оголосив про запуск програми «Здорова Україна». URL: <https://www.dw.com/uk/zelenskyi-oholosyv-pro-zapusk-prohramy-zdorova-ukraina/a-57989338>.

20. Інформаційний бюлетень з актуальних питань громадського здоров'я. КНП «Обласний центр громадського здоров'я» Житомирської обласної ради. 2021. 42 с. URL: http://oz.zt.gov.ua/images/stories/OTSGZ/buliten_1kv_2021_.pdf.

21. Інформація про роботу консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за грудень та за 12 місяців 2018 року.

22. Інформація про роботу консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за грудень та за 12 місяців 2019 року.

23. Інформація про роботу консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за грудень та за 12 місяців 2020 року.

24. Калина М.С. Формування здорового способу життя працездатного населення та осіб похилого віку в Україні. Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. Львів, 2009. Вип. 42. С. 16-19.

25. Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

26. Консультативно-діагностична поліклініка. URL: <https://www.zhokl.com.ua/viddilennya-likarny/konsultativno-diagnostichna-poliklinika/>.

27. Концепція «Нова Українська школа» URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf> (дата звернення 05.10.2017).

28. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009 - 2013 роки, схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 №731р. // <http://zakonl.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

29. Летуча А. Здоровий спосіб життя – запорука формування цілісної національної інноваційної системи. Наукові конференції 09.09.2015 р. URL: <http://ldconf.neasmo.org.ua/node/3168.>]

30. Литовченко Г.О. Необхідні знання студентів факультету фізвиховання, які сприяють формуванню здорового способу життя та пропагуванні його серед людей різного віку. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2005. №6. С. 28-34.

31. Маковецька Н.В. Формування фізичної культури і здорового образу життя особистості: теоретичний аспект проблеми. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2006. № 10. С. 117-121.

32. Мединський С.В. Діяльність американського Альянсу здоров'я, фізкультурної освіти, рекреації і танців крізь призму часу. / С. В. Мединський // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. / гол. ред. А.В. Цьось. – Луцьк: Волинський національний ун-т імені Лесі Українки, 2012. – № 3 (19). – С. 35–38.

33. Мединський С.В. Концептуальні ідеї розвитку фізичного виховання у Сполучених Штатах Америки // Міжнародні читання пам'яті професора Богдана Шияна: зб. наук. пр. – Тернопіль, 2014. – С. 136–140.

34. Мединський С.В. Складники технології здоров'язбереження в рамках держави. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

35. Міхеєнко О. І. Особиста відповідальність за стан свого здоров'я як стратегічний принцип оздоровчої практики. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

36. Молодь за здоровий спосіб життя: щоріч. доп. Президенту України, Верхов. Раді України, КМУ про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. ін.-т розв., сім'ї та молоді. – К.: СПД Крячун Ю.В., 2010. – 156 с.

37. Науково-практичний центр. Головна. Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. URL: <https://www.zhokl.com.ua/naukovo-praktichniy-tsentr/>.

38. Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського. Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації. URL: http://oz.zt.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=152%3A2009-10-13-07-06-10&catid=14%3A2009-10-13-06-57-47&Itemid=15.

39. Обласна лікарня надаватиме також і первинну допомогу. URL: <https://www.zhokl.com.ua>.

40. Обласна лікарня надаватиме також і первинну допомогу. Новини. Головна. Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/oblasna-likarnya-nadavatime-takozh-i-pervinnu-dopomogu.html>.

41. Організаційно-методичний відділ. URL: <https://www.zhokl.com.ua/viddilennya-likarny/organizatsiynometodichniy-viddil/>.
42. Підтверджена відповідність закладу вимогам ДСТУ ISO 9001:2015. URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/pidтверджена-vidpovidnist-zakladu-vimogam-dstu-iso-9001-2015.html>.
43. План заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhavnoyi-politiki-z-pitan-zdorovogo-ta-aktivnogo-dovgolittya-naselennya-na-period-do-2022-roku>.
44. План основних напрямків діяльності Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації та заходів у галузі охорони здоров'я Житомирської області на 2021 рік. Житомир. 2020. 138 с.
45. Положення про Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації. URL: http://oz.zt.gov.ua/images/stories/653_26.11.2020_do.pdf.
46. Президент України Володимир Зеленський дав старт загальнонаціональній програмі «Здорова Україна». URL: <https://sport.gov.ua/news/prezident-ukrayini-volodimir-zelenskij-dav-start-zagalnonacionalnij-programi-zdorova-ukrayina>.
47. Президентська програма «Здорова Україна» зробить спорт доступним для всіх, щоб жити довго, якісно й бути щасливими – Андрій Єрмак. URL: <https://www.president.gov.ua/news/prezidentska-programa-zdorova-ukrayina-zrobit-sport-dostupni-69133>.
48. Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhavnoyi-politiki-z-pitan-zdorovogo-ta-aktivnogo-dovgolittya-naselennya-na-period-do-2022-roku>.
49. Про обласну Програму «Здоров'я населення Житомирщини» на 2021 рік. URL: <https://zt.gov.ua/index.php/ofitsijni-dokumenti/normativni-dokumenti/rishennya-oblasnoji-radi.html>.

50. Проект Закону про систему громадського здоров'я, зареєстрований від 22.09.2020 р. № 4142. http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=4142&skl=10.

51. Проект Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» від 07.08.2018 № 9015 (статус: Одержаний ВР України). <https://ips.ligazakon.net/document/view/JH6YF00A?an=332>.

52. Проект Національної стратегії формування здорового способу життя дітей та молоді на період до 2025 року. <https://dismp.gov.ua/diyalnist/proektna-diyalnist/proiekt-natsionalnoi-stratehii-formuvannia-zdorovoho-sposobu-zhyttia-ditej-ta-molodi-na-period-do-2025-roku-2018-2019/>.

53. Рамзаев П.В., Тарасов С.И., Машнева Н.И. Величина здоровья как единый критерий в системе нормирования ионизирующих и других вредных факторов. Радиационная гигиена. 1978. Вып. 7. С. 61-66.

54. Раціоналізаторство та винахідництво. Головна. КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. URL: <https://www.zhokl.com.ua/ratsionalizatorstvo-ta-vinahidnitstvo/>.

55. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» на 2021 рік» від 19 серпня 2020 р. № 1043-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1043-2020-%D1%80#Text>.

56. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року “Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація” на 2021 рік» від 19 серпня 2020 р. № 1043-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1043-2020-%D1%80#Text>.

57. Роль засобів масової інформації та інших джерел у формуванні здорового способу життя молоді / Кер. авт. кол. О. Яременко; Н. Бутенко, О. Вакуленко та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 111 с.

58. Романова Н.Ф. Становлення та розвиток політики здорового способу життя. Вісник Харківської державної академії культури: зб. наук. пр. / за ред. В.М. Шейка. – Харків: ХДАК, 2014. – Вип. 45 – С. 282–289.

59. Селезньова О.О. Здоров'я молоді та формування здорового способу життя. Народна освіта. 2014. № 3(24). URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2513.

60. Соціальна педагогіка. Підручник / За ред. Капської А.Й. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 488 с.

61. Статистична інформація про діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2018 р.

62. Статистична інформація про діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2019 р.

63. Статистична інформація про діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2020 р.

64. Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2018 р.

65. Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2019 р.

66. Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2020 р.

67. Указ Президента України «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація»». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#Text>.

68. Указ президента України «Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі». №195/2020 <https://www.president.gov.ua/documents/1952020-33789>.

69. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Ч. 1 / О.О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В. Вакуленко, Ю.М. Галустьян та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005. – 160 с.

70. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 2. / О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В. Вакуленко, Н.М. Комарова та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005. – 212 с.

71. XV Поліські медичні зустрічі. URL: <https://www.zhokl.com.ua/news/news/hv-poliski-medichni-zustrichi.html>.

72. Централізована клініко-діагностична лабораторія. URL: <https://www.zhokl.com.ua/viddileniya-likarny/tsentralizovana-kliniko-diagnostichna-laboratoriya/>.

73. Ціннісні орієнтації сучасної української молоді. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року) / Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики / редкол.: Жданов І.О., гол. ред. колег., Ярема О.Й., Беляєва І.І. та ін. – К., 2016. – 200 с.

74. Юрочко Т. Здоров'я населення як стратегічна складова сталого розвитку України: другий розділ аналітичного документа «Розвиток людського капіталу: на шляху до якісних реформ». 2018. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/15801/Yurochko_Zdorovi_a_naselennia_yak_stratichna_skladova_staloho.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

75. 2010 Dietary Guidelines [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.gov/dietaryguidelines/2010/>.

76. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.cdc.gov/dhdsp/action_plan/.

77. Health and food. Spécial eurobarometer 246. European Commission. November 2006. 166 p.

78. Healthy Communities Program (2008–2012) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/>.

79. Learn The Facts [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.letsmove.gov/learn-facts/epidemic-childhood-obesity>.

80. Million Hearts Campaign [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://millionhearts.hhs.gov/index.html>.

81. National Initiative to Improve Adolescent Health (НИАН) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.amchp.org/programsandtopics/AdolescentHealth/Partners/Pages/NIAA_H.aspx.

82. National Prevention Strategy [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/#The% 20Priorities](http://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/#The%20Priorities).

83. Parcel T. L., Mueller C. W. Occupational differentiation, prestige, and socioeconomic status. *Work and Occupations*. 1983. Т. 10. №. 1. С. 49-80.

84. Physical Activity Guidelines for Americans [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fitness.gov/be-active/physical-activity-guidelines-for-americans/>.

85. Physical Activity Legislation in the 112th United States Congress (Updated June 28, 2011) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ncppa.org/static/assets/Physical_Activity_Legislation-112th_Congress_Updated_6-28-11.pdf.

86. President's Council on Fitness, Sports & Nutrition. Our History [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.fitness.gov/about-pcfsn/our-history/>.

87. White Paper - Together for Health: A Strategie Approach for the EU 2008 - 2013. COM (2007) 630. October 2007. Commission of the European Communities. 11 p.

88. White Paper on sport. COM (2007) 391 final. 11.7.2007. Commission of the European Communities. 20 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

ІНФОРМАЦІЯ

про роботу консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за грудень та за 2019-2020 роки

№ з/п	Лікарська спеціальність	Всього відвідувань				Відвідувань на одну зайняту лікарську посаду		Нормативний показник на 1 зайняту посаду на 2019 рік	% виконання річного нормативного показника
		грудень		12місяців		грудень	12місяців		
		2018	2019	2018	2019	2019	2019		
1	Алерголог	455	521	5628	5159	521	5159	5000	103,2
2	Гастроентеролог	633	900	8279	7053	900	7053	6500	108,5
3	Гематолог	516	604	7007	6991	345	3995	3900	102,4
4	Гепатолог	321		2094	4589	0	4589	4500	102,0
5	Гінеколог	325	380	5629	5297	380	5297	5200	101,9
6	Гінеколог-ендокринолог	321	396	4420	3949	396	3949	3900	101,2
7	Глаукоматолог	227	257	2186	2473	1028	9892	9700	102,0
8	Дермато- венеролог	333	471	5277	6367	471	6367	6300	101,1
9	Дієтолог	74	113	897	1102	226	2204	2100	104,9
10	Ендокринолог	812	1137	11646	12971	569	6486	6400	101,3
11	Ендоскопіст	219	243	2037	2404	243	2404	2400	100,2
12	Імунолог	201	157	2508	2415	157	2415	2400	100,6
13	Інфекціоніст	251	300	4423	3900	300	3900	3800	102,6
14	Кардіолог	645	530	6985	6259	530	6259	6200	100,9
15	Кардіоаритмолог	1215	1717	14734	15769	572	5256	5200	101,1
16	Кардіохірург	35	33	502	419				
17	Кістково-гнійний хірург	151	603	4038	5498	603	5498	5400	101,8
18	Комбустіолог	18	20	238	255	80	1020	1000	102,0

19	Лікар по конт.корекції зору	22	26	427	399	104	1596	1510	105,7
20	Невролог	1703	2257	28172	28306	564	7077	7000	101,1
21	Нейрохірург	337	408	5011	5007	408	5007	5000	100,1
22	Нефролог	301	368	4098	4225	368	4225	4200	100,6
23	Ортопед	446	320	7903	7737	320	7737	7700	100,5
24	Отоларинголог	788	1090	11239	11407	545	5704	5700	100,1
25	Отоларинголог-онколог			353					
26	Офтальмолог	986	1324	19721	17699	441	5900	5800	101,7
27	Пластичний хірург	10	10	88	70				
28	Проктолог	265	284	3429	3737	284	3737	3600	103,8
29	Профпатолог	168	319	2975	3229	255	2583	2500	103,3
30	Психотерапевт	232	249	3882	3267	249	3267	3200	102,1
31	Пульмонолог	525	533	6314	6053	533	6053	6000	100,9
32	Ревматолог	1010	1614	15630	17887	538	5962	5700	104,6
33	Судинний хірург	455	515	7141	6818	515	6818	6800	100,3
34	Сурдолог	440	269	4962	5525	269	5525	5500	100,4
35	Торакальний хірург	214	227	3225	2712	454	5424	5400	100,4
36	Уролог	357	497	4433	5257	497	5257	5000	105,1
37	Уролог кабінету літотрипсії	125	125	938	1410	125	1410	1400	100,7
38	Фоніатр	525	573	7120	6996	573	6996	6900	101,4
39	Хірург	613	459	11140	8696	459	8696	8600	101,1
40	Цеховий терапевт	241		1939	2119	0	2825	2800	100,9
41	Лікар-терапевт по призовникам	416	301	5909	5348	301	5348		
Всього		16931	20150	244577	246774	450	5515	5000	110,3

Додаток Б

ІНФОРМАЦІЯ

про роботу консультативно-діагностичної поліклініки КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за грудень та за 2019-2020 роки

№ з/п	Лікарська спеціальність	Всього відвідувань				Відвідувань на одну зайняту лікарську посаду		Нормативний показник на 1 зайняту посаду на 2020 рік	% виконання річного нормативного показника
		грудень		12 місяців		грудень	12 місяців		
		2019	2020	2019	2020	2020	2020		
1	Алерголог	521	257	5159	2403	257	2403	3200	75,1
2	Гастроентеролог	900	205	7053	3120	205	3120	4100	76,1
3	Гематолог	604	390	6991	3489	223	1994	2600	76,7
4	Гепатолог		147	4589	1392	147	1392	1900	73,3
5	Гінеколог	380	152	5297	2055	152	2055	2700	76,1
6	Гінеколог-ендокринолог	396		3949	1490				
7	Глаукоматолог	257	66	2473	915	264	3660	5000	73,2
8	Дермато-венеролог	471	163	6367	1868	163	1868	2500	74,7
9	Дієтолог	113	25	1102	545	50	1090	1550	70,3
10	Ендокринолог	1137	470	12971	5586	188	2234	3000	74,5
11	Ендоскопіст	243	105	2404	1114	105	1114	1500	74,3
12	Імунолог	157		2415	636				
13	Інфекціоніст	300	106	3900	1673	106	1673	2300	72,7
14	Кардіолог	530	248	6259	2936	248	2936	3800	77,3
15	Кардіоаритмолог	1717	364	15769	6127	121	2042	2600	78,5
16	Кардіохірург	33	25	419	229				
17	Кістково-гнійний хірург	603	297	5498	2300	297	2300	3000	76,7

18	Комбустіолог	20	9	255	113	36	452	620	72,9
19	Лікар по конт.корекції зору	26		399	135	0	540	750	72,0
20	Невролог	2257	860	28306	12392	215	3098	4100	75,6
21	Нейрохірург	408	221	5007	2256	221	2256	2900	77,8
22	Нефролог	368	167	4225	1968	167	1968	2600	75,7
23	Ортопед	320	224	7737	4102	224	4102	5000	82,0
24	Отоларинголог	1090	257	11407	5601	129	2801	3850	72,7
25	Офтальмолог	1324	526	17699	7797	175	2599	3500	74,2
26	Пластичний хірург	10		70	29				
27	Проктолог	284	151	3737	1599	151	1599	2100	76,1
28	Профпатолог	319	198	3229	1512	158	1210	1600	75,6
29	Психотерапевт	249	205	3267	1391	205	1391	1900	73,2
30	Пульмонолог	533	26	6053	3057	26	3057	3900	78,4
31	Ревматолог	1614	764	17887	8300	255	2767	3550	77,9
32	Сексопатолог		9		50	36	200	270	74,1
33	Лікар загальної практики- сімейної медицини		272		1568	272	1568		
34	Судинний хірург	515	194	6818	2739	194	2739	3500	78,2
35	Сурдолог	269	46	5525	1082	46	1082	1500	72,1
36	Торакальний хірург	227	101	2712	1135	202	2270	3000	75,7
37	Уролог	497	240	5257	2456	240	2456	3100	79,2
38	Уролог кабінету літотрипсії	125	71	1410	640	71	640	830	77,1
39	Фоніатр	573	113	6996	1774	113	1774	2300	77,1
40	Хірург	459	366	8696	5152	366	5152	5700	90,4
41	Цеховий терапевт			2119					
42	Лікар-терапевт по призовникам	301	180	5348	2604	180	2604		
Всього		20150	8220	246774	107330	173	2260	5000	45,2

Додаток В

**Статистична інформація про діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського»
Житомирської обласної ради за 12 місяців 2018-2019 рр.**

Найменування відділень	ЧИСЛО ЛІЖОК		Виписано хворих		Виконання плану л/днів в %		Зайнятість ліжок в днях		Середній термін перебування на ліжку		Померло хворих у відділенні		Летальність лікарняна	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ТЕРАПЕВТИЧНІ														
Гастроентерологічне	39	39	1270	1247	110,9	105,6	377,1	359,1	11,5	11,2				
Гематологічне	30	30	1274	1164	113,1	100,1	384,7	340,3	9,0	8,8	1		0,08	
Ендокринологічне	40	40	1353	1369	101,7	100,4	345,6	341,5	10,2	10,0				
Кардіологічне	34	27	1493	1323	97,3	109,4	335,2	372,1	8,5	7,6				
Неврологічне	30	24	1517	1124	92,1	101,7	313,5	356,5	7,6	7,6				
Нефрологічне	34	34	1041	737	97,7	64,9	332,2	220,6	10,8	10,2				
Пульмонологічне	44	44	1918	1929	108,2	113,7	368,0	386,3	8,4	8,8				
Ревматологічне	39	39	1516	1541	102,9	103,8	350,0	353,0	9,0	8,9				
Терапевтичне (ЦРЗН)	40	40	1351	1401	95,0	102,0	323,1	346,9	9,5	9,9				
Терапевтичне № 2	25	40	152	898	70,1	62,3	212,8	211,9	9,7	9,4	1		0,65	
Всього	355	357	12885	12733	101,4	96,5	344,4	328,1	9,3	9,2	2		0,01	
ХІРУРГІЧНІ														
Гінекологічне	30	30	1288	1129	93,7	82,0	318,7	278,7	7,4	7,4				
Ортопедично-травматологічне № 2	32	32	574	560	96,5	111,7	327,5	379,8	20,4	21,7		1		0,2
Нейрохірургічне	34	34	1309	1218	93,5	97,1	334,4	330,3	8,7	9,2	2	2	0,1	0,1
Опікове відділення	20	20	392	390	100,9	102,4	312,9	317,6	15,9	16,3				
Проктологічне відділення	25	20	955	829	98,3	104,2	330,9	354,2	8,6	8,5				
Ортопедично-травматологічне № 1	39	39	1050	1016	90,9	86,8	309,2	295,3	11,5	11,3	1		0,09	

Отоларингологічне	40	40	1598	1555	12,8	120,4	421,1	410,1	10,5	10,5		1		0,06
Мікрохірургії ока	35	35	2397	2292	106,3	97,0	361,4	329,9	5,3	5,0				
Судинної хірургії	34	34	1002	980	82,3	87,7	279,4	398,1	10,5	10,3	3	3	0,3	0,3
Торакальної хірургії	40	40	1314	1299	102,1	99,1	347,1	337,1	10,6	10,4		4		0,3
Урологічне	32	32	1564	1557	99,8	102,7	339,6	349,3	6,9	7,4				
Хірургічне відділення	40	40	1705	1903	98,1	100,4	333,4	341,4	7,8	7,0	5	5	0,3	0,3
Інвазивних методів лікування	15	15	1444	1307	109,9	101,8	373,6	346,3	3,9	4,0				
Кардіохірургічне відділення	16	16	316	347	54,4	55,7	185,1	189,3	9,4	8,7				
Всього	432	427	16908	16382	98,0	97,7	332,5	331,2	8,6	8,6	11	16	0,06	0,09
РЕАНІМАЦІЙНІ														
АІТ №2	6	7		11		95,3		79,4		4,0		23		16,5
ВІТ для п/о хворих	28	14	69	113	96,5	86,7	294,1	300,7	4,3	4,4	281	234	14,7	14,4
ВІТ для п/о хворих №2	0	7		8		89,7		76,1		2,3		9		3,9
ВІТАП кардіохірургічний	6	6	7	7	33,0	41,3	112,2	140,3	4,2	4,7	3	2	1,9	1,1
БАІТ опіковий	6	6	4	5	50,4	66,4	156,2	205,8	5,8	5,5	22	49	13,6	21,7
РБІТ кардіологічний	12	12	195	214	89,3	89,3	303,7	303,7	2,7	2,6	40	27	2,9	1,9
ЛІТ гематологічні	6	6			96,6	81,4	328,5	276,7	8,2	6,8	14	21	5,3	8,6
ЛІТ нейрохірургічні	6	6			62,4		212,5	66,7	6,8	7,8				
БІТ неврологічний	6	6	52	18	57,3	82,5	194,8	280,5	5,3	5,6	3		1,3	
ЛІТ нефрологічні	6	6	2		91,7	58,6	311,8	199,2	9,2	7,3	4	1	1,9	0,6
Всього	82	76	329	376	71,4	69,7	241,1	243,5	4,4	4,1	367	366	8,3	8,0
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	787	784	30122	29491	106,9	104,3	362,9	353,8	9,3	9,3	380	382	1,2	1,3

Додаток Г

**Статистична інформація про діяльність КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського»
Житомирської обласної ради за 12 місяців 2019-2020 рр.**

Найменування відділень	ЧИСЛО ЛІЖОК		Виписано хворих		Виконання плану л/днів в %		Зайнятість ліжок в днях		Середній термін перебування на ліжку		Померло хворих у відділенні		Летальність лікарняна	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
ТЕРАПЕВТИЧНІ														
Гастроентерологічне	39	39	1247	462	105,6	35,0	359,1	118,9	11,2	10,0		1		0,2
Гематологічне	30	30	1164	711	100,1	55,9	340,3	190,1	8,8	8,0				
Ендокринологічне	40	40	1369	622	100,4	42,0	341,5	143,0	10,0	9,2				
Кардіологічне	27	27	1323	781	109,4	46,7	372,1	163,9	7,6	5,7				
Неврологічне	24	24	1124	726	101,7	56,9	356,5	193,6	7,6	6,4				
Нефрологічне	34	34	737	394	64,9	26,5	220,6	90,0	10,2	7,8				
Пульмонологічне	44	44	1929	1039	113,7	58,5	386,3	199,1	8,8	8,4				
Ревматологічне	39	39	1541	707	103,8	39,8	353,0	135,3	8,9	7,5				
Терапевтичне №1 (ЦРЗН)	40	40	1401	556	102,0	35,4	346,9	120,5	9,9	8,7				
Терапевтичне № 2	40	40	898	403	62,3	25,7	211,9	87,3	9,4	8,7				
Всього	357	357	12733	6401	96,5	41,6	328,1	141,6	9,2	7,9		1		0,01
ХІРУРГІЧНІ														
Гінекологічне	30	30	1129	656	82,0	42,3	278,7	143,7	7,4	6,6				
Ортопедично-травматологічне № 2	32	32	560	361	111,7	77,3	379,8	262,8	21,7	23,3	1		0,2	
Нейрохірургічне	34	34	1218	775	97,1	63,1	330,3	214,7	9,2	9,4	2	1	0,1	0,1
Опікове відділення	20	20	390	230	102,4	62,7	317,6	163,0	16,3	14,2				
Проктологічне відділення	20	20	829	417	104,2	50,2	354,2	170,8	8,5	8,2				
Ортопедично-травматологічне № 1	39	39	1016	633	86,8	53,7	295,3	182,7	11,3	11,2		1		0,1

Отоларингологічне	40	40	1555	776	120,4	63,4	410,1	215,6	10,5	11,1	1		0,06	
Мікрохірургії ока	35	35	2292	1250	97,0	51,2	329,9	174,2	5,0	4,9				
Судинної хірургії	34	34	980	541	87,7	45,2	398,1	153,6	10,3	9,6	3	1	0,3	0,2
Торакальної хірургії	40	40	1299	730	99,1	57,6	337,1	195,8	10,4	10,7	4	1	0,3	0,1
Урологічне	32	32	1557	871	102,7	50,6	349,3	172,1	7,4	6,3				
Хірургічне відділення	40	40	1903	1362	100,4	69,9	341,4	237,7	7,0	6,9	5	8	0,3	0,6
Інвазивних методів діагностики та лікування	15	15	1307	761	101,8	60,6	346,3	206,0	4,0	4,0		1		0,1
Кардіохірургії та трансплантації органів і тканин	16	16	347	194	55,7	28,4	189,3	96,4	8,7	7,9				
Всього	427	427	16382	9557	97,7	56,2	331,2	190,3	8,6	8,5	16	13	0,09	0,1
РЕАНІМАЦІЙНІ														
ВАІТ №2	7	7	11	34	95,3	88,3	79,4	299,7	4,0	4,6	23	105	16,5	23,2
ВІТ для п/о хворих №1	14	14	113	33	86,7	77,0	300,7	261,3	4,4	5,9	234	109	14,4	17,6
ВІТ для п/о хворих №2	7	7	8	17	89,7	77,9	76,1	264,6	2,3	2,9	9	55	3,9	8,6
ВІТАП кардіохірургічний	6	6	7	2	41,3	23,9	140,3	78,8	4,7	4,3	2	2	1,1	1,8
БАІТ опіковий	6	6	5	10	66,4	60,9	205,8	188,8	5,5	5,6	49	45	21,7	22,3
РБІТ кардіологічний	12	12	214	108	89,3	75,7	303,7	257,4	2,6	3,7	27	25	1,9	3
ЛІТ гематологічні	6	6			81,4	70,8	276,7	241,8	6,8	6,0	21	14	8,6	7,8
ЛІТ нейрохірургічні	6	6					66,7		7,8					
БІТ неврологічний	6	6	18	5	82,5	64,7	280,5	220,1	5,6	3,5		3		0,8
ЛІТ нефрологічні	6	6		2	58,6	58,4	199,2	198,5	7,3	8,1	1		0,6	
Всього	76	76	376	211	69,7	63,4	243,5	213,9	4,1	4,0	366	358	8,0	10,1
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	784	784	29491	16169	104,3	55,6	353,8	188,8	9,3	4,3	382	372	1,3	2,2

Додаток Д

**Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів
КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2018 р.**

Найменування відділень	Клініко-гематологічні тести		Біохімічні тести		Мікробіологічні тести		Імуно-серологічні тести		Цитологічні тести	Імуно-хроматографічні (ВІЛ)	ВСЬОГО ТЕСТІВ	На 1 хвор.
	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.				
ТЕРАПЕВТИЧНІ												
Гастроентерологічне	26468	20,8	35617	28,0	2080	1,6	2701	2,1	44	1	66911	52,7
Гематологічне	77547	60,9	24846	19,5	690	0,5	1313	1,0	157	23	104576	82,1
Ендокринологічне	26685	19,7	25989	19,2	393	0,3	1164	0,9	87		54318	40,1
Кардіологічне	24830	20,9	22535	25,6	298	0,2	5251	4,1	104	2	53020	50,9
Неврологічне	20882	13,3	10544	6,7	422	0,3	803	0,5	22	12	32685	20,8
Нефрологічне	26159	25,1	16806	16,1	3547	3,4	1126	1,1	98	1	47737	45,8
Пульмонологічне	19111	10,0	10735	5,6	281	0,1	691	0,4	309	21	31148	16,2
Ревматологічне	20845	13,8	15512	10,2	463	0,3	1432	0,9	25	1	38278	25,2
Терапевтичне (ЦРЗН)	21019	15,6	18417	13,6	399	0,3	2199	1,6	63	4	42101	31,2
Терапія №2	27	0,2	729	4,8		0,0	129	0,8			885	5,8
Всього	263573	20,4	181730	14,0	8573	0,7	16809	1,3	909	65	471659	36,5
ХІРУРГІЧНІ												
Гінекологічне	26953	20,9	8260	6,4	735	0,6	1453	1,1	1387	1	38789	30,1

Ортопедично-травматологічне № 2	11053	19,3	9205	16,0	2371	4,1	1533	2,7	6	3	24171	42,1
Нейрохірургічне	15723	12,0	12814	9,8	801	0,6	2205	1,7	32	14	31589	24,1
Опікове відділення	6789	34,7	3305	20,9	3325	9,1	1549	4,3	4		14972	69,0
Проктологічне відділення	14166	14,8	5935	6,2	782	0,8	788	0,8	17	5	21693	22,7
Ортопедично-травматологічне № 1	16872	16,1	10457	10,0	655	0,6	1930	1,8	42		29956	28,5
Отоларингологічне	21835	13,7	12200	7,6	5899	3,7	701	0,4	656		41291	25,8
Мікрохірургії ока	18870	7,9	2461	1,0	603	0,3	698	0,3		5	22637	9,4
Судинної хірургії	17185	17,2	12875	12,8	871	0,9	1384	1,4	11		32326	32,3
Торакальної хірургії	26086	19,9	17201	13,1	1282	1,0	7193	5,5	4987	595	57344	43,6
Урологічне	33557	21,5	20164	12,9	5626	3,6	2226	1,4	103	9	61685	39,4
Хірургічне відділення	37556	22,0	35792	21,0	2333	1,4	4917	2,9	112	7	80717	47,3
Інвазивних методів лікування	28080	19,4	22607	15,7	1190	0,8	7363	5,1	571	2	59813	41,4
Кардіохірургічне відділення	1517	25,7	9737	102,7	421	2,0	1477	4,9	2	1	13155	135,4
Всього	276242	16,3	183013	10,8	26894	1,6	35417	2,1	7930	642	530138	31,4
РЕАНІМАЦІЙНІ												
ІТ для п/о хворих	55444	29,1	78135	41,0	2619	1,4	2369	1,2	122	63	138752	72,7
БІТ кардіохірургічний	6599		22720		222		80			1	29622	
БІТ опіковий	6829		4870		224		156			2	12081	
БІТ кардіологічний	6426		15649		67		895			1	23038	
Всього	75298		121374		3132		3500		122	67	203493	

ВСЬОГО ПО СТАЦІОНАРУ	615113	20,2	486117	15,9	38599	1,3	55726	1,8	8961	774	1205290	39,5
Примальне	21710		3703		155		151			6	25725	
Амбулаторні	195989		110796		9543		76157		18263	54	410802	
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	832812		600616		48297		132034		27224	834	1641817	
Інші ЛПЗ	11323		9271		758		6487		342997		370836	
Всього	844135		609887		49055		138521		370221	834	2012653	

Додаток Е

**Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів
КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2019 р.**

Найменування відділень	Клініко-гематологічні тести		Біохімічні тести		Мікробіологічні тести		Імуносерологічні тести		Цитологічні тести	Імуннохроматографічні (ВІЛ)	ВСЬОГО ТЕСТІВ	На 1 хворого
	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.				
ТЕРАПЕВТИЧНІ												
Гастроентерологічне	24728	19,8	33428	26,8	1952	1,6	2928	2,3	37	2	63075	50,6
Гематологічне	92023	79,1	24927	21,4	551	0,5	1068	0,9	92	30	118691	102,0
Ендокринологічне	26183	19,1	26234	19,2	228	0,2	1624	1,2	55	5	54329	39,7
Кардіологічне +БІТ	31841	11,7	38097	14,0	312	0,1	6356	2,3	69	5	76680	28,1
Неврологічне +БІТ	19016	13,4	14097	9,9	473	0,3	918	0,6	18	10	34532	24,3
Нефрологічне	16810	18,7	12015	13,4	2625	2,9	975	1,1	44	1	32470	36,1
Пульмонологічне	20353	10,6	11130	5,8	291	0,2	689	0,4	323	22	32808	17,0
Ревматологічне	23276	15,1	16315	10,6	302	0,2	1457	0,9	18	1	41369	26,8
Терапевтичне (ЦРЗН)	26906	19,2	19646	14,0	329	0,2	2916	2,1	61	3	49861	35,6
Терапія №2	167	0,2	5634	6,3	11	0,01	818	0,9		2	6632	7,4
Всього	281303	19,3	201523	13,8	7074	0,5	19749	1,4	717	81	510447	35,0
ХІРУРГІЧНІ												
Гінекологічне	25620	22,7	7811	6,9	697	0,6	794	0,7	1472	1	36395	32,2

Ортопедично-травматологічне № 2	11076	19,7	10421	18,6	1666	3,0	1455	2,6	18		24636	43,9
Нейрохірургічне	15720	12,4	13096	10,3	698	0,5	1944	1,5	20	9	31487	24,8
Опікове відділення+БІТ	16739	44,5	11425	38,3	3302	7,4	1510	3,7	23	7	33006	94,0
Проктологічне відділення	12935	15,6	5387	6,5	1041	1,3	391	0,5	55	1	19810	23,9
Ортопедично-травматологічне № 1	17506	17,2	10095	9,9	628	0,6	2089	2,1	36		30354	29,9
Отоларингологічне	22373	14,4	11732	7,5	6742	4,3	555	0,4	722	1	42125	27,1
Мікрохірургії ока	17308	7,6	3007	1,3	432	0,2	613	0,3		2	21362	9,3
Судинної хірургії	18198	18,5	12169	12,4	881	0,9	955	1,0	16	2	32221	32,8
Торакальної хірургії	25803	19,8	16838	12,9	1226	0,9	6728	5,2	5436	623	56654	43,5
Урологічне	35647	22,9	20780	13,3	5518	3,5	2378	1,5	65	6	64394	41,4
Хірургічне відділення	42858	22,5	38335	20,1	2305	1,2	5165	2,7	114	12	88789	46,5
Інвазивних методів лікування	24655	10,7	21180	9,2	1067	0,5	6843	3,0	661	1	54407	23,6
Кардіохірургічне відділення+БІТ	7878	22,0	57472	119,4	734	1,5	1672	3,4	16	2	67774	146,4
Всього	294316	16,6	239748	13,6	26937	1,5	33092	1,9	8654	667	603414	34,1
РЕАНІМАЦІЙНІ												
ІТ для п/о хворих	52194	32,1	64796	39,8	3256	2,0	1683	1,0	178	73	122180	75,1
ІТ для п/о хворих № 2	3673	26,4	5092	36,6	72	0,5	106	0,8		5	8948	64,4
АІТ №2	3021	13,1	5575	24,2			137	0,6		8	8741	38,0
Всього	58888		75463		3328		1926		178	86	139869	
ВСЬОГО ПО СТАЦІОНАРУ	634507	21,2	516734	17,3	37339	1,2	54767	1,8	9549	834	1253730	42,0
Приймальне	16192		5377		769		156			13	22507	

Амбулаторні	222814		163852		9078		78102		28107	64	502017	
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	873513		685963		47186		133025		37656	911	1778254	
Інші ЛПЗ	10918		11874		776		5329		291010		319907	
<i>Всього</i>	884431		697837		47962		138354		328666	911	2098161	

Додаток Є

**Статистична інформація про лабораторне обстеження пацієнтів
КНП «Обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради за 12 місяців 2020 р.**

Найменування відділень	Клініко-гематологічні тести		Біохімічні тести		Мікробіологічні тести		Імуносерологічні тести		Цитологічні тести	Імуннохроматографічні (ВІЛ)	Імуннохроматографічні (covid 2019)	ПЛР (covid-19)	ВСЬОГО ТЕСТІВ	На 1 хворого
	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.	Абс. дані	на 1 хвор.						
ТЕРАПЕВТИЧНІ														
Гастроентерологічне	9687	20,6	12931	27,5	656	1,4	1110	2,4	4	1		5	24394	51,9
Гематологічне	60765	81,8	18781	25,3	639	0,9	1425	1,9	82	34	4	98	81828	110,1
Ендокринологічне	10683	17,1	10990	17,6	80	0,1	750	1,2	35	1		7	22546	36,2
Кардіологічне +БІТ	18490	20,8	24375	27,4	169	0,2	4264	4,8	30	3	10	36	47377	53,3
Неврологічне +БІТ	12805	16,8	10765	14,1	467	0,6	990	1,3	12	6	1	25	25071	32,9
Нефрологічне	9725	24,0	6866	17,0	1371	3,4	675	1,7	25	3	1	9	18675	46,1
Пульмонологічне	7717	7,4	5032	4,8	79	0,1	543	0,5	90	4		12	13477	12,9
Ревматологічне	8817	12,4	6708	9,5	120	0,2	821	1,2	12		2	12	16492	23,3
Терапевтичне (ЦРЗН)	7782	14,0	7483	13,5	204	0,4	1068	1,9	34	2		2	16575	29,8
Терапія №2	2941	7,3	2955	7,3	46	0,1	473	1,2		3		1	6419	15,9
Всього	149412	22,6	106886	16,2	3831	0,6	12119	1,8	324	57	18	207	272854	41,3
ХІРУРГІЧНІ														
Гінекологічне	14034	21,4	4932	7,5	576	0,9	1227	1,9	809	2		6	21586	32,9
Ортопедично-травматологічне № 2	6449	17,7	6115	16,8	918	2,5	1215	3,3	10	4	3	5	14719	40,3

Нейрохірургічне	8752	10,4	8267	9,8	673	0,8	1456	1,7	18	8	4	27	19205	22,8
Опікове відділення+БІТ	12215	99,8	8859	112,2	2724	13,4	1392	9,0	8			17	25215	234,7
Проктологічне відділення	4731	11,3	2068	5,0	718	1,7	356	0,9	21		1	6	7901	18,9
Ортопедично- травматологічне № 1	10296	16,2	7222	11,4	604	1,0	1936	3,1	50	5	4	7	20124	31,7
Отоларингологічне	10080	13,0	6757	8,7	2111	2,7	707	0,9	478	1	1	19	20154	25,9
Мікрохірургії ока	9840	7,9	1730	1,4	473	0,4	920	0,7		1	5	41	13010	10,4
Судинної хірургії	8845	16,1	7042	12,9	664	1,2	1144	2,1	8		2	8	17713	32,3
Торакальної хірургії	13547	18,3	9563	12,9	905	1,2	3830	5,2	4069	346	7	14	32281	43,6
Урологічне	19050	21,8	11303	12,9	3681	4,2	1984	2,3	62	1	7	12	36100	41,3
Хірургічне відділення	29951	21,0	28983	20,3	1482	1,0	5490	3,8	115	3	7	97	66128	46,3
Інвазивних методів лікування	14785	19,4	13224	17,3	720	0,9	4393	5,8	303		5	6	33436	43,8
Кардіохірургічне відділення+БІТ	4832	79,1	23472	192,1	642	6,5	1032	7,9	12	6		26	30022	286,4
Всього	167407	17,2	139537	14,3	16891	1,7	27082	2,8	5963	377	46	291	357594	36,7
РЕАНІМАЦІЙНІ														
ІТ для п/о хворих	28336	45,8	29414	47,5	1906	3,1	1174	1,9	123	39	9	63	61064	98,6
ІТ для п/о хворих № 2	10523	16,5	13794	21,7	622	1,0	497	0,8		7	1	96	25540	40,2
АІТ №2	11733	25,9	18068	39,9	496	1,1	758	1,7		17	2	42	31116	68,7
Всього	50592		61276		3024		2429		123	63	12	201	117720	
ВСЬОГО ПО СТАЦІОНАРУ	367411	22,7	307699	19,0	23746	1,5	41630	2,6	6410	497	76	699	748168	46,3
Приймальне	8705		2381		1966		149			2	426	358	13987	
Амбулаторні	118184		85650		3581		61506		11916	85	100	964	281986	
ВСЬОГО ПО ЛІКАРНІ	494300		395730		29293		103285		18326	584	602	2021	1044141	

Інші ЛПЗ	7795		8734		734		8411		98173			36	123883	
Всього	502095		404464		30027		111696		116499	584	602	2057	1168024	

Демонстраційний матеріал

Додаток Ж