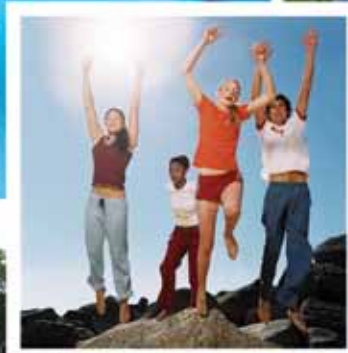




Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
Державний інститут розвитку сім'ї та молоді

Молодь за здоровий спосіб життя

Щорічна доповідь
Президенту України,
Верховній Раді України,
Кабінету Міністрів України
про становище молоді
в Україні
(за підсумками 2009 року)



Київ 2010



**МІНІСТЕРСТВО УКРАЇНИ У СПРАВАХ СІМ'Ї, МОЛОДІ ТА СПОРТУ
ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ РОЗВИТКУ СІМ'Ї ТА МОЛОДІ**

МОЛОДЬ ЗА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

**ЩОРІЧНА ДОПОВІДЬ ПРЕЗИДЕНТУ УКРАЇНИ,
ВЕРХОВНІЙ РАДІ УКРАЇНИ, КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПРО СТАНОВИЩЕ МОЛОДІ В УКРАЇНІ
(за підсумками 2009 року)**

Київ - 2010

УДК 613.9
ББК 51.204.0
М 75

Доповідь розроблена на виконання Декларації Верховної Ради України від 15.12.1992 № 2859-ХІІ «Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні» та відповідно до Державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2009-2015 роки

Керівник авторського колективу – Н. Ф. Романова; авторський колектив: О. В. Белишев, О. В. Вакулєнко, канд. пед. наук; Н. Є. Гусак; Н. Я. Жилка, канд. мед. наук; Т. М. Колос; Н. М. Комарова, канд. екон. наук; О. С. Лозовицький, канд. політ. наук; А. О. Мішин, канд. політ. наук; Т. К. Окушко канд. пед. наук; Н. Ф. Романова, канд. пед. наук; В. А. Сановська; Т. В. Семигіна, канд. політ. наук; Г. О. Слабкий, д. мед. наук, професор; В. О. Узніченко; редактор – Ю. О. Зуєва

При підготовці щорічної доповіді використано дані центральних та місцевих органів державної влади, наукових організацій, зокрема аналітичні та статистичні матеріали, надані Міністерством освіти і науки, Міністерством культури і туризму, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством праці та соціальної політики, Міністерством оборони, Міністерством внутрішніх справ, Міністерством аграрної політики, Державним комітетом телебачення і радіомовлення, Державним комітетом статистики, Національною експертною комісією з питань захисту суспільної моралі, Автономною Республікою Крим, управліннями у справах сім'ї, молоді та спорту обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, Національним університетом фізичного виховання і спорту, Національною академією медичних наук, Національною академією педагогічних наук, державною установою «Інститут економіки та прогнозування НАН України», Українським інститутом стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я

Висловлюємо подяку ЮНІСЕФ за підтримку та фінансування трьох досліджень: «Ставлення молоді до здорового способу життя» Державного інституту розвитку сім'ї та молоді (2010 р.), «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група», що виконувався Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України (2010 р.) та «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді в межах міжнародного проекту HBSC» (2010 р.) Українського інституту соціальних досліджень імені О. Яременка

МОЛОДЬ за здоровий спосіб життя: щоріч. доп. Президенту України, Верхов. Раді України, Каб. Міністрів України 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; [редкол.: Н. Ф. Романова (голова) та ін.]. – К.: ТОВ «Основа», 2010. – 156 с.

ISBN 978-966-699-606-3

Рекомендовано до друку Ученою радою Державного інституту розвитку сім'ї та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (протокол №3/10 від 16 листопада 2010 року)

©Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, 2010

ЗМІСТ

ВСТУП	6
--------------------	---

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ ЯК СТРАТЕГІЧНА СКЛАДОВА РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

1.1. Концептуальні засади формування здорового способу життя	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення національної політики щодо формування здорового способу життя.....	11
1.3. Діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування щодо популяризації здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі.....	21
1.4. Досвід впровадження моделі «Молодь за здоров'я» в Україні.....	34

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

2.1. Стан фізичного та психічного здоров'я молодого покоління: основні тенденції та прогнози.....	39
2.2. Соціальна складова здоров'я. Профілактика соціально небезпечних хвороб і негативних явищ серед дітей та молоді.....	65
2.3. Репродуктивне здоров'я молоді.....	83

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ: ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

3.1. Соціально-економічні фактори впливу на спосіб життя та ціннісні орієнтації молоді в Україні.....	94
3.2. Світові культурно-інтеграційні процеси та їх вплив на спосіб життя української молоді.....	101
3.3. Духовний, освітній та культурний розвиток молодої людини	105
3.4. Роль соціальних інститутів у процесі формування здорового способу життя	114

РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗА УЧАСТЮ МОЛОДІ	
4.1. Діяльність громадських організацій у сфері збереження та розвитку здоров'я.....	119
4.2. Молодіжне лідерство та волонтерство як важливий чинник популяризації здорового способу життя серед молоді.....	126
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	132
ДОДАТОК	142
YOUTH FOR HEALTHY LIFESTYLES	150

Нині на порядку денному суспільства і держави — проведення комплексу глибоких соціально-економічних реформ, спрямованих на збереження та розвиток людського й соціального капіталу з метою забезпечення входження України до найбільш конкурентоспроможних країн світу. У цьому контексті слід відзначити, що Програмою економічних реформ на 2010-2014 роки Президента України В. Ф. Януковича «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачено важливі кроки щодо формування здорового способу життя населення. Мова йде про перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя; розвиток інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку; підвищення акцизів на алкоголь і тютюнові вироби із спрямуванням їх до спеціального фонду державного бюджету з подальшим використанням для фінансування заходів охорони здоров'я.

Зрозуміло, що проблема створення умов для найповнішої реалізації індивідуального потенціалу здоров'я людини насамперед стосується осіб молодого віку. Такий підхід визначає необхідність нового розуміння відомого гасла «Здорова молодь – майбутнє нації», а також виносить на порядок денний питання удосконалення підходів до формування державної молодіжної політики.

Важливим кроком у цьому напрямку стало проведення *парламентських слухань*¹ про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 року) за темою «Молодь за здоровий спосіб життя», які відбулися 3 листопада 2010 року. За підсумками цієї роботи було прийнято Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні, де зазначено, що небезпека здоров'ю нації потребує внесення кардинальних змін щодо формування та реалізації державної соціальної, молодіжної політики, розробки й прийняття на державному і місцевому рівнях таких політичних та управлінських рішень, які б дозволили державі більш відповідально ставитися до здоров'я своїх громадян та підняти рівень особистої відповідальності за його збереження кожної людини.

Отже, формування здорового способу життя молоді має стати пріоритетним напрямом державної молодіжної політики. Наступні кроки у цій сфері вимагають значних зусиль не тільки з боку держави, але й у суспільства. Мова йде про необхідність прийняття Державної програми формування здорового способу життя, Загальнодержавної цільової соціальної програми з розвитку фізичної культури і спорту на 2012-2016 рр. з виробленням новітніх стратегічних підходів на засадах здорового способу життя та активізації молодіжної моди на здоров'я.

Іншим важливим кроком має стати зміцнення матеріально-технічного та фінансового забезпечення установ, закладів, молодіжних та дитячих громадських організацій, які займаються формуванням здорового способу життя дітей та молоді.

Зростає роль сім'ї та родинного впливу на вибір способу життя, що вимагає прийняття відповідних програм та заходів, спрямованих на популяризацію дій щодо відповідального ставлення до збереження не тільки власного здоров'я, але й громадського та суспільного.

З метою висвітлення й широкого суспільного обговорення тематики здорового способу

¹ Йдеться про другі парламентські слухання за даною темою. Перші парламентські слухання про становище молоді в Україні за темою «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи» відбулися у 2003 р.

життя Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту підготовлено щорічну доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні *«Молодь за здоровий спосіб життя»* (за підсумками 2009 року). Доповідь спрямована на висвітлення таких питань:

- вивчення способу життя української молоді як визначального фактору стану соціального, фізичного та психічного здоров'я;
- аналіз нормативно-правової бази і діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій щодо створення середовища, сприятливого для формування здорового способу життя молодого покоління;
- дослідження впливу соціально-економічних, культурних та інтеграційних процесів, що нині відбуваються у державі, на спосіб життя української молоді;
- оцінювання передумов, шляхів та перспектив впровадження цілісної системи формування здорового способу життя в Україні.

При підготовці щорічної доповіді Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні *«Молодь за здоровий спосіб життя»* (за підсумками 2009 року) було використано дані центральних та місцевих органів державної влади, наукових організацій, зокрема аналітичні та статистичні матеріали, надані Міністерством освіти і науки, Міністерством культури і туризму, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством праці та соціальної політики, Міністерством оборони, Міністерством внутрішніх справ, Міністерством аграрної політики, Державним комітетом телебачення і радіомовлення, Державним комітетом статистики, Національною експертною комісією з питань захисту суспільної моралі, Автономною Республікою Крим, управліннями у справах сім'ї, молоді та спорту обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, Національним університетом фізичного виховання і спорту, Національною академією медичних наук, Національною академією педагогічних наук, державною установою «Інститут економіки та прогнозування НАН України», Українським інститутом стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я.

Також при підготовці доповіді були використані результати досліджень: «Ставлення молоді до здорового способу життя» (2010 р.), проведеного Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за підтримки ЮНІСЕФ; «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2010 р.), проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка в рамках міжнародного проекту «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC) та дослідницькі матеріали «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група» (2010 р.), підготовлені Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ЮНІСЕФ.

Доповідь підготовлено авторським колективом у складі: О.В. Белишев (підр. 2.1, 2.2., висновки та пропозиції); О.В. Вакуленко, канд. пед. наук (підр. 1.1.); Н.Є. Гусак (підр. 3.1., 3.2.); Н.Я. Жилка, канд. мед. наук (підр. 2.1., 2.3.); Т.М. Колос (підр. 3.3.); Н.М. Комарова, канд. екон. наук (підр. 3.4.); О.С. Лозовицький, канд. політ. наук (підр. 4.1., 4.2.); А.О. Мішин, канд. політ. наук (вступ, висновки і пропозиції); Т.К. Окушко, канд. пед. наук (підр. 4.1.); Н.Ф. Романова, канд. пед. наук (підр. 1.4., 3.3., 4.2.); В.А. Сановська (підр. 1.3.); Т.В. Семигіна, канд. політ. наук (підр. 2.2.); Г.О. Слабкий, д. мед. наук, професор (підр. 2.1., 2.3.); В.О. Узніченко (підр. 1.2., 3.3.).

Керівник авторського колективу – Н.Ф. Романова.

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ ЯК СТРАТЕГІЧНА СКЛАДОВА РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

1.1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Світова спільнота вже давно зарахувала проблеми, пов'язані зі станом здоров'я людини до кола глобальних проблем людства, серед яких також фігурують загроза глобальної війни, екологічні катастрофи, демографічний спад, нестача ресурсів, наслідки науково-технічної революції техногенного й антропогенного походження тощо.

Наразі Всесвітня організація охорони здоров'я визнає, що *здоров'я* — це «складний феномен глобального значення, який включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів і виступає як об'єкт споживання, вкладання капіталу, індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з навколишнім фізичним і соціальним середовищем». Відповідно, вважається, що *стан системи охорони здоров'я визначає* лише 10 % усього комплексу впливів на здоров'я людини, а решта 90 % обумовлюється: станом *екології* (20 %), *спадковістю* (20 %) і найбільше — *способом життя* (50 %). Спосіб життя формується під впливом соціального оточення людини та залежить від рівня, якості та стилю її життя.

Отже, людство почало розуміти, що на сьогодні неможливо подолати захворювання, якщо серйозно не займатися вирішенням проблеми формування здорового способу життя¹, адже лікування дає в кращому разі лише обмежений ефект, поглинаючи при цьому значну частку державного чи сімейного бюджету. Мова йде про *сучасну концепцію «Здоров'я для здорової людини»*, коли визнається, що стан її здоров'я зумовлений переважно соціальними чинниками (умовами життя, соціальним середовищем та способом життя), а для його покращення необхідно запроваджувати профілактичні дії та сприяти розвитку індивідуального потенціалу здоров'я людини. Реалізація цієї концепції вимагає створення передумов, що визначені Оттавською хартією² і виписані наступним чином:

- відсутність конфліктів та дружні стосунки на рівні країн, громад, сімей, найближчого оточення, організацій, громади і окремих людей;
- наявність достатньо комфортного житла, зручних і безпечних побутових умов, соціальних інституцій, які забезпечують захист людей у разі потреби;
- наявність у суспільстві соціальної справедливості, рівності, толерантності;
- забезпечення вільного доступу до отримання освіти, знань та інформації щодо здоров'я, навчання методам, засобам і навичкам здорового способу життя;
- створення умов для здорового харчування, що може поліпшувати стан здоров'я та формувати захисний імунітет;
- задоволення життєвих потреб і культурних запитів на створення і споживання послуг і товарів, необхідних для сповідання здорового способу життя;
- збереження та захист сталої екосистеми та відновлення пошкоджених екологічних районів;
- досягнення сталості ресурсів країн, громад, окремих людей.

¹ Всесвітня організація охорони здоров'я / «Основа політика досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні у 21 столітті»

² У 1986 році в Оттаві відбулася перша міжнародна конференція з формування здорового способу життя, на якій було прийнято відповідну хартію. Саме цю конференцію вважають початком міжнародної діяльності стосовно здоров'я населення планети, а сама хартія перекладена на 50 мов і загальноновизнана у світі як основний ідеологічний документ у цій сфері.

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Загальним правилом формування здорового способу життя є те, що наявність або відсутність однієї з вищезазначених передумов ще не забезпечує задовільний рівень здоров'я людини, а детермінуючим чинником визнано саму практичну діяльність. Люди, громада чи країна за приблизно однакових передумов, можуть мати різні показники здоров'я.

Оттавською хартією визначено п'ять пріоритетних напрямів формування здорового способу життя, що тісно взаємопов'язані:

1. Формування сприятливої для здоров'я державної політики, ініціювання доцільних змін у цій сфері, в усіх дотичних галузях для вироблення політичних рішень на користь здоров'я населення.

2. Створення сприятливого середовища на основі соціоекологічного підходу до здоров'я.

3. Активізація молодіжної участі та підвищення активності громади (місцева територіальна, етнічна, релігійна, культурна).

4. Розвиток особистісних навичок через інформування, спеціальну освіту й навчання людей, аби вони могли свідомо обирати власні моделі поведінки щодо здоров'я.

5. Переорієнтація системи охорони здоров'я у бік розширення сфери відповідальності спеціалізованих медичних організацій, які мають вийти за межі лікувальної діяльності та взяти на себе проведення профілактики принципово іншого характеру, у значно більшому обсязі з урахуванням потреб здорового способу життя.

Складові *здорового способу життя* містять елементи, що стосуються всіх аспектів здоров'я – *фізичного, психічного, соціального і духовного*. Всі вони міцно взаємопов'язані та у сукупності, визначають стан здоров'я людини. Найважливіші з цих елементів – усвідомлення цінності власного здоров'я; відсутність шкідливих звичок; доступ до здорового харчування; задовільні умови побуту та праці; рухова активність³.

Розробка концепції та стратегії запровадження державних програм формування здорового способу життя потребує вивчення основних концептуальних підходів та теоретичного аналізу в цій сфері. Одним з важливих постулатів є *визначення самого поняття «здоровий спосіб життя»*, яке об'єднує по суті все, що сприяє виконанню людиною професійних, громадських та побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах і відображає орієнтованість діяльності особистості у напрямі формування, збереження та зміцнення як власного (індивідуального), так і громадського здоров'я.

У практичній діяльності *концептуальні засади формування здорового способу життя опираються на три основні принципи*: партнерства, посередництва й пристосування. Потреба у партнерстві пояснюється тим, що проблеми не можуть вирішуватися тільки закладами охорони здоров'я. Потреба в посередництві виникає, бо діяльність партнерів потрібно планувати, узгоджувати, координувати, оцінювати. Потреба у пристосуванні пов'язана з різними умовами та регіонами проживання населення чи окремих громад. Тому необхідним є максимальне адаптування програм чи проектів до місцевих умов з урахуванням соціально-економічної, політичної, суспільної ситуації.

Змістом діяльності щодо формування здорового способу життя є розробка і реалізація програм різного спрямування, рівня та обсягу, які ґрунтуються на певні передумови, мету, принципи, стратегії, механізми, що обумовлені науковими засадами формування здорового способу життя і мають на меті покращення здоров'я не тільки окремих осіб чи груп, але і суспільства.

Основним механізмом формування здорового способу життя є створення умов для окремих осіб, груп людей, громад щодо їх спроможності позитивно впливати на власне здоров'я. На сучасному етапі ще й досі існують певні стереотипи серед населення, ніби

³ Формування здорового способу життя молоді: стан, тенденції, перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003.- 250 с.

саме держава відповідає за його загальне самопочуття та здоров'я. При виникненні проблем спрацьовує суспільна думка, що у нас «неякісна медицина, безвідповідальні чиновники, занедбана екологія тощо». Для зміни таких поглядів потрібен час, сприятлива державна політика та значні фінансові, матеріальні і кадрові ресурси.

На державному рівні відповідальність за збереження здоров'я покладена на Міністерство охорони здоров'я.

Міністерство освіти і науки та Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту відповідають за формування, утвердження та пропаганду здорового способу життя.

В межах своєї компетенції вищезазначені державні органи через мережу відповідних закладів й установ проводять роботу в сфері збереження й зміцнення здоров'я громадян і впровадження здорового способу життя.

Серед основних заходів – соціальна різнорівнева профілактика, в тому числі соціально-небезпечних хвороб; просвітницько-інформаційна діяльність, спрямована на інформування дітей і молоді про наслідки ризикованої поведінки; вироблення навичок здорового способу життя; проведення валеологічної освіти на засадах здорового способу життя, гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показниками тощо.

Проте система гігієнічного навчання населення та професійна підготовка за цільовим призначенням не є ефективною та потребує невідкладних змін. Валеологічна освіта підростаючого покоління також потребує подальшого удосконалення. Профілактика правопорушень та негативних явищ серед підлітків та молоді, попередження поширення соціально небезпечних хвороб потребують новітніх підходів у практичній роботі, а саме переходу від інформаційно-просвітницької роботи щодо можливих наслідків ризикованої поведінки до комплексної профілактики й адресних практичних дій у напрямку формування здорового способу життя.

Таке поєднання дасть можливість не тільки надавати інформацію та знання щодо здорового способу життя, але й активно формувати навички здорової поведінки з урахуванням чотирьох складових здоров'я: фізичної, психічної, соціальної та духовної.

Окреслені чинники дають підстави говорити про необхідність запровадження концептуальних засад здорового способу життя з відповідними акцентами в практичній діяльності на:

- формування здорового способу життя шляхом визнання здоров'я населення як цінності стратегічного потенціалу держави та фактору національної безпеки. У такому випадку молодь виступає як джерело інтелектуальних ресурсів нації; економіка – як структура благополуччя людини; екологія – як сукупність умов зовнішнього середовища для комфортного проживання; соціальне середовище – як дієвий інструмент регуляції механізму забезпечення пріоритетності профілактики у сфері охорони здоров'я;

- розробку сучасної системи формування здорового способу життя за принципом: людина – сім'я – громада – держава, коли політика держави одночасно спрямована на конкретну людину, сім'ю (з урахуванням поселення, категорій, кількості дітей, вікових особливостей), громаду з її ресурсами і потенційними можливостями й будується на принципах тісної взаємодії;

- визнання поняття «здорового способу життя» похідною від багатьох складових, які тісно взаємопов'язані та взаємообумовлені; при цьому механізм вирішення проблем передбачає цілий комплекс соціально-економічних, правових, екологічних, санітарно-гігієнічних, просвітницьких, пропагандистських, виховних, організаційних та інших заходів;

- зміну стратегічних підходів щодо профілактичної діяльності, використання інноваційних технологій та запровадження моделі роботи з формування здорового способу життя «Молодь за здоров'я»;

- активізацію молодіжної участі та залучення ресурсів місцевої громади.

1.2. Нормативно-правове забезпечення національної політики щодо формування здорового способу життя

Конституція України визначає здоров'я людини як найвищу соціальну цінність (стаття 3), а згідно із статтею 49 документу – кожна людина має право на охорону здоров'я. Другим, за юридичною вагою (після Конституції) правовим актом щодо здоров'я населення, є, так звана, Медична Конституція України — Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», де сформульована концептуальна стратегія формування здорового способу життя (стаття 32).

В документі поняття «здоров'я» визначено відповідно до вимог Всесвітньої організації охорони здоров'я, як «стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб чи фізичних обмежень». Тобто національне законодавство у цьому принциповому питанні повністю узгоджено з позицією світової спільноти. Тут (стаття 32) також прописано, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя з акцентом на підвищення гігієнічної культури та фізичної активності. У Законі «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», визначено, що «Гігієнічне виховання є одним з головних завдань виховних установ та навчальних закладів.

Курс гігієнічного навчання – обов'язкова складова частина загальноосвітньої та професійної підготовки, підвищення кваліфікації кадрів», а також окреслене коло суб'єктів гігієнічного виховання (органи та заклади охорони здоров'я, працівники освіти, культури) та обов'язки суб'єктів (органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій) щодо участі і створення умов для гігієнічного навчання і виховання громадян та пропаганди здорового способу життя.

Загалом, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» охоплюють всі базові поняття, які визначені в міжнародних підходах щодо розробки та запровадження політики здоров'я населення.

Цьому питанню присвячено ряд статей у Законах України «Про охорону дитинства», «Про захист населення від інфекційних хвороб». Про необхідність пропагування здорового способу життя дітей та молоді йдеться в законах України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» та «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю».

З метою сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні Кабінетом Міністрів України від 28 січня 2009 № 41 затверджено Державну цільову соціальну програму «Молодь України» на 2009-2015 роки. Її виконання має створити передумови для гармонійного розвитку молодої людини, усвідомлення нею цінностей здоров'я, розуміння визначальної ролі здорового способу життя шляхом участі у активному та змістовному дозвіллі, самореалізації через громадську діяльність, творчість та працю.

Іншим важливим документом, що покликаний регулювати сферу збереження здоров'я населення є Указ Президента України від 27 квітня 1999 року «Про заходи щодо розвитку духовності, захисту моралі та формування здорового способу життя», яким затверджено основні напрями державної діяльності у зазначеній сфері. Цим Законом визначаються основні напрямки роботи діяльності органів та закладів державного сектору, приватних та громадських організацій, які залучені у сфері збереження здоров'я.

Слід зазначити, що більшість нормативно-правових документів, що пов'язані з діями щодо збереження здоров'я населення, відносяться до сфери охорони здоров'я. Але медична профілактика захворювань та формування здорового способу життя у своїй основі опираються на різні концептуальні засади та потребують окремого законодавчого забезпечення.

Діяльність щодо формування здорового способу життя молоді в новітній історії України відчутно активізувалася тільки в 1998–2004 рр., коли до роботи було залучено низку міністерств та відомств, зокрема Міністерство у справах молоді та спорту, Міністерство

освіти і науки, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство культури і мистецтв, Міністерство аграрної політики, Міністерство з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерство оборони, Державний комітет інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України, Державну соціальну службу для сім'ї, дітей та молоді, ряд місцевих підрозділів центральних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, громадські організації, у тому числі й міжнародні: Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, UNAIDS (Об'єднана програма ООН по ВІЛ/СНІДу), Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», CIDA (Канадське агентство міжнародного розвитку) та інші.

В цей час на пропагування здорового способу життя молоді значною мірою була скерована низка програм і проєктів, зокрема Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, Державна програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки, Державна програма розвитку фізичної культури і спорту, Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації», Національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства, Міжнародна програма з викорінення найгірших форм дитячої праці в Україні, Міжнародний проєкт Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, «Європейська мережа шкіл зміцнення здоров'я», програма UNAIDS «Сприяння просвітницькій роботі «Рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя», українсько-канадські проєкти «Молодь за здоров'я» (1998–2001 рр.) та «Молодь за здоров'я-2» (2002–2005 рр.) тощо⁴.

Між тим, у нормативно-правових актах молодь, як самостійний об'єкт діяльності з формування здорового способу життя, почала виокремлюватися тільки з 2004 року після проведення парламентських слухань про становище молоді в Україні «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи».

За результатами слухань була прийнята Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи» де, зокрема, було рекомендовано підготувати пропозиції стосовно законодавчого обмеження паління та вживання алкоголю у громадських місцях, реклами відповідних торгових марок; часу та місць продажу алкоголю; посилення відповідальності за продаж тютюнових та алкогольних виробів неповнолітнім та спрямування надходжень від оподаткування цих виробів на підтримку програм формування здорового способу життя молоді. Йшлося також про розробку Закону України «Про волонтерський рух», який нещодавно ухвалено Верховною Радою України в першому читанні (2010 р.). Необхідно зауважити, що схожий законопроект уже було заветовано Президентом України в 2005 році на вимогу громадських організацій, як такий, що обмежує свободу та розвиток волонтерської діяльності.

3 листопада 2010 року відбулися другі парламентські слухання про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 року) за темою «Молодь за здоровий спосіб життя». Результатом роботи стало прийняття Рекомендацій парламентських слухань про становище молоді, де зазначено, що безпека здоров'ю нації потребує внесення кардинальних змін щодо формування та реалізації державної соціальної, молодіжної політики, розробки й прийняття на державному і місцевому рівнях таких політичних та управлінських рішень, які дозволили би державі більш відповідально ставитися до здоров'я своїх громадян та

⁴ Формування здорового способу життя молоді: стан, проблеми та перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – С. 186.

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

підвищити відповідальність за їх стан здоров'я. Вказано, що відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки, формування здорового способу життя молоді слід виокремити як пріоритетний напрямок державної молодіжної політики; зміцнити матеріально-технічне та фінансове забезпечення установ, закладів, громадських об'єднань, зокрема молодіжних та дитячих громадських організацій, діяльність яких спрямована на поліпшення здоров'я та формування здорового способу життя дітей та молоді, прийняти Загальнодержавну цільову соціальну програму з розвитку фізичної культури та спорту на 2012–2016 рр. з виробленням новітніх стратегічних підходів на основних засадах здорового способу життя тощо.

Наразі існує цілий ряд документів, які мають відношення до збереження здоров'я населення, а здоровий спосіб життя визначається як один з компонентів діяльності. Так, у комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. передбачається розробка та запровадження системи дієвої просвіти населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижу здоров'я, залучення громадян до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття. Серед основних заходів визначено гігієнічне виховання населення з використанням телебачення, радіо, літератури, театру, кіно, що сприятиме формуванню ідеології здорового способу життя (в тому числі духовної, фізичної і психічної складової здоров'я) та розробку сучасних ефективних профілактичних технологій.

Іншим важливим документом у сфері формування здорового способу життя стало прийняття Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009–2013 рр. Зокрема у преамбулі Концепції констатується, що особливу небезпеку майбутньому країни несе нинішній стан здоров'я і спосіб життя дітей та молоді. Що становить реальну загрозу генофонду нації, безпеці України та залишається пріоритетною проблемою загальнодержавного значення. У цьому документі закладено можливість двох різних підходів та зазначено, що перший варіант реалізації програми можливий через використання традиційної моделі охорони здоров'я, але існують серйозні побоювання, що це не дасть позитивного результату. Інший шлях – через формування сучасної моделі запобігання захворюваності на основі скоординованих міжгалузевих заходів щодо впровадження здорового способу життя та профілактики відповідно до світових стандартів за рахунок об'єднання ресурсів держави, місцевих громад, громадських організацій та приватних структур. Вказано, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, економічний ефект від виконання програм здорового способу життя досягає співвідношення «вигоди-витрати» як 8:1. Саме тому в більшості передових країн світу профілактика та стимулювання людей до сповідування здорового способу життя є пріоритетним напрямком державної політики.

Законодавство України щодо формування здорового способу охоплює багато напрямів діяльності, у тому числі й вирішення проблем, що пов'язані з харчуванням, станом екології, фізичною активністю, безпекою сексуального життя, протидією тютюнопалінню, вживанню алкоголю, наркотиків, створенням сприятливого середовища щодо мотивації молоді до здорового способу життя.

Безпечність та якість харчових продуктів регулюється Законом України «Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини», у якому визнається право людини на належну якість та безпеку харчових продуктів та відповідність продовольчої сировини нормам, що дає підстави говорити про певне врегулювання сфери, пов'язаної з харчуванням населення. В той же час не вирішеними залишаються питання щодо використання харчової продукції з генно-модифікованими організмами, що викликає широкий суспільний резонанс у напрямку негативного впливу на стан здоров'я людей та вимог повної заборони їх поширення в країні.

Стан екології та навколишнього середовища на 20 % впливає на здоров'я людини та залежить від ряду проблем, серед яких найважливішими є зменшення запасів чистої питної води; зменшення запасів і забруднення поверхневих та підземних вод унаслідок посиленого водозабору, внесення забруднюючих речовин у водні об'єкти в процесі виробництва й ведення комунального господарства; зміна структури земельних ресурсів унаслідок вилучення земель під господарські потреби й забудови, розвиток негативних процесів у ландшафтах; зниження родючості ґрунтів, засолення, підтоплення та забруднення важкими металами, пестицидами й іншими шкідливими речовинами; забруднення повітря та зміна його складу внаслідок промислових та інших викидів у атмосферу; скорочення розмаїття рослинного й тваринного світу тощо.

Ці проблеми виникають тому, що структура господарства України, яка розвивалася десятиліттями, не відповідала в багатьох регіонах їх інтегральному потенціалу. При цьому не враховувалися екологічні можливості конкретної території та об'єктивні потреби й інтереси людей, які там проживали.

Загалом масштаби змін природного середовища залежать від двох основних факторів: інтенсивності прояву речового складу забруднювачів та здатності природи до самоочищення. Саме тому про важливість збереження екології для життєдіяльності людини йдеться в Законі України «Про охорону навколишнього природного середовища». Наразі постало багато нових екологічних проблем, що вимагають внесення суттєвих доповнень до цього Закону для оперативного вирішення та покращення ситуації в районах, які особливо постраждали від природних катаклізмів останніми роками.

Формування здорового способу життя в сучасних умовах потребує змін і впровадження нових технологій медичної допомоги, у т.ч. медичних оглядів дітей та молоді. Цю діяльність було регламентовано постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів» та прийнято спільний наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти і науки «Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням дітей у загальноосвітніх навчальних закладах» та інструкцію щодо розподілу учнів на групи для занять на уроках фізичної культури.

З 1 січня 2011 року набирає чинності нова редакція Закону України «Про фізичну культуру і спорт» (Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про фізичну культуру і спорт» та інших законодавчих актів України»). Стаття 4 цього закону констатує, що державна політика у сфері фізичної культури і спорту ґрунтується на засадах визнання фізичної культури як важливого чинника всебічного розвитку особистості та необхідності формування здорового способу життя.

Однак, незважаючи на велику увагу до рухової активності як засобу оздоровлення, виникає багато питань, що пов'язані з підготовкою студентської молоді, яка займається фізичною культурою, адже до цього часу залишаються не розробленими критерії оцінки рівня здоров'я саме студентів.

Наказом Міністерства освіти та науки від 27.11.2008 р. № 1078 пропонується враховувати рівень організації навчального процесу з фізичного виховання (наявність кафедр фізичного виховання, висококваліфікованих викладацьких кадрів, науково-методичного, інформаційного, медичного, матеріально-технічного і фінансового забезпечення викладання дисципліни «фізичне виховання») при ліцензуванні та акредитації вищих навчальних закладів.

Проте, відсутні чіткі критерії оцінки рівня організації оздоровчої фізкультурно-рекреаційної сфери у вишах, а також не визначено осіб, які персонально відповідатимуть за збереження (або покращення) стану здоров'я студентів.

Важливим нормативним документом, спрямованим на створення умов для реалізації права громадян на заняття фізичною культурою та спортом, підвищення рівня фізкультурно-оздоровчої роботи серед населення є постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

центрів фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх», якою передбачається створення сучасних комплексів за місцем проживання населення та надання ними доступних послуг.

З метою популяризації спорту та фізичної культури, здорового способу життя, сприяння відзначенню досягнень українських спортсменів, тренерів і фахівців у цій сфері, враховуючи значення Всеукраїнської урочистої церемонії «Герої спортивного року», для подальшого розвитку спорту видано Розпорядження Президента України «Про надання підтримки Всеукраїнській урочистій церемонії «Герої спортивного року» від 6 квітня 2010 року № 43/2010-рп.

Переважає більшість законів, постанов, програм, наказів у сфері фізичного виховання та спорту не виконується у повному обсязі, що традиційно пов'язується з економічною скрутою, знеціненням соціального престижу фізичної культури, спорту та здоров'я у суспільстві. Тому, не зважаючи на акцентовану увагу до фізичного виховання з боку держави, у відповідних законах та постановах фактично спостерігається бездієвість у справі збереження та зміцнення здоров'я молоді.

Духовний розвиток молоді взаємопов'язаний із соціальною відповідальністю перед собою та суспільством і є дуже важливим для дотримання основ здорового способу життя. У певній мірі прийняття у 2009 році розпорядження Кабінету Міністрів України «Питання Всеукраїнського центру патріотичного виховання молоді» та Концепції національно-патріотичного виховання молоді (спільний наказ Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства освіти і науки, Міністерства культури і туризму, Міністерства оборони дає підстави говорити про розвиток цього напрямку в майбутньому.

Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» вносить зміни в медичну сферу, що є важливим кроком щодо поліпшення здоров'я населення через забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг належної якості. Але цей процес є складним, оскільки необхідно вирішити питання щодо подолання низького рівня розвитку культури здоров'я, яке переважає у більшості населення. Дуже часто знання, уміння та навички не співвідносяться між собою, оскільки в суспільстві існує стереотип, згідно з яким «знати» ще не означає «діяти».

В силу значного зменшення кількості населення країни, особливої уваги потребує вивчення демографічної ситуації та забезпечення основних засад збереження репродуктивного здоров'я молоді. З цією метою в Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» визначено шляхи створення належних умов для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім'ї. Серед пріоритетних напрямків – розробка та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення до здорового способу життя; пропагування сімейних цінностей, забезпечення медико-соціальної підтримки молоді сім'ї; забезпечення доступності до медичних послуг підлітків шляхом впровадження в амбулаторно-поліклінічних закладах системи надання послуг для дітей та підлітків через «Клініки, дружні до молоді» тощо.

Аналіз чинного законодавства щодо формування здорового способу життя засвідчує, що на сьогодні найбільша кількість законодавчих актів прийнята у сфері запобігання тютюнопаління, споживання алкогольних напоїв та протидії незаконному обігу наркотичних і психотропних речовин.

Так, основою подальшого посилення боротьби з тютюновою епідемією стала постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року». Мова йде не тільки про адміністративну, але й кримінальну відповідальність: відповідальність згідно до статей 44 та 441 Кодексу України «Про адміністративні правопорушення» та статей Кримінального кодексу України, що встановлюють відповідальність за злочини, пов'язані з вживанням наркотиків. Важливим документом є також Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або

психотропні речовини (затверджена спільним наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ, Генеральної прокуратури та Міністерства юстиції від 10 жовтня 1997 р. № 306/680/21/66/530).

Наразі обмеження шкідливого впливу споживання алкогольних напоїв здійснюється шляхом реалізації правових, економічних, медичних та адміністративних заходів. Закон України від 19 грудня 1995 року № 481/95-ВР «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів» у розділі IV-1 «Основи державної політики щодо споживання алкогольних напоїв та тютюнових виробів» (чинна редакція від 16 червня 2010 року) визначає основні засади цієї роботи.

Стаття 15-3 цього документу забороняє продаж пива (крім безалкогольного), алкогольних, слабоалкогольних напоїв, столових вин та тютюнових виробів особам, які не досягли 18 років.

Слід зазначити, що економічні механізми стримування алкоголізації населення та поширення тютюнопаління надалі набуватимуть більш жорсткого характеру. Це впливає з розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо виконання в 2010 році Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу», яким передбачено підготовку нормативно-правових документів з метою реформування податкової системи України⁵.

Так, Законом України «Про внесення змін до Закону України »Про ставки акцизного збору на спирт етиловий та алкогольні напої» вже підвищено ставки акцизного збору на спиртові дистилати та спиртні напої.

За ініціатииви Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з Міністерством охорони здоров'я і Міністерством освіти та науки було розроблено проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України» щодо посилення контролю продажу алкогольних та тютюнових виробів. 21 січня 2010 року Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв», до якого увійшли норми вищезазначеного законопроекту, врегулювавши питання обмеження споживання та продажу слабоалкогольних напоїв для населення, в тому числі молоді.

Спроби державних органів ініціювати поправки до цього Закону з метою збільшення віку молоді до 21 року були невдалими, оскільки нормативно-правові акти дуже розрізнені і прийняття поправок потребує перегляду цілого комплексу дотичних законів, що наразі зробити важко.

Загалом, виконання зазначеного комплексу заходів відповідає положенням Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я з боротьби проти тютюну, яку було ратифіковано нашою країною ще у 2006 р. (Законом України від 15 березня 2006 року № 3534-IV).

Основою подальшого посилення боротьби з тютюновою епідемією стала Постанова Кабінету Міністрів України від 3 вересня 2009 року № 940 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року». Відповідно до Програми, на першому етапі (2009–2010 рр.) передбачається удосконалити законодавство, зокрема податкове, розробити програми підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних, соціальних та педагогічних працівників, які мають забезпечити здійснення заходів щодо запобігання вживанню тютюнових виробів та проводити лікування залежності від тютюну; інформувати населення про небезпеку, ризики та шкідливі наслідки для здоров'я, а також переваги здорового способу життя.

На другому етапі (2011–2012 рр.) передбачається внести інформацію про тютюнову

⁵ Директива Ради ЄС від 19 жовтня 1992 року № 92/79/ЄЕС щодо зближення податків на сигарети, Директива Ради ЄС від 19 жовтня 1992 р. N 92/84/ЄЕС щодо зближення ставок акцизних зборів на спирт та алкогольні напої

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

залежність пацієнта до медичної звітної та облікової документації закладів охорони здоров'я всіх форм власності; запровадити систему надання допомоги з профілактики, діагностики та лікування залежності від тютюну. Тобто мова йде про визнання тютюнопаління хворобою, що потребує медичного втручання.

Ризикова поведінка людини може призвести до соціально небезпечних хвороб, серед яких захворювання на ВІЛ/СНІД. Закон України «Про Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» спрямований на протидію поширення інфекції та надання необхідної допомоги людям, які живуть з ВІЛ-статусом.

Закон України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації «Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» та Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з виконання у 2010 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації «Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» у розділі «Охорона здоров'я та формування здорового способу життя дітей» передбачає значний обсяг заходів щодо протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: від проведення в загальноосвітніх навчальних закладах 1 грудня інформаційних уроків на тему «Заради життя» до створення системи підготовки волонтерів щодо формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД дітей за принципом «рівний-рівному». Наразі вирішенням цих питань займається Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з партнерами Міжнародним благодійним фондом «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та Всеукраїнською благодійною організацією «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

Основною причиною поширення ВІЛ-інфекції продовжує залишатися вживання ін'єкційних наркотиків. Для покращення роботи у цій сфері було ліквідовано Комітет з контролю за наркотиками та утворено Державний комітет України з питань контролю за наркотиками⁶, при Міністерстві охорони здоров'я з більш широкими повноваженнями.

Важливим кроком щодо протидії поширення наркотиків серед молоді стала Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про Центр ресоціалізації наркозалежної молоді» (від 16 вересня 2009 р. № 979). Згідно цієї постанови організація діяльності здійснюється Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту. Такі центри визначаються як спеціалізовані заклади, де на добровільних засадах цілодобово може перебувати молодь, яка пройшла курс лікування від наркотичної залежності в медичних закладах та потребує отримання різноманітних соціальних послуг. На Центри покладено завдання щодо інформування населення про негативні наслідки вживання наркотичних засобів та психотропних речовин.

Міжгалузева та галузева діяльність державних органів влади потребує пошуку партнерів та донорів. Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення стратегічних напрямів та завдань щодо залучення міжнародної технічної допомоги і співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями на 2009-2012 роки» від 3 вересня 2009 р. № 1156-р окреслено загальні рамки співробітництва з державами-донорами, ЄС і міжнародними організаціями з питань залучення міжнародної технічної допомоги і ресурсів міжнародних фінансових організацій з метою розв'язання пріоритетних завдань соціально-економічного розвитку України.

Найважливішими стратегічними напрямками визначено профілактику поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення та поза ними; забезпечення доступу до послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; створення єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що здійснюються на національному та регіональному рівнях; удосконалення діяльності мережі реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків з метою позбавлення їх наркотичної залежності та

⁶ Постанова Кабінету Міністрів України від 23 червня 2010 року № 516

соціальної адаптації; розширення мережі спеціалізованих служб з надання соціально-медичних, інформаційних, психологічних і юридичних послуг уразливим групам населення та пропагування здорового способу життя.

Не залишилося поза увагою держави і законодавство в галузі рекламної діяльності. Указом Президента України від 6 січня 2010 р. № 6/2010 «Про деякі заходи щодо сприяння вирішенню актуальних питань молоді», враховуючи пропозиції Національної ради з питань становлення та розвитку молоді, було затверджено заходи щодо активізації роботи з пропаганди здорового і безпечного способу життя, забезпечення належного контролю за рекламою, кіно- та відеопродукцією з метою контролю питань, що пов'язані з поширенням в ефірі пропаганди насильства, жорстокості, національної та релігійної ворожнечі, а також щодо додержання вимог Закону України «Про рекламу» відносно реклами алкогольних напоїв та тютюнових виробів.

Окрім вищезазначених документів на національному рівні існує ряд галузевих та регіональних нормативних документів, що спрямовані на формування здорового способу життя: Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам та молоді» від 02 червня 2009 р. № 383; Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичних послуг підліткам та молоді та порядок оцінки центрів (відділень, кабінетів) медико-соціальної допомоги підліткам та молоді на відповідність статусу «Клініка, дружня до молоді» від 02 червня 2009 р. № 382; Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» від 05 січня 1999 р. № 1; спільний Наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти та науки «Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді» від 21 квітня 2005 р. № 242/178 тощо.

З метою утвердження та пропаганди здорового способу життя, запобігання негативним проявам серед дітей і молоді, виявлення та підтримки талановитих підлітків було затверджено Положення «Про проведення щорічного Всеукраїнського фестивалю-конкурсу «Молодь обирає здоров'я» (Наказ від 24 листопада 2009 р. № 1061/4128). Документ є міжгалузевим, оскільки в його підготовці приймало участь Міністерство освіти і науки та Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту.

Іншим важливим документом у цій сфері слід назвати Наказ від 19 січня 2009 р. № 51 «Про затвердження заходів Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту на 2009 рік щодо вдосконалення законодавчої та нормативно-правової бази стосовно посилення відповідальності за втягування дітей та молоді до вживання наркотичних засобів, прекурсорів, отруйних, сильнодіючих речовин, алкоголю, тютюнопаління».

Наразі існує інформація щодо виконання цього Наказу тільки у сфері торгівлі. Інформація щодо дій, спрямованих на посилення відповідальності за втягування дітей та молоді до вживання наркотичних засобів, прекурсорів, отруйних та сильнодіючих речовин відсутня, що не дає можливості провести повний аналіз реалізації цього державного документу.

У цьому контексті слід зазначити, що у червні 2010 р. Міністерством охорони здоров'я був оприлюднений проект Закону України «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я». У статті 37 цього законопроекту «Сприяння здоровому способу життя населення» передбачаються дії щодо створення необхідних умов для утвердження здорового способу життя населення шляхом поширення знань з питань охорони здоров'я, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення тощо.

Разом з тим, цей документ залишає поза увагою проблему подолання низького рівня розвитку культури здоров'я населення, яке зберігається у переважній більшості, підвищення

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

престижу здоров'я, самоусвідомлення його цінності та формування необхідних навичок серед дітей та молоді.

Для активізації цієї роботи Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту розроблено проєкт Галузевої програми з формування здорового способу життя серед дітей та молоді на 2010–2012 рр. У програмі виписано нову ідеологію культури здоров'я, спрямовану на індивідуальну самосвідомість, на оперативний контроль за резервами здоров'я, на формування економічної цінності здоров'я, на самооздоровлення, що робить її впровадження впродовж 2,5 років першочерговим комплексом заходів у покращенні соціально-демографічної ситуації в країні.

Аналіз наведених документів (а їх більш ніж 20) та цілий ряд інших нормативних актів, прийнятих місцевими органами виконавчої влади, дає підстави говорити про те, що вони мають вузький характер зазвичай охоплюють лише якусь одну складову здоров'я. Значна кількість таких програм спрямована на вторинну та третинну профілактику, тоді як первинна проводиться тільки на рівні заходів, яких багато. Але вони так і не стали системними та проводяться як тематичні, в залежності від події (День здоров'я, День без куріння, День пам'яті, померлих від СНІДу тощо) або тільки при наявності коштів.

За даними Національного Звіту з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (січень 2008 – грудень 2009), фінансування багатьох програм має невеликий обсяг, тому проведення акцій носить скоріше пропагандистський характер. В такому випадку ця робота є малоефективною. В той же час є програми, які більш ніж на 50 % фінансуються міжнародними організаціями та фондами або самими хворими у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Так, основними донорами програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні залишаються Глобальний Фонд, кошти якого склали 18,3 млн доларів США, Агентство США з міжнародного розвитку — майже 6 млн доларів та агенції ООН — понад 2,1 млн доларів США.

У 2008 році витрати міжнародних організацій зросли до 40,5 млн доларів США. Серед них частка Глобального Фонду складала 26,8 млн доларів, двосторонніх організацій (включаючи АМР США) — майже 8,7 млн доларів, Агенції ООН — 1,7 млн доларів, інших міжнародних організацій — близько 1,5 млн доларів. Тоді як з державного бюджету на зазначені програми у 2007 році було виділено близько 47 млн доларів США, у 2008 році — близько 60 млн.

Обсяг міжнародних коштів, що спрямовуються на протидію ВІЛ/СНІДу в Україні, зростає щороку. Це пов'язано з розширенням програм, що фінансуються за рахунок Глобального Фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Слід визнати, що досі не визначений механізм контролю за витратами бюджетних коштів на національному та регіональному рівнях, моніторингу та оцінки ефективності з боку дослідницьких та контролюючих установ. Відповідно, результати діяльності не приносять очікуваного ефекту, а стан здоров'я молоді, не зважаючи на велику кількість заходів, з року в рік тільки погіршується.

Загалом аналіз вітчизняного законодавства щодо сприяння здоровому способу життя та його порівняння з міжнародними нормативно-правовими актами у цій сфері дає підстави до певних висновків.

Світова спільнота, приймаючи основоположні нормативно-правові акти на сучасному етапі виходить з необхідності забезпечувати права людини на збереження та зміцнення здоров'я. На цьому підґрунті під егідою ООН вироблено низку декларацій, пактів та інших документів, які обумовили прийняття багатьох програмних документів з боку Всесвітньої організації охорони здоров'я глобального та європейського рівня. Україна підтвердила своє бажання приєднатися до цих документів, прийнявши Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу ще у 2004 році (18 березня 2004 р. № 1629-IV).

У країнах, де приділяють увагу проблемам, пов'язаним зі здоров'ям населення, створення законодавчої бази щодо формування здорового способу життя є окремим напрямком діяльності (наприклад, в Канаді чи Казахстані). При цьому враховуються характерні національні риси, соціально-економічна, культурна, політична ситуації, що дає підстави визначати найбільш доцільні національні форми та методи реалізації норм та принципів, прийнятих світовою спільнотою.

Законодавство України, загалом відповідає основним міжнародним стандартам політики сприяння здоров'ю, але окремого державного документу щодо формування здорового способу життя досі прийнято не було. Хоча в Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» внесено параграф про стимулювання здорового способу життя населення; перехід до міжвідомчих і міжгалузевих програм з формування здорового способу життя та створення належних умов для занять масовим спортом та активного відпочинку. Тобто країна вже зробила перші кроки на шляху до створення необхідної законодавчої бази щодо здорового способу життя.

Проте багато нормативних положень дублюються, деякі з них носять декларативний характер, а велика кількість розрізнених документів лише ускладнює роботу відповідних відомств та міністерств. Особливо негативно ця ситуація проявляється на місцевому та регіональному рівнях, коли кількість звітів за кожен програму вимагає значних витрат робочого часу та відволікає спеціалістів від практичної роботи. Не сформованими також залишаються міжгалузевий та багаторівневий підхід у цій сфері, що призводить до розпорошення зусиль та ресурсів, які витрачаються на реалізацію цілого ряду програм та проектів.

Вищезначене дає підстави говорити про необхідність удосконалення чинного законодавства України у сфері формування здорового способу життя з метою запровадження сприятливої державної політики, що свідчитиме про рівень готовності держави вирішувати наявні проблеми.

1.3. Діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування щодо популяризації здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі

Для реалізації молодіжної політики державою створено цілу низку закладів та установ. На рівні центральних органів державної влади діє Національна рада з питань становлення та розвитку молоді (як консультативно-дорадчий орган при Президентові України)⁷; Комітет Верховної Ради України з питань молодіжної політики, фізичної культури, спорту і туризму⁸ та Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту.

Центральним органом виконавчої влади у сфері молодіжної політики є Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту. При Міністерстві створена Громадська колегія з питань молодіжної політики, зокрема питань, що стосуються здоров'я молоді. В засіданні колегії беруть участь представники всеукраїнських молодіжних та дитячих громадських організацій, які мають можливість долучатися до реалізації державної молодіжної політики, але за деякими експертними оцінками залишаються у цій сфері досить пасивними⁹. Загалом за 2009 рік всеукраїнськими та регіональними громадськими організаціями за підтримки Міністерства реалізовано 62 проекти щодо формування здорового способу життя та профілактики негативних явищ серед дітей та молоді.

Практична реалізація державних цільових програм, спрямованих на вирішення питання формування здорового способу життя, відбувається різними шляхами: як безпосередньо за участі центральних органів виконавчої влади, так і спільно з регіональними/місцевими органами виконавчої влади, громадськими організаціями та благодійними фондами.

У реалізації найбільш значимих програм (загальнодержавних, державних, цільових, галузевих) зазвичай беруть участь багато співвиконавців з числа органів центральної та місцевої виконавчої влади, наукових та навчальних закладів, громадських організацій та благодійних фондів, діяльність яких має свої характерні особливості, а інколи інші пріоритети.

Однак єдиної системи формування здорового способу життя молоді, яка б поєднувала зусилля центральних і місцевих органів державної влади різного галузевого підпорядкування, органів місцевого самоврядування різних рівнів та громади, суб'єктів господарювання різних форм власності на сьогодні не існує.

Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту визначає впровадження здорового способу життя серед дітей та молоді пріоритетним напрямком своєї діяльності. Структурні підрозділи, урядові органи та органи, що належать до сфери управління Міністерства, проводять заходи, спрямовані на пропаганду здорового способу життя дітей і молоді, створюють і розповсюджують тематичну соціальну рекламу з пропаганди здорового способу життя та профілактики соціально небезпечних хвороб, розвитку фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової роботи за місцем навчання, роботи, проживання і відпочинку населення.

В його структурі діє Департамент молодіжної політики, який безпосередньо координує і впроваджує на місцях державну політику в сфері соціального становлення та розвитку молоді. До пріоритетів діяльності цього департаменту відноситься цілий ряд питань, у

⁷ До 2009 року – Національна рада з питань молодіжної політики (Указ Президента N 924/2009 від 12.11.2009 «Про Національну раду з питань становлення та розвитку молоді»); з квітня 2010 року – Національну раду з питань становлення та розвитку молоді ліквідована (Указ Президента України N 490/2010 від 02.04.2010 «Про ліквідацію Національної ради з питань становлення та розвитку молоді».

⁸ Склад Комітету див. на сайті: http://gska2.rada.gov.ua/pls/site/p_komity?pidid=2091

⁹ Опитування «Вивчення потреб та поглядів молоді щодо розвитку молодіжної політики» проведеного в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група», що виконувався Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ЮНІСЕФ (2010 р.)

тому числі робота щодо організації заходів з утвердження здорового способу життя серед населення, проведення інформаційно-просвітницької роботи з протидії поширення серед дітей та молоді соціально небезпечних хвороб, участі у формуванні механізмів ефективного захисту здоров'я молоді від впливу негативних чинників навколишнього середовища тощо¹⁰.

З метою сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні, впровадження соціальних молодіжних програм, спрямованих на подолання негативних суспільних явищ, сприяння виконанню пріоритетних державних завдань постановою Кабінету Міністрів України від 28 січня 2009 р. № 41 затверджено Державну цільову соціальну програму «Молодь України» на 2009-2015 роки. Зазначена програма увірала в себе всі напрями розвитку державної молодіжної політики. Її виконання створюватиме передумови для гармонійного розвитку молоді людини, усвідомлення нею цінності здоров'я, розуміння визначальної ролі здорового способу життя шляхом участі в активному та змістовному дозвіллі, самореалізації через громадську діяльність, творчість і працю.

Аналіз заходів, проведених Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту протягом 2009 року, показав, що більшість з них спрямована на протидію поширення серед дітей та молоді соціально небезпечних хвороб з акцентом на інформування, формування умінь і навичок безпечної поведінки та відповідальності за власне здоров'я. Найбільш поширеними формами роботи були круглі столи, прес-конференції, всеукраїнські семінари, громадські слухання. Найбільш масштабними, в плані залучення учасників, стали інформаційно-просвітницькі кампанії, які проводилися за рахунок об'єднання зусиль органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, дитячих і молодіжних громадських організацій, міжнародних фондів та відомих спортивних, політичних та громадських осіб.

Тенденція до поширення правопорушень та негативних явищ у молодіжному середовищі потребує новітнього підходу до профілактичних дій. Мова йде про створення відповідного інформаційного середовища для формування суспільної думки щодо наслідків ризикованої поведінки та способу життя. Позитивними прикладами є кілька соціальних проєктів, спрямованих на зменшення поширення ВІЛ-інфекції серед молоді та споживачів ін'єкційних наркотиків, які проводилися Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з Фондом Народонаселення Організації Об'єднаних Націй. В межах спільної роботи було виготовлено 14 роликів профілактичного спрямування, що транслювалися на центральних каналах телебачення протягом кількох місяців (2110 виходів) та на 5 радіостанціях (525 виходів) з метою пропагування дій щодо зміни ризикованої поведінки підлітків та молоді на більш безпечну. Іншим прикладом профілактичної діяльності може слугувати акція, проведена спільно з Коаліцією громадських організацій «За вільну від тютюнового диму Україну» в рамках «Року молоді» проти поширення жіночого паління за участі відомих державних та громадських діячів, представників творчої інтелігенції і шоу-бізнесу, видатних спортсменів.

Рекламні кампанії проводилися також на регіональному рівні. До Всесвітнього дня пам'яті людей, померлих від захворювання на СНІД, у всіх регіонах України було проведено акцію «Зупини відлік!», метою якої стало привернення уваги громадськості до проблеми поширення епідемії ВІЛ/СНІДу та масштабі її розповсюдження. Організатори прагнули донести до якомога більшої кількості громадян думку, що боротьба з ВІЛ потребує участі і свідомого ставлення як кожної окремої людини, так і суспільства. У деяких містах (Херсоні, Рівному, Полтаві, Черкасах) інформаційні кампанії поєднувалися з вуличними акціями з безкоштовним миттєвим тестуванням на ВІЛ, навчанням для співробітників районних відділів МВС за темою профілактики стигматизації ВІЛ-інфікованих та розповсюдженням буклетів. Майже на усіх обласних телеканалах відбулися інформаційні

¹⁰ Постанова Кабінету Міністрів України від 08.07.06 № 1573 «Положення про Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту».

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

кампанії «*ВІЛ – стосується кожного*». Схожу роботу було проведено для лідерів студентського руху в рамках Всеукраїнського семінару «Планування роботи і методика проведення інформаційно-просвітницьких заходів профілактичного спрямування».

З метою забезпечення комплексного підходу та запровадження ефективного механізму управління у сфері ВІЛ-інфекції Міністерство співпрацює з проектом USAID «*Разом за здоров'я*», проектом розвитку ВІЛ/СНІД – сервісу в Україні, з Фондом Народонаселення ООН, представниками регіонального представництва ВООЗ в Україні та Німецьким Агентством технічної допомоги. Наразі підписано Меморандум про співпрацю з Міжнародним благодійним фондом «*Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні*».

Спільно з Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, проведено оціночне дослідження щодо ефективності механізму надання спільних послуг з догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих з боку громадських та державних організацій. Важливим досягненням спільної роботи Міністерства, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні та Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, стала підготовка консолідованої заявки від України до Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією у 10-му раунді фінансування по компоненту «*СНІД*». Одним з основних напрямів заявки є профілактика ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих до інфікування ВІЛ груп.

Важливе місце у пропагуванні здорового способу життя посідає дитяче оздоровлення. За літній період 2009 року оздоровленням та відпочинком в Україні було забезпечено 2 млн 206 тис. дітей шкільного віку.

Проте в рамках даної проблематики цих дій недостатньо. Для більшого впливу на зміну суспільного ставлення до вживання алкоголю, наркотиків, тютюну потрібні більш дієві кроки на рівні місцевих громад та активізація молодіжної участі під гаслом «не для молоді, а разом з молоддю». Відповідно до Оттавської хартії, саме активізація молодіжної участі є важливою ланкою у реалізації заходів, що пов'язані з цією тематикою та забезпечують її ефективність.

Окремо слід зазначити про спеціальні заходи щодо формування здорового способу життя. Так, за ініціативи Міністерства в усіх регіонах України одночасно проведено профілактичні Всеукраїнські акції: «*Вибір молоді – здоров'я*», «*Через здоровий спосіб життя – до формування нової політичної еліти*», «*Молодь України за здоровий спосіб життя*» тощо, у яких взяло участь понад 29 тисяч осіб.

Спільно з Міністерством освіти і науки та регіональними структурними підрозділами було проведено Другий Всеукраїнський фестиваль-конкурс «Молодь обирає здоров'я» на базі Українського дитячого центру «Молода гвардія». Його учасники, поєднуючи різні жанри, стилі і напрямки мистецтва, мали можливість продемонструвати власні творчі досягнення та оприлюднити своє ставлення до здорового способу життя.

Загалом, за 2009 рік, Міністерством було проведено 6 Всеукраїнських та 108 регіональних акцій, до участі у яких було залучено понад 1 млн молодих людей.

Щомісяця інформація щодо формування здорового способу життя розміщувалася на сайтах Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту та Державного інституту розвитку сім'ї та молоді.

Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, як структурний підрозділ Міністерства, через органи і служби у справах дітей, спеціальні установи та заклади, реалізує державну політику щодо профілактики правопорушень та інших негативних явищ через виявлення та усунення причин, а також здійснює заходи щодо позитивної зміни поведінки дітей та молоді в регіоні, сім'ї, за місцем проживання чи роботи.

Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді діє у складі Міністерства у справах сім'ї молоді та спорту та містить 27 регіональних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; 168 міських та 40 районних у містах центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; 483 районних та 504 філії районних центрів соціальних служб для

сім'ї, дітей та молоді. За останні роки було створено широку мережу в сільській місцевості: це 581 сільський та 85 селищних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Для роботи з кризовими категоріями населення було створено 75 закладів соціального обслуговування, серед яких 21 центр соціально-психологічної допомоги, 17 соціальних гуртожитків для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; 14 центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, 14 соціальних центрів матері й дитини, 7 центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді та 2 центри ресоціалізації наркозалежної молоді.

Вона також забезпечує проведення заходів щодо профілактики соціально небезпечних хвороб, попередження правопорушень та формування здорового способу життя в усіх регіонах країни. З метою якісного надання профілактичних послуг спеціалістами використовуються різні форми роботи, а саме: індивідуальне та групове консультування, бесіди, тренінги, відеолекторії, профілактичні заходи в літніх оздоровчих таборах, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів. Зазначена робота проводилася спеціалізованими формуваннями «Мобільні консультаційні пункти соціальної роботи», які є пересувними пунктами з надання соціальних послуг на базі спеціально обладнаних мікроавтобусів. Протягом 2009 року було здійснено 20 055 таких виїздів та охоплено 11 666 населених пунктів у різних регіонах країни.

Соціальними працівниками, які працювали під час виїздів «Мобільних консультаційних пунктів соціальної роботи» також проводилися заходи з формування здорового способу життя серед дітей в оздоровчих закладах (загалом їхніми послугами скористалися 31 292 дітей).

За даними статистики, наданої Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді, протягом 2009 року в процесі профілактичної роботи через цю мережу було поширено 35 аудіо роликів, 28 відеороликів, 58 видів плакатів (загальним тиражем біля 7 200 шт.), 646 видів буклетів (близько 134 000 шт.), 409 видів листівок (92 000 шт.).

Через відсутність даних моніторингу щодо ефективності цієї роботи не відомо скільки дітей чи молодих людей відмовилися від паління, погодилися на лікування від наркотику чи алкозалежності, яким чином змінилася поведінка у дітей, схильних до девіантної поведінки тощо.

В структурі *Державного інституту розвитку сім'ї та молоді* функціонує Центр здорового способу життя, який було створено у 2006 році. Його основними завданнями є розробка стратегій, технологій, навчальних і просвітницьких програм, інноваційних форм та методів роботи з формування здорового способу життя.

Протягом останніх років багато уваги приділяється питанню проведення інформаційно-просвітницької роботи серед молоді, яка демонструє цілісну роботу з впровадження необхідних знань, умінь і навичок. З цієї метою реалізується науково-дослідний проект «Молодіжні тренінгові студії з формування здорового способу життя». Значна робота приділяється розробці відповідних тренінгових занять та їх апробації на базі освітніх закладів та молодіжних громадських організацій. Закладам та установам, що долучаються до роботи з формування здорового способу життя, надається безкоштовна література, консультації та практична допомога з підготовки волонтерів.

Відпрацьовані методики поширюються серед навчальних закладів, які готують майбутніх соціальних працівників та соціальних педагогів для запровадження у навчально-виховний процес. Протягом зазначеного періоду було підготовлено більш ніж 100 волонтерів-тренерів з числа студентської молоді, розроблено 10 тренінгових модулів та 7 посібників з тематики формування здорового способу життя, статевої культури, профілактики алкоголю та поширення тютюнопаління, раціонального харчування тощо.

Наразі готуються до випуску методичні посібники щодо формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей (за сприяння Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні) та профілактики тютюнопаління серед населення. Спеціалісти центру

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

співпрацюють з профільними департаментами Міністерства, молодіжними громадськими організаціями, вищими й середніми навчальними закладами. З метою надання інформації для широкого загалу працює веб-сайт, який щомісячно відвідують від 5-ти до 10 тис. осіб з багатьох країн світу.

Серед основних труднощів у роботі слід виокремити обмеженість в ресурсах, що ускладнює роботу з підготовки спеціалістів та волонтерів на регіональному та місцевому рівнях. Проблемаю залишається налагодження міжгалузевого механізму співпраці з профільними структурами в сфері освіти та охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я. Підлітки та молодь не завжди готові звертатися зі своїми проблемами до батьків, дорослих, в тому числі медиків чи працівників медичних закладів. Вони можуть остерігатися розголосу, стигматичного ставлення, можливих образ. Тому, запровадження програми «Клініки, дружні до молоді», яку розпочато ще в 1998 році, допомагає дітям та молоді отримати необхідну медичну допомогу чи консультацію анонімно, без записів чи особистих карток. Йдеться не тільки про профілактичну роботу, але й безпосередньо про лікувально-консультативну. Відвідувачі в цьому випадку можуть бути впевнені, що захищені від публічного розголосу своїх проблем та можуть вчасно отримати необхідну допомогу, наприклад, у випадку інфекційних захворювань.

На сьогодні, за даними Міністерства охорони здоров'я, в регіонах країни створено 76 таких клінік (центрів, відділень, кабінетів медико-соціальної допомоги дітям і молоді), в яких надаються медичні послуги дітям та молоді на принципах дружнього підходу, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. Основними принципами дружнього підходу є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність. Користь від роботи клінік полягає в тому, що допомогу отримує не тільки дитина, але й держава. Адже в перспективі вона може розраховувати на здорове працююче молоде покоління.

Робота в «Клініках, дружніх до молоді» проводиться в умовах активного соціального партнерства з працівниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Відповідний спільний наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям та молоді» від 17 квітня 2006 р. № 1209/228 було прийнято ще в 2006 р. Взаємодія забезпечується на підставі укладених угод про співпрацю між закладами охорони здоров'я та центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Наразі розглядається питання щодо створення «Клінік, дружніх до дітей», що дає підстави говорити про нагальність даного проекту, адже мова йде не про лікування вже існуючих хвороб, а про їх профілактику та попередження.

Важливим кроком у роботі лікувальних закладів є профілактика соціально небезпечних хвороб та протидія поширенню шкідливих звичок. На думку дослідників¹¹, медичні працівники не завжди достатньо підготовлені до роботи з формування здорового способу життя та переходу від лікувальної до профілактичної медицини.

У Законі України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» визначено, що «гігієнічне виховання є одним з головних завдань виховних установ та навчальних закладів. Курс гігієнічного навчання — обов'язкова складова частина загальноосвітньої та професійної підготовки, підвищення кваліфікації кадрів». А також окреслене коло суб'єктів гігієнічного виховання «органи та заклади охорони здоров'я, працівники освіти, культури тощо» та обов'язки суб'єктів (органи виконавчої влади, підприємства, установи і організації) щодо участі та створення умов для гігієнічного навчання і виховання громадян, пропаганди здорового способу життя.

¹¹ Національний університет фізичного виховання і спорту України

Відповідно до цього Закону найбільш масовим є гігієнічне навчання за медико-оздоровчими показниками та професійна гігієнічна підготовка за цільовим призначенням. У 2009 році ними було охоплено 6,65 млн. осіб¹².

Незважаючи на даний показник, ефективність такого навчання залишається вкрай низькою. Пояснюється це тим, що у 1996 році було ліквідовано централізовану систему інформаційно-методичного забезпечення закладів охорони здоров'я країни з питань пропаганди здорового способу життя і гігієнічного навчання населення. В результаті припинилося видання масовими тиражами методичної, наочної та популярної санітарно-освітньої літератури, порушився порядок періодичного перегляду програм гігієнічного навчання за санітарно-епідеміологічними та медико-оздоровчими показниками. Тому, кожний регіон вимушений самостійно розробляти та видавати необхідні матеріали, виходячи з затвердженого фінансування. Слід вказати на ряд недоліків у видавничій діяльності закладів охорони здоров'я (зокрема, центрів здоров'я). По-перше, популярна література, що видається, переважно не диференційована, тобто не розраховується на цільову аудиторію, що негативно відображається на її змісті. По-друге, листівки містять багато зайвого матеріалу, що відволікає читача від основного змісту.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я у регіонах силами профілактично-лікувальних закладів проводилися пропагандистські акції, присвячені як конкретним датам (День Здоров'я, День пам'яті загиблих від СНІДу), так і у зв'язку із загостренням епідеміологічної ситуації. Кількість проведених акцій (протягом 2009 р.) у регіонах коливалася в різних межах: від 7-10 (у Вінницькій, Волинській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській областях), 22–32 (у Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Львівській областях) до 52–54 заходів (в АР Крим, Закарпатській області). Через нестачу фінансування не достатньо досліджувалася ефективність проведення цих заходів. На думку медиків, є підстави говорити про їх низьку якість. Про що непрямо може свідчити незначна кількість звернень населення у минулому році як до телефону «Довіри», так і до телефону «Гарячої лінії», незважаючи на торішню епідемію грипу А(Н1N1), що викликала значний резонанс серед населення.

Відповідно до аналітичної записки, наданої Національним університетом фізичного виховання і спорту України, проблема боротьби зі шкідливими звичками – процес тривалий та багатогранний. Викладачі, лікарі, соціальні працівники, на яких покладено інформування населення про негативні наслідки шкідливих звичок та шляхи профілактики захворювань, не завжди достатньо підготовлені, що робить профілактичну роботу малоефективною. Зазначається, що сьогодні більшість лікарів не готові до проведення роботи з формування здорового способу життя, а відтак перехід від лікувальної до профілактичної медицини продовжує залишатися актуальним.

Вища медична школа, навчаючи майбутніх лікарів, формує в них здебільшого клінічне мислення, а навчальних курсів здорового способу життя поки що не запроваджено. Найбільш наближеною до цієї діяльності можна вважати підготовку сімейного лікаря. Але з 227 практичних навичок, оволодіння якими передбачено за програмою навчання, тільки 0,6 % складають навички з питань профілактичних технологій, а питання з фізичної активності населення, визначення потенціалу фізичного здоров'я не розглядаються взагалі. На курсах зі спеціальності «Загальна практика/сімейна медицина» у розділах «Спеціальні знання» та «Спеціальні навички» питання методики пропагування здорового способу життя також не представлені. Таким чином, лікарів загальної практики недостатньо орієнтують на те, що вони повинні здійснювати консультування не тільки хворих, але й здорових людей¹³.

Український інститут громадського здоров'я (у 2009 р.) провів дослідження серед курсантів курсу «Сімейна медицина» Національної медичної академії післядипломної

¹² див. Додатки: таблиця «Показники гігієнічного виховання населення України у 2009 р.»

¹³ М. В. Дутчак, доктор наук з фізичного виховання і спорту, заслужений працівник фізичної культури і спорту Національного університету фізичного виховання і спорту України

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

освіти ім. П. Л. Шупика для виявлення рівня готовності до роботи з формування здорового способу життя. Було опитано 189 лікарів загальної практики, сімейних лікарів та дільничних терапевтів. Дані виявили невтішні результати: майже кожен четвертий лікар (23,1 %) вважає, що досягти кращого здоров'я у людей можливо шляхом удосконалення діагностики та лікування хворих; кожен п'ятий (21 %) не має чіткої позиції, а 16 % взагалі ухилялися від будь-якої відповіді. Лише 39 % можуть оцінити ступінь залежності від нікотину, 27 % – правильно визначити індекс маси тіла, 9 % - оцінити у пацієнта рівень споживання алкоголю в залежності від статі та віку в межах безпечної, небезпечної та шкідливої дози, 4 % - розрахувати за частотою пульсу інтенсивність фізичного навантаження в залежності від віку та стану людини.

Вагомим резервом поліпшення профілактичної роботи є сподівання, що лікарі слугуватимуть зразком для населення у ставленні до свого здоров'я. Однак для частини медичних працівників дотримання цього принципу є надто проблематичним. Так, за статистикою пальця (в тому числі в лікувальних закладах) 43,4 % лікарів-чоловіків і 15 % лікарів-жінок.

Отже, нині актуальними продовжують залишатися питання підготовки медиків до роботи щодо здорового способу життя та формування у них позитивної поведінки як прикладу для наслідування серед населення.

Одним з найважливіших завдань освітньої галузі постало формування серед учнівської молоді свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих. На думку освітян¹⁴ на сьогодні нарізла потреба переходу від етапу поінформованості школярів щодо способів збереження здоров'я до етапу формування у них стійкої мотивації щодо здорового способу життя¹⁵.

З цієї метою *Міністерством освіти і науки* проводиться активна інформаційно-просвітницька робота. Так, реалізація стратегії «Здоров'я через освіту» відбувається шляхом проведення інтегрованого курсу «Основи здоров'я», який вивчається в 1–9 класах загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів та входить до державного компоненту освіти з метою формування здорового способу життя учнівської молоді. У 2009/2010 навчальному році він здійснюється за навчальними програмами, затвердженими Міністерством освіти і науки (далі — МОН) «Програма для середньої загальноосвітньої школи 1-4 класи «Основи здоров'я» (авт. Савченко О., Бібік Н., Бойченко Т., Коваль Н.), «Основи здоров'я. Програма для 5–9-х класів середніх загальноосвітніх навчальних закладів» (у 2008/2009 навчальному році цей курс вивчався до 8-го класу включно).

Відповідно до типових навчальних планів (наказ МОН № 66 від 5 лютого 2009 р. «Про внесення змін до наказу МОН України № 132 від 23 лютого 2004 р. «Про затвердження Типових навчальних планів загальноосвітніх навчальних закладів 12-річної школи»), на вивчення предмета «Основи здоров'я» у 5–7-х класах відводиться одна година на тиждень, у 8–9-х класах – 0,5 години. У 10–11-х класах у 2009/2010 навчальному році, як і в попередні роки, на вивчення предмету «Основи безпеки життєдіяльності» також було відведено по 0,5 годин на тиждень.

Протягом 2006–2010 рр. сектором моніторингу й оцінки превентивної освіти дітей та молоді Інституту інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки проведено моніторингове дослідження «Ефективність впровадження навчального предмета «Основи здоров'я» в загальноосвітніх навчальних закладах». За його даними 96 % батьків підтримують його введення як такого, що впливає на поведінку дитини та її позитивне ставлення до здорового способу життя. Результати дослідження свідчать про підвищення рівня знань учнів щодо збереження здоров'я. В той же час важливою є підтримка цього курсу не тільки з боку батьків, але і дітей та молоді.

¹⁴ Департамент загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки

¹⁵ Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді (наказ МОН від 21.07.04 № 605) та Державний стандарт базової та повної загальної середньої освіти, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 14.01.04 № 24

Крім обов'язкових уроків у загальноосвітніх навчальних закладах розроблено та апробовано профілактичні освітні програми з формування здорового способу життя на основі розвитку життєвих навичок: факультативні курси – «Корисні звички» (1–4 класи), «Я – моє здоров'я – моє життя» (5–6 класи), «Школа проти СНІДу» (10–11 класи); розроблено навчально-методичне забезпечення (програми, підручники, посібники) предмета «Основи здоров'я» і факультативного курсу «Школа проти СНІДу».

Ефективність профілактичного факультативного курсу для старшокласників «Школа проти СНІДу» статистично підтверджена результатами незалежного моніторингового дослідження, проведеного у 2006-2007 роках за процедурою «До» і «Після»¹⁶. Отримані дані вказують, що цей курс забезпечує підвищення рівня індивідуальної захищеності учнів та зменшує схильність молоді до ризикованої поведінки. Також спостерігається досягнення позитивних змін у ставленні учнів до вживання алкоголю, наркотиків, тютюну. Кількість підлітків, які після вивчення факультативного курсу негативно ставляться до вживання психоактивних речовин коливається в межах до 8 %.

На думку педагогів, найбільш ефективною є робота за методом «Рівний — рівному», що передбачає передачу знань від однолітка до однолітка. Переваги цього методу полягають у тому, що підлітки більше часу спілкуються один з одним, глибше розуміють потреби свого оточення, більше довіряють один одному, більше готові до розуміння і наслідування позитивної поведінки.

Загалом за час функціонування Програми «Сприяння просвітницькій роботі «Рівний–рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя», яка реалізується Міністерством спільно з Національною академією педагогічних наук, підготовлено понад 5 тис. підлітків-інструкторів та охоплено роботою понад 100 тис. учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Також створено умови для підвищення рівня кваліфікації та перепідготовки педагогічних працівників з питань формування здорового способу життя. Наразі підготовлено понад 20 тисяч педагогічних працівників за програмами розвитку життєвих навичок.

Для реалізації стратегії здоров'я через освіту в загальноосвітніх закладах створено Національну мережу Шкіл сприяння здоров'ю (далі – ШСЗ) та Координаційну раду Міністерства освіти і науки з питань формування здорового способу життя, профілактики ВІЛ-інфікування, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб серед учнівської та студентської молоді.

У 2009 р. на виконання наказу МОН № 1023 від 10 листопада 2008 р. «Про організацію та проведення конкурсу-захисту сучасної моделі навчального закладу – «Школи сприяння здоров'ю» та з метою розширення Національної мережі ШСЗ проведено Всеукраїнський конкурс-захист сучасної моделі ШСЗ в навчальних закладах (дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних). На час його проведення було подано 357 таких розробок від дітей та молоді.

Запровадження цих шкіл має певні недоліки. Йдеться про те, що різноманітні критерії ефективності (зміни в мотивації, усвідомленні, знаннях, уміннях, поведінці, переконаннях, ставленні до власного здоров'я, готовності до дії) не враховуються при розробці моделей ШСЗ, що негативно може позначитися на мотивації школярів до діяльності щодо здорового способу життя.

З метою удосконалення ефективності виховної роботи серед школярів і молоді активно використовується чималий потенціал учнівського врядування. Так, у лютому та вересні 2009 року Міністерством освіти і науки були проведені Всеукраїнські збори лідерів учнівського врядування, в яких взяли участь представники учнівських рад, парламентів, комітетів, клубів, сенатів та інших структур учнівського врядування з усіх регіонів країни. Для лідерів було проведено тренінги за програмою «Рівний–рівному», присвячені популяризації здорового способу життя, профілактиці негативних звичок та

¹⁶ Департамент загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

попередженню проявів насильства у молодіжному середовищі.

Водночас практика засвідчила, що позитивного результату можна досягти лише тоді, коли до справи береться підготовлений, кваліфікований педагог, а викладання предмета має повне навчально-методичне забезпечення. З цієї метою міськими, районними органами управління освітою, республіканськими навчальними закладами організовано проведення соціально-педагогічних і психологічних тренінгів із залученням фахівців-тренерів з питань виховання дітей за програмою «Формування здорового способу життя у дітей і підлітків» (проект «Діалог»), розробленою Всеукраїнською добродійною організацією «Громадська Рада з соціальних проблем розвитку підростаючого покоління»¹⁷.

Державний комітет телебачення і радіомовлення також має значні можливості та ресурси впливу на формування здорового способу життя молоді, зокрема шляхом відповідного спрямування роботи друкованих та електронних засобів масової інформації.

Серед основних заходів ними зазначено інформаційну програму «Новини» Національної телекомпанії України, в сюжетах якої протягом року розповідалося про дозвілля та інтереси молоді безпосередньо самими героями цих сюжетів. Аналіз та зміст цих програм, цілі та завдання у наданій аналітичній записці Державного комітету телебачення і радіомовлення відсутні.

Регіональні інформаційні програми також висвітлювали цю тематику. Так, Дніпропетровська обласна державна телерадіокомпанія працювала над створенням та удосконаленням культурно-просвітницьких, виховних теле- і радіопрограм для сім'ї, дітей та молоді, що сприяють пропаганді здорового способу життя, національних та загальнолюдських духовних та моральних цінностей. Відповідні програми демонструвалися у передачах: «Всі новини», «Круглий стіл», «Тема дня». Управлінням преси та інформації Дніпропетровської області проводився контроль за недопущенням у ЗМІ новин, що негативно впливають на здоров'я громадян та перешкоджають додержанню загальновизнаних норм етики і моралі, та інформації, яка містить елементи жорстокості, насильства, порнографії. Про випадки порушень чи результати контролю у наданих матеріалах не зазначено.

Рівненська державна телерадіокомпанія систематично висвітлювала правові, медичні, психологічні та інші питання в інформаційних випусках і тематичних програмах: «З перших вуст», «Молодіжний прорив», «У родинному колі». У телевізійній програмі для дітей і молоді області «Світосвіт» презентувалися творчі здобутки учнів, студентів і педагогів Рівненщини, проводилося інформування громадськості з питань організації дозвілля неповнолітніх, їх зайнятості в позаурочний час, сприяння формуванню у дітей і молоді активної життєвої позиції.

В ефірі ДО «Севастопольської регіональної держтелерадіо компанії» в тематичних та інформаційних програмах висвітлювалося широке коло найважливіших питань соціального становища молоді в Україні, зокрема в програмах: «Молодіжний альбом», «Перспектива», «Наш час», «Правовий канал». З метою формування єдиної комплексної системи забезпечення захисту моральних основ суспільства у сфері інформаційної діяльності в Автономній Республіці Крим працювала міжвідомча комісія «По захисту моралі і затвердженню здорового способу життя». Про факти порушення законодавства щодо суспільної моралі у наданих матеріалах не зазначено.

Управлінням інформації та зв'язків з громадськістю Закарпатської облдержадміністрації проводився постійний моніторинг публікацій у друкованих засобах масової інформації щодо недопущення пропаганди насильства, жорстокості та бездуховності, розповсюдження порнографії та іншої інформації, яка підриває суспільну мораль. З метою виховання у молоді почуттів патріотизму, поваги до народних традицій постійно діють рубрики

¹⁷ Освіта України – 2009: Інформаційно-аналітичні матеріали діяльності Міністерства освіти і науки України у 2009 році / Уклад.: О.А. Удод, К.М. Левківський, С.В. Прокопов, А.В. Кошель, О.Г. Єфіменко, Т.П. Дараган, Н.І. Тимошенко. За заг. ред. О.А. Удода.

«Люди моєї землі», «Особистості», «Родинне вогнище», «Від покоління до покоління», «З народних джерел», «Історія краю», «Як це було». Публікуються матеріали з актуальних проблемних питань етики, моралі, які вміщуються під рубриками «Актуальне інтерв'ю», «Роз'яснює спеціаліст», «Мораль і закон» тощо. ЗМІ продовжують висвітлювати заходи щодо забезпечення особистої безпеки громадян та протидії злочинності, запобігання шкідливим звичкам, пропаганди здорового способу життя.

Загалом інформація Державного комітету телебачення і радіомовлення носить загальний характер, без відповідного якісного аналізу цих програм, що не дозволяє провести загальну оцінку його діяльності. Доводиться констатувати, що засоби масової інформації ще не стали потужним засобом формування здорового способу життя серед населення, а ефір досі переповнений антирекламою по відношенню до здорового способу життя.

Міністерство аграрної політики сприяє розвитку фізичного виховання, масових видів спорту в сільській місцевості, залученню широких верств сільського населення до регулярних занять фізичною культурою і спортом, створює необхідні умови для активного відпочинку працівників села та членів їх сімей. Так, у Міністерстві діє бюджетна програма «Державна підтримка Всеукраїнського фізкультурно-спортивного товариства «Колос» на організацію та проведення роботи з розвитку фізичної культури і спорту серед сільського населення». Державним бюджетом України на 2010 рік на її реалізацію було виділено 9,42 млн грн. Міністерство за участю Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ, МОН, МВС, Держкомтелерадіо, облдержадміністрацій, ВФСТ «Колос» забезпечило проведення фінальної частини Всеукраїнських літніх сільських спортивних ігор (27.09.10-6.10.10). В цих Іграх, за інформацією товариства «Колос», взяли участь близько 1 млн сільських жителів.

Щодо оздоровлення та відпочинку дітей працівників агропромислового комплексу та соціальної сфери села, то саме Міністерство є головним розпорядником державних коштів, які спрямовуються на реалізацію бюджетної програми «Оздоровлення та відпочинок дітей працівників агропромислового комплексу». Законом України на 2010 рік на зазначену програму передбачено асигнування із загального фонду державного бюджету у розмірі 10 млн грн. У 2010 році збільшено суму часткової оплати вартості однієї путівки дітями оздоровчому закладу з 550 до 665 грн. За оперативною інформацією головних управлінь агропромислового розвитку облдержадміністрацій, оздоровлено більше 14 тисяч дітей працівників агропромислового комплексу. У першочерговому порядку оздоровлені діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування, діти-інваліди, діти з багатодітних та малозабезпечених сімей, діти, які постраждали від наслідків Чорнобильської катастрофи.

Міністерство внутрішніх справ зазначає про проведення ряду заходів, спрямованих на профілактику негативних явищ серед молоді. Серед переліку заходів – змагання з міні-футболу серед вихованців шкіл-інтернатів у м. Полтаві (травень 2010 р.), оперативно-профілактичні заходи «Ялинка», «Канікули», «Літо-2009», «Урок» тощо. У літній період працівниками МВС було здійснено 1077 виступів у засобах масової інформації зі зверненнями надати допомогу дітям з кризових сімей. Загалом відгукнулося 442 особи, які надали допомогу 2863 дітям.

У *збройних силах України* здійснюються інформаційні та профілактичні заходи серед осіб офіцерського складу віком до 35 років (понад 23 тис. осіб) щодо здорового способу життя. Міністерство оборони звітує про проведення ряду заходів з пропагування духовної, історичної та культурної спадщини. Так, протягом 9 місяців 2010 року проведено 913 заходів (за аналогічний період 2009 року – 972), які відвідало 277 465 осіб (з них культурно-мистецькі та просвітницькі заходи – 54 763). З початку 2010 року також було проведено понад 1200 акцій з профілактики ВІЛ/СНІДу та необхідності дотримання здорового способу життя, в яких взяло участь біля 80 тис. військовослужбовців і працівників Міністерства (з них 75 % склали особи віком до 35 років).

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Регіональна та місцева політика. Реалізація окремих складових державної політики щодо популяризації здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі входить до компетенції структурних підрозділів у справах сім'ї, молоді та спорту, освіти й науки, охорони здоров'я, служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та інших органів державної влади й місцевого самоврядування.

Доволі велика частина регіонів (Автономна Республіка Крим, Вінницька, Рівненська, Закарпатська, Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Сумська, Одеська області) приділяють багато уваги проведенню вторинної та третинної профілактики, які є лише дотичною до діяльності щодо формування здорового способу життя. В цьому випадку мова йде про роботу з особами, які мають хронічні захворювання та потребують серйозного медичного лікування. Така ситуація є зрозумілою, в регіонах існує велика кількість наркозалежних осіб з числа молоді, але без первинної профілактики та популяризації здорового способу життя всі ці дії носять скоріше тимчасовий, ніж системний характер. Адже через певний час лави алко- та наркозалежної молоді можуть поповнюватися новими молодими людьми, які знають більше про шкідливість вживання алкоголю та наркотичних засобів, ніж про тяжкі наслідки для власного здоров'я та життя.

Але існують регіони, в яких органи державної влади віддають перевагу програмам з утвердження здорового способу життя серед дітей та молоді: Київська, Тернопільська, Хмельницька, Чернігівська та Запорізька області активно запроваджують такі дії на місцях.

Наприклад, одним з пріоритетних напрямів навчально-виховної роботи закладів освіти *Київщини* у 2009 році було запровадження навчальних програм, спрямованих на набуття навичок свідомого ставлення до свого здоров'я. Цікавим є досвід Володарської санаторної загальноосвітньої школи-інтернату, де було створено наукову лабораторію розробки новітніх технологій збереження здоров'я для педагогічних працівників. Спільно з Всеукраїнською громадською організацією «Міжнародний шкільний проект в Україні» та Міжнародним шкільним проектом (США) цю роботу було розпочато в проекті «Майбутнє починається сьогодні». До участі в проекті залучено 296 педагогів області. Розширено мережу «Шкіл сприяння здоров'ю», діяльність яких спрямована на формування освітньої, творчої особистості, становлення її фізичною і психічного здоров'я, виховання потреби здорового способу життя. У квітні 2009 року було проведено обласний етап конкурсу на кращу модель загальноосвітнього навчального закладу «Школа сприяння здоров'ю». Зі 124 базових загальноосвітніх навчальних закладів, визначених як районні (міські) «Школи сприяння здоров'ю», 18 було названо переможцями.

Кожного року в навчальних закладах реалізується комплекс заходів медико-соціально-психологічного захисту: проводиться комплексна оцінка стану здоров'я учнів, співробітників на базі диспансерного обстеження; здійснюється подальший аналіз змін у стані здоров'я з урахуванням вікових і статевих особливостей учнів; визначаються групи здоров'я тощо. Безумовно, такий досвід роботи може бути поширеним на інші регіони, оскільки вже за короткий час показав свою ефективність.

Відповідно до рішення *Донецької* обласної координаційної ради (протокол від 01 жовтня 2008 р. № 3), активізовано взаємодію з державними та недержавними громадськими організаціями, що працюють у сфері профілактики наркоманії та з наркологічними закладами. Важливим кроком стало рішення щодо обмеження місць продажу алкогольних напоїв та тютюнових виробів, створення системи штрафів для батьків, діти яких вживають алкоголь або палять.

Управління у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації спільно з управлінням освіти і науки провели регіональний тур Всеукраїнського фестивалю-конкурсу «Молодь обирає здоров'я», в якому взяло участь 20 команд загальноосвітніх шкіл. Спільно з відділом кримінальної міліції у справах дітей ДГУ УМВС України в Донецькій області,

обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у дитячих оздоровчих закладах та студентських спортивних таборах протягом року було реалізовано *проект «Стати самостійним – не піддатись впливу!»*. Його результатом стало підвищення рівня поінформованості дітей та молоді про ризики вживання наркотиків, алкоголю та тютюну (понад 11 тис. осіб).

При *Тернопільському* обласному Центрі здоров'я постійно працює Ліцей здорового способу життя, силами якого за 12 місяців 2009 року було проведено 147 лекцій з тематики здорового способу життя та профілактики негативних явищ серед дітей та молоді.

Силами районних та місцевих відділів у справах сім'ї, молоді та спорту *Хмельницької області* було проведено понад 230 інформаційних і культурно-просвітницьких заходів і акцій, в ході яких серед молоді розповсюджувалася профілактична література (охоплено більше 80 тис. осіб). Медичними і соціальними працівниками протягом року проведено 169 радіопередач, 136 телепередач, надруковано 213 статей в обласних газетах і місцевій пресі з питань формування здорового способу життя та профілактики соціально небезпечних хвороб серед молоді. Масштабність проведених заходів показала, що регіональні структури володіють значними ресурсами для проведення заходів не тільки просвітницького характеру, але також здатні впливати на формування необхідних навичок з формування здорового способу життя.

Цікавим є досвід *Хмельницького* обласного центру здоров'я. Його спеціалістами було розроблено рекомендації «Актуальні питання здорового способу життя» для лікувально-профілактичних установ та учбових закладів. З метою популяризації і пропаганди здорового способу життя, підвищення гігієнічної культури молоді медичними працівниками області було проведено масштабні дії: 10 971 лекційний захід; організовано 265 переглядів хроніально-документальних фільмів з профілактики ВІЛ/СНІДу, наркоманії, тютюнопаління (охоплено 37 030 молодих людей).

В *Чернігівській області* медичні працівники роблять акцент на лекційну роботу. З питань популяризації здорового способу життя ними було проведено 8 574 лекції, 129 917 бесід, 52 тематичних вечори, 1806 відео демонстрацій, видано 2 417 санітарних бюлетенів. При лікувальних та навчальних закладах функціонувало 15 шкіл та 5 лекторіїв здоров'я. Всього протягом 2009 року було організовано та проведено 16 інформаційно-пропагандистських кампаній.

Серед студентської молоді за сприянням обласного та міського центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадських організацій проводилися пропагандистські кампанії, протягом яких було прочитано 2 929 лекцій, проведено 27 658 бесід, 25 телепередач, 48 радіопередач, видано 1 126 санітарних бюлетенів, на сторінках обласної преси надруковано 88 публікацій.

Діяльність органів місцевого самоврядування *Запорізької області* щодо популяризації здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі спрямовано на проведення запланованих заходів та акцій до визначних дат. За даними їх звіту, протягом цих акцій було охоплено близько 5 648 молоді. Обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти у зміст курсової перепідготовки педагогів кожного фаху включено лекції щодо формування здорового способу життя, протидії поширення наркоманії та ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді. Але по закінченню навчання вчителі отримують сертифікат педагога-тренера з профілактики негативних явищ, що суттєво звужує їх спеціалізацію з питань здорового способу життя, оскільки напрям профілактики є тільки дотичним до процесу формування здорового способу життя.

Очевидно, що результатом вищезазначеної діяльності мали б стати високі результати стану здоров'я молодого покоління. Однак показники й тенденції, що характеризують наявний стан здоров'я, залишаються незадовільними, а бажання вести здоровий спосіб життя не є важливою потребою української молоді. Невідповідність між реалізованими заходами та отриманими результатами вказує на необхідність перегляду стратегічних

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

підходів щодо реалізації державних програм: змінити акценти з профілактики на формування навичок здорового способу життя та відійти від епізодичної інформаційної роботи на користь навчально-просвітницької (комплексної), з урахуванням міжгалузевої співпраці різних соціальних інститутів. Необхідно формувати молодіжну моду на здоровий спосіб життя.

Нагальною залишається потреба в єдиному координаційному центрі з державними повноваженнями та відповідним науковим потенціалом. До його компетенції слід віднести прогнозування та розробку стратегій масових кампаній, наприклад, визначення оптимальної кількості лекцій, бесід, тренінгів, розробку інформаційно-рекламної продукції (листівок, буклетів, теле- та радіо роликів) для якісного сприйняття відповідною молодіжною аудиторією тощо.

Підсумовуючи зазначимо, що перераховані органи виконавчої влади є далеко не єдиними у сфері охорони здоров'я населення. Йдеться про те, що до цього списку слід додати Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство культури і туризму, Міністерство юстиції, Міністерство екології та природних ресурсів, Міністерство фінансів та цілий ряд інших дотичних державних органів виконавчої влади, які мають відношення до стану і збереження екології, якості харчових продуктів, соціально-економічного самопочуття людей, їх зайнятості тощо. Тільки за умови міжвідомчого та багаторівневого підходу питання здоров'я може вирішуватися більш ефективно з перспективою на майбутнє.

Окрім того, молодіжна політика щодо формування здорового способу життя не повинна бути лише справою держави. Важливо, щоб активну участь у ній брали недержавні громадські об'єднання та місцеві громади. Оцінка такої політики має відбуватися не лише на національному рівні, але й на обласному/місцевому з обов'язковим оприлюдненням результатів. Громадянська відповідальність має стати потужним механізмом на шляху запровадження цієї діяльності. Відповідальна людина – це відповідальна держава.

1.4. Досвід впровадження моделі «Молодь за здоров'я» в Україні

Запровадження моделі роботи з формування здорового способу життя є клопітким тривалим процесом, що вимагає залучення не тільки органів державної влади, але й ресурсів громади, благодійних та міжнародних фондів за безпосередньої участі самої молоді. Таке розуміння базується на вивченні передового світового досвіду (передусім Канади), визнаного Всесвітньою організацією охорони здоров'я та світовою спільнотою дієвим засобом покращення здоров'я людей¹⁸.

Йдеться про реформування системи охорони здоров'я з метою її переорієнтації від лікувальних до профілактичних дій та надання пріоритетності формуванню здорового способу життя. Для прикладу, у Канаді як родоначальника формування здорового способу життя населення ця реформа проводилася за трьома основними напрямками: створення спеціальної державної структури, відповідальної за формування здорового способу життя; проведення інформаційно-просвітницької діяльності серед населення з тематики, пов'язаної з новою системою формування здорового способу життя; практичне впровадження й удосконалення цієї діяльності у різних адміністративно-територіальних одиницях країни.

Детальне вивчення розробки та запровадження канадської моделі з боку українських науковців та практиків (освітян, медиків, соціальних працівників, державних чиновників, представників молодіжних та дитячих громадських організацій) показало, що його основні складові можна запровадити також в Україні, але за умов адаптації до національних реалій.

Враховуючи певні особливості нашої країни модель розроблялася для роботи з дітьми та молоддю, оскільки переорієнтація дорослої частини населення потребувала набагато більших ресурсів та зусиль без оптимістичних прогнозів досягнення необхідних результатів.

Канадське агентство міжнародного розвитку і Канадське товариство міжнародної охорони здоров'я спільно з Українським інститутом соціальних досліджень (нині – Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді) об'єднали свої зусилля для розробки української моделі формування здорового способу життя в межах першого україно-канадського проекту «Молодь за здоров'я-1» (1998–2002 рр.). За час реалізації проекту було розроблено *організаційну модель міжгалузевого багаторівневого співробітництва «Молодь за здоров'я»*, проведено апробацію та впровадження моделі у м. Києві. Ця діяльність допомогла розробити *стратегію* здорового способу життя дітей та молоді, яка базувалася на співпраці спеціалістів різних галузей (медиків, вчителів, соціальних працівників) для вироблення засобів і методів роботи та створення умов для активізації молодіжної участі (у якості волонтерів, лідерів, активістів).

Для напрацювання рекомендацій щодо запровадження моделі роботи формування здорового способу життя в Україні, на базі Рівненської та Черкаської областей відбулася реалізація україно-канадського проекту «Молодь за здоров'я-2» (2003–2005 рр.). *Суть роботи* полягала у створенні сприятливих умов для участі дітей та молоді в різних масових заходах в ролі не пасивного спостерігача, а активного учасника.

Особлива увага приділялася ініціативам молоді, що були пов'язані з профілактикою паління, вживанням алкоголю, наркотиків; протидією поширення ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, що передаються статевим шляхом; пропагуванням фізичної активності та

¹⁸ а) Формування здорового способу життя: активна участь молоді / Н. Комарова, А. Зінченко, Д. Дікова-Фаворська, Н.- Романова та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 88 с. – (Формув. здорового способу життя молоді; Кн. 10).

б) Формування здорового способу життя в Україні: національна модель «Молодь за здоров'я» / П. Шатц, О. Яременко (кер.), О.Балакірєва та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 130 с.

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

здорового харчування.

Учасники не тільки виступали як ініціатори заходів, але й проходили навчання за методом «Рівний-рівному» для набуття навичок збереження і зміцнення здоров'я, долучалися до волонтерського руху та запрошувалися до участі у прийнятті рішень з боку державних органів.

Ця модель роботи базувалася на принципах зацікавленого *партнерства* людей і організацій у багатьох сферах (*міжгалузевість*) на різних рівнях функціонування – від первинних організацій до вищих (*багаторівневість*). Вона була побудована з урахуванням основних концептуальних засад формування здорового способу життя серед дітей та молоді, опираючись на світовий досвід та напрацьовані стратегії практичного впровадження.

Напрями роботи визначалися наступним чином:

а) сприяння активізації державної молодіжної соціальної політики та удосконаленню законодавчої бази щодо зазначеної тематики;

б) організація навчання для широкого загалу дітей і молоді, державних службовців, причетних до процесів прийняття рішень, фахівців системи освіти та охорони здоров'я, соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, фізичної культури і спорту, волонтерів, молодіжних лідерів;

в) підготовка на національному, регіональному та місцевому рівнях спеціальних команд тренерів, здатних навчати теорії та практиці формування здорового способу життя молоді за інтерактивними формами роботи;

г) розробка відповідних навчально-методичних матеріалів та забезпечення ними фахівців;

д) створення інформаційних матеріалів для молоді та поширення їх у молодіжному середовищі;

ж) розбудова організаційної структури та матеріальної бази формування здорового способу життя молоді на місцях.

Особлива роль відводилася молоді та місцевим громадам як ініціаторам практичних дій та закладалися складові інноваційної моделі роботи (або стратегічних дій) з формування здорового способу життя.

Отримані результати було описано у вигляді моделі роботи щодо формування здорового способу життя серед дітей та молоді «Молодь за здоров'я», оприлюднено та проведено широке громадське обговорення із залученням міжнародних благодійних фондів та рекомендовано покласти в основу Національної програми формування здорового способу життя¹⁹.

Напрацьовану модель роботи щодо формування здорового способу життя серед дітей та молоді розглядали в ході парламентських слухань у 2004 році. За результатами обговорення вийшла постанова Верховної Ради України від 03 лютого 2004 р. «Про Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні «Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи», якою

¹⁹ а) Впровадження гендерного підходу в українсько-канадському проєкті «Молодь за здоров'я-2» (з досвіду реалізації) / О.М. Балакірєва, Ю.М. Галустьян, Н.Ф. Романова, Д.М. Дікова-Фаворська. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 48 с.

б) Формування здорового способу життя: активна участь молоді / Н.М. Комарова, А.Г. Зінченко, Д.М. Дікова-Фаворська, Н.Ф. Романова та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 88 с. – (Формув. здорового способу життя молоді; Кн. 10).

в) Формування здорового способу життя молоді: (Навч.-метод. посіб. Для працівників соц. служб для сім'ї, дітей та молоді / Т.В. Бондар, О.Г. Карпенко, Д.М. Дікова-Фаворська та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 116 с. – (Формув. здорового способу життя молоді; Кн. 13).

г) Формування здорового способу життя в Україні: національна модель «Молодь за здоров'я» / П. Шатц, О. Яременко (кер.), О. Балакірєва та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005.– 130 с.

Кабінету Міністрів України було рекомендовано створити Український центр формування здорового способу життя і розробити Національну програму формування здорового способу життя на 2005–2010 роки. Під час реалізації цієї програми всі регіони країни мали долучитися до роботи з формування здорового способу життя молоді. Отриманий досвід впровадження моделі роботи щодо формування здорового способу життя серед дітей та молоді «Молодь за здоров'я», став добрим підґрунтям для поширення цієї діяльності на всій території країни.

Нині у напрямку формування здорового способу життя в країні зроблено чимало кроків: продовжується робота у м. Києві, Рівне та Черкасах; напрацьовано певне законодавче забезпечення (але з суттєвими прогалинами); створено Центр здорового способу життя при Державному інституті розвитку сім'ї та молоді, але без державної підтримки інформаційно-просвітницької діяльності, в результаті чого прикладний етап проводиться на волонтерських засадах та дає змогу охопити незначну територію країни; підготовка майбутніх спеціалістів з цієї тематики ведеться, але тільки в окремих вищих навчальних закладах тощо.

Практично всі профільні органи державної влади проводять реалізацію багатьох програм, в яких напрямком здорового способу життя виписано окремим абзацом, але в основі роботи закладено більше декларативної пропаганди ніж реальних дій з формування здорового способу життя, що нівелює багато складових моделі роботи «Молодь за здоров'я». Втім, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту прикладає значних зусиль для підтримки та розвитку даної моделі роботи. Силами профільних структур проводиться широка інформаційно-просвітницька робота, в тому числі через популяризацію волонтерського руху та поширення необхідних інформаційних ресурсів на регіони країни.

Державний інститут розвитку сім'ї та молоді розробляє та впроваджує навчальні програми, методичні рекомендації, проводить підготовку учнівської та студентської молоді, яка долучається до роботи з формування здорового способу життя. Обмеженість ресурсів, відсутність міжгалузевого механізму співпраці негативно впливають на розвиток цього процесу. Гостро відчувається потреба у запровадженні Національної програми формування здорового способу життя, яку постановою Верховної Ради України рекомендувалося розробити Міністерству охорони здоров'я ще в 2004 р. (на жаль, її досі не розроблено).

Для прискорення розробки такої програми відділом моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій Інституту економіки та прогнозування НАН України двічі направлялися до Кабінету Міністрів України (2005 р. та 2008 р.) науково-аналітичні записки²⁰ з описом реального стану справ, прогнозами та конкретними пропозиціями, але зрушень поки що не відбулося.

Хоча за прогнозами науковців, довготривалим наслідком упровадження програми формування здорового способу життя молоді може стати зменшення звернень до медичних закладів, зокрема в частині, що стосується лікування захворювань, зумовлених нездоровим способом життя (а близько 50 % факторів, які зумовлюють стан здоров'я людини, залежать саме від цього).

Іншим важливим аргументом на користь цієї моделі, є акцент на молодіжну аудиторію. Якщо сьогодні формувати здоровий спосіб життя у молодих людей, то вже через кілька поколінь, більша частина населення країни володітиме необхідними навичками через

²⁰ Науково-аналітична доповідна записка «Про соціально-економічну доцільність використання досвіду формування здорового способу життя молоді при підготовці Національної програми формування здорового способу життя на 2005–2010 роки» (вих. № 135–466 від 11.08.2005 р.) та Науково-аналітична доповідна записка «Основні тенденції щодо фізичної активності та інших складових способу життя учнівської молоді України (інформація для спеціалістів, залучених до розробки Загальнодержавної цільової програми «Здорова нація» на 2009–2013 роки)» (вих. № 135-13/612 від 04.07.2008 р.).

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

родинне виховання. Наразі складно перевчити доросле населення. Адже на дорослих осіб суттєво впливають деякі нездорові національні традиції (звичка нераціонального харчування, гіподинамія, поблажливе ставлення до паління, надмірне вживання алкоголю, особливості проведення дозвілля тощо). Додається ще потужна реклама товарів і послуг, що спонукають до нездорового способу життя, складна соціально-економічна ситуація тощо.

Науковці відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій Інституту економіки та прогнозування НАН України прогнозують, що важливим економічним наслідком поширення діяльності моделі роботи «Молодь за здоров'я» може стати зменшення навантаження на бюджет охорони здоров'я. Слід зазначити, що це одна з найбільш витратних статей, що посідає четверте місце серед видатків Зведеного бюджету України після бюджетів освіти, соціального захисту і соціального забезпечення та державного управління.

Щоб переконалися у нагальній потребі запровадження моделі роботи щодо формування здорового способу життя серед дітей та молоді «Молодь за здоров'я», слід звернутися до досвіду наших сусідів (Російської Федерації, Республіки Білорусь, Казахстану). Україна разом з ними має спільну історію суспільного розвитку, багато схожих проблем, але вирішуються вони по-різному.

У цих країнах за збереження здоров'я відповідають профільні міністерства: у Республіці Білорусь та Казахстані – Міністерство охорони здоров'я, а в Росії – Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку. Політика кожної держави враховує особливості та специфіку населення, але в кожній з країн до питань здоров'я відносяться досить серйозно.

Наприклад, у Республіці Білорусь 2008 рік став Роком здоров'я, протягом якого проводилися заходи, спрямовані на формування здорового способу життя; здійснення загальної диспансеризації; розвиток фізичної культури і спорту; проведення жорсткої антиреклами алкозалежності, паління, наркоманії; забезпечення екологічної безпеки для населення. Тобто в діяльності були враховані концептуальні засади моделі роботи «Молодь за здоров'я». Однак національної програми з формування здорового способу життя також прийнято не було. Ця робота розпорошена в п'яти державних програмах з охорони здоров'я, де більшість ресурсів направлена на розвиток загальної лікарської практики у сільській місцевості; оснащення сучасним обладнанням, охорону здоров'я дітей, планування сім'ї та моніторинг наслідків смертей. Але про роботу з формування здорового способу життя серед дітей та молоді в цих програмах не йдеться.

У Російській Федерації останніми роками реалізується державна програма «Здорова Росія», у якій провідним напрямком роботи визначено формування здорового способу життя серед населення різного віку, але окрема державна програма відсутня. На відміну від нашої країни, основна робота з цього напрямку делегована громадським організаціям. Наприклад, Міжрегіональна громадська організація «Здоров'я нації» в межах цієї програми реалізує національний проект «Здоров'я нації – здоровий спосіб життя». Його місія – об'єднання суспільства для забезпечення позитивних змін способу життя росіян через поширення ідеалів здорового способу життя на протигагу вживанню алкоголю і наркотиків, хоча інших ризиків в суспільстві також вистачає.

Саме громадським організаціям поставлено завдання розробити національну модель здорового способу життя, яка б не поступалася загальним, універсальним стандартам якості життя найбільш благополучних країн. Ще однією особливістю їх роботи є значна увага до змісту соціальної реклами. Держава довірила саме громадським організаціям право на розробку стандартів соціальної реклами з пропагування здорового способу життя та поставила завдання домогтися її розміщення в засобах масової інформації. Загалом майже всі питання контролю за реалізацією державних профілактичних програм визнані

за громадськими інституціями.

Основним завданням у сфері сталого розвитку країни уряд Казахстану визначив збільшення середньої тривалості життя населення з впровадженням і вдосконаленням механізмів, що забезпечують оздоровлення нації. З цією метою була прийнята та функціонує президентська Програма «Здоровий спосіб життя населення» на 2008–2016 роки. Але перед її запровадженням, ще з 1998 року в столиці країни почав працювати республіканський Центр здорового способу життя, який заклав основи моделі роботи та підготував підґрунтя для запровадження вищезазначеної програми. Саме ця установа наразі відповідає за її реалізацію. Тобто відбулося практичне впровадження моделі роботи з урахуванням місцевих ресурсів.

Все вищевикладене дає підстави говорити про існування різних моделей роботи щодо формування здорового способу життя. Кожна країна обирає свій шлях, але опирається на власні сили та структури, які вже готові до практичної реалізації. Акценти ставляться в залежності від проблематики, яка є найбільш гострою в суспільстві та вимагає швидкого вирішення. В Україні напрацьовано модель роботи щодо формування здорового способу життя серед дітей та молоді «Молодь за здоров'я», яка за сприятливої державної політики може бути реалізованою на національному рівні в найближчій перспективі.

Разом з тим, суттєві зміни у цій сфері можливі тільки за умови запровадження концепції формування здорового способу життя шляхом визнання здоров'я населення як цінності стратегічного потенціалу держави та фактору національної безпеки.

Таким чином, видається доцільним прийняття Державної програми з формування здорового способу життя дітей та молоді; надання більш ширших повноважень органам місцевої влади з питань, пов'язаних з розробкою та реалізацією програм здорового способу життя у відповідному регіоні; запровадження правового механізму відповідальності суб'єктів суспільних відносин (органів державної влади та місцевого самоврядування, підприємств різних форм власності тощо) за порушення чи невиконання вимог чинного законодавства щодо сприяння збереження здоров'я тощо.

З метою реалізації вищезазначеної програми має бути створений єдиний координаційний центр з державними повноваженнями та відповідним науковим потенціалом. Окрім того, до політики формування здорового способу життя мають залучатися громадські організації та місцеві громади. Майбутнім результатом їх спільної діяльності має стати практична національна модель формування здорового способу життя «Молодь за здоров'я».

2.1. Стан фізичного та психічного здоров'я молодого покоління: основні тенденції та прогнози

САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я З БОКУ САМОЇ МОЛОДІ

Стан здоров'я людини залежить не тільки від біологічних факторів, навколишнього та соціального середовища, але й від того, чи готова вона добре дбати та піклуватися про нього, дотримуючись здорового способу життя.

Згідно з українським законодавством, до категорії «молодь» відносяться особи віком від 14 до 35 років, тоді як Всесвітня організація охорони здоров'я визначає молодіжний вік від 15 до 24 років. Тобто під цю категорію попадають досить різні за віком, статусом та рівнем освіти молоді люди: школярі віком від 14 до 17 років; молодь, яка навчається та набуває професійного розвитку (18-24 роки) та молоді люди, які проходять період професійного становлення, побудови кар'єри, створюють власні сім'ї, народжують дітей або вже виховують власних онуків (25-35 років). Очевидно, що ситуація зі станом здоров'я у цих вікових групах різниться і характеризується певними особливостями.

За даними соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹, майже 40 % респондентів вважають, що здоров'я є найважливішою цінністю у їх житті, тоді як значно менша частина респондентів вказує на матеріальний добробут (17,6 %) і тільки кожен дев'ятий зазначає про важливість створення сім'ї (див. рис. 2.1.1). Серед опитаних дуже низький відсоток тих, для кого є значимим сповідання здорового способу життя (2,6 %) та бажаючих зробити значущі справи для своєї країни (0,5 %).



Рис. 2.1.1. Розподіл відповідей на питання «Що, на Вашу думку, сьогодні є для Вас є найважливішим у житті?»,(%)

Здоров'я як життєва цінність домінує в усіх вікових групах молоді, причому зі збільшенням віку його важливість для респондентів лише зростає. Так, якщо у віці 14-17 та 18-24 роки його обрали 38,9 % та 36,4 % відповідно, то у віковій групі 25-35 років такі

¹ проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за підтримки ЮНІСЕФ (2010 р.)

особи склали вже 45,5 % (див. рис. 2.1.2).

Здоров'я складає відносно більшу цінність для жінок, аніж для чоловіків (42,8 % проти 39,6 %) та для жителів районних центрів (45,6 %) чи тих, хто проживає у сільській місцевості (40,1 %) на противагу мешканцям обласних центрів (35 %).

Отже, сучасна українська молодь незалежно від віку, статі та місця проживання вважає здоров'я важливою цінністю свого життя.

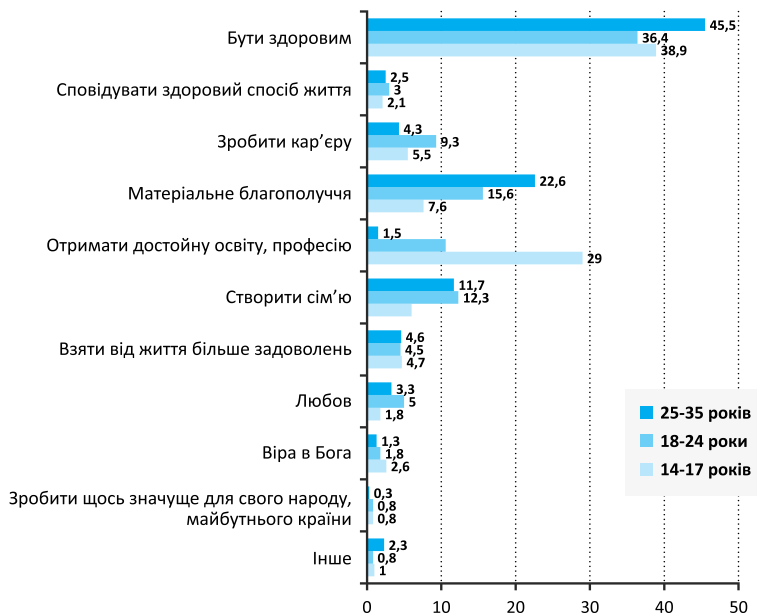


Рис 2.1.2. Розподіл відповідей на питання «Що, на Вашу думку, сьогодні є для Вас є найважливішим у житті?» у різних вікових групах, (%)

На думку української молоді, *стан здоров'я значною мірою залежить від ряду факторів*, серед яких найбільш важливими є:

- шкідливі звички: токсикоманія (91,4 % опитаних), вживання наркотиків (91,1 %), вживання алкоголю (87,8 %), куріння (85,7 %);
- екологічна ситуація (80,3 %);
- особисте ставлення до свого здоров'я (75,7 %);
- правильне харчування (73,6 %);
- умови на роботі та дома: умови праці (68 %), психологічна атмосфера дома (67,7 %);
- хронічні захворювання (62,7 %);
- заняття фізкультурою та спортом (62,2 %);
- матеріальне благополуччя (59,3 %);
- режим дня (51,5 %).

Проте у відповідях на запитання, які чинники негативно впливають на їх власне здоров'я, більшість респондентів віддали перевагу стану навколишнього середовища (66,4 %). Це можна пояснити недостатньою поінформованістю про інші необхідні складові здоров'я, регулярним публічним обговоренням наслідків Чорнобильської аварії та інших екологічних негараздів.

Водночас такі відповіді можуть свідчити про прагнення молодих людей перенести власну відповідальність щодо підтримки здоров'я на зовнішні, мало залежні від конкретної

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

людини чинники. Серед найпоширеніших чинників молоді люди зазначають наявність психологічної напруги (31,4 %) та шкідливих звичок (30,4 %).

Ці дані практично не різняться за гендерною ознакою.

Щодо вікових груп, тут не спостерігалось повної одностайності. Підлітки 14-17 років найчастіше обирали стан навколишнього середовища (69 %), шкідливі звички (32,8 %) та психологічну напругу (24,5 %). Молодь віком від 18 до 24 років вважає, що її здоров'ю найбільше шкодять стан навколишнього середовища (64,8 %), психологічна напруга (31,4 %) і неправильне харчування (31,2 %). А у віковій групі 25-35 років серед відповідей щодо найбільш впливових негативних чинників зазначається про стан навколишнього середовища (66,8 %), психологічну напругу (33,7 %) та шкідливі звички (29,4 %).

Водночас для респондентів 25-35 років суттєве значення мають умови праці (27,2 %) і з віком значимість умов праці природно збільшується. Якщо для групи 14-17 років цей фактор має зовсім незначну вагу (7 %), то вже у випадку респондентів 18-24 років його роль зростає більш ніж удвічі (16,7 %).

Оцінюючи *ефективність заходів щодо підтримання здорового способу життя*, молоді люди віддали перевагу активному відпочинку на природі (52,7 %). Трохи більш ніж третина вважає, що для підтримання здорового способу життя потрібен оптимальний режим роботи і відпочинку (36,3 %). Третім ефективним заходом, на думку опитаних, є відмова від вживання міцного алкоголю (34,1 %).

Для чоловіків відмова від вживання міцного алкоголю видається навіть важливішою, ніж оптимальний режим праці та відпочинку (37 % проти 34,4 % відповідно). Вказані молоддю пріоритети не зовсім збігаються з її уявленнями щодо чинників, які мають згубний вплив на здоров'я і свідчать про недостатньо сформовані уявлення щодо здорового способу життя та необхідних дій, спрямованих на його сповідування.

Респонденти вікової групи 14-17 років зовсім не вважають оптимальний режим роботи та відпочинку, а також відмову від вживання міцного алкоголю ефективними діями. Натомість вони схиляються до необхідності проведення профілактичних заходів та фізичного загартовування. Основні відповіді стосуються активного відпочинку на природі – 61,4 %, регулярних занять спортом – 36,1 % та фізкультурою – 34,3 %. Проте у старшому віці вище цінується оптимальний режим роботи і відпочинку та відмова від вживання міцного алкоголю.

Загалом для сповідування здорового способу життя молодь пропонує проводити більше часу на природі, активно відпочивати. Рівень та стиль життя, його соціальна якість виявилися другорядними по відношенню до впливу зовнішніх факторів, на які людина не впливає (навколишнього середовища, екології), що може свідчити про недостатнє розуміння молоддю основних засад ефективної підтримки стану здоров'я (див. рис. 2.1.3).

Хоча значна частина молоді вважає здоров'я цінністю, проте піклуватися про нього вона не зовсім готова. Так, на запитання щодо *міри піклування про власне здоров'я* більш ніж половина респондентів (57,8 %) обрала стриману відповідь – «посередньо піклуюся». Лише третина (32,2 %) була більш впевнена щодо власних дій та відповіла, що «добре піклуюсь». Проте була й частка таких, що оцінили увагу до власного здоров'я дуже критично – 8,4 % зупинилися на варіанті «погано піклуюся».

Слід зазначити, що з віком піклування про власне здоров'я має тенденцію до погіршення. Так, у 14-17 років кількість тих, хто дбає про власне здоров'я посередньо та тих, хто дбає про нього добре є приблизно рівною – 48,7 % та 44,4 % відповідно. Проте вже у групі 18-24 років респондентів, які піклуються про здоров'я посередньо, помітно більше – 57,4 %, тоді як тих, хто дбає про свій стан на рівні «добре», стає менше – 33,3 %. І вже зовсім очевидний дисбаланс у віковій категорії 25-35 років. Частка опитаних, що визначили своє ставлення до здоров'я як «посереднє» домінує – 61,2 % (див. рис. 2.1.4.)



Рис. 2.1.3. Розподіл відповідей на питання «Які, на Ваш погляд, заходи найбільш ефективні для підтримання здорового способу життя?», % (респонденти могли обрати не більш ніж три варіанти відповідей)

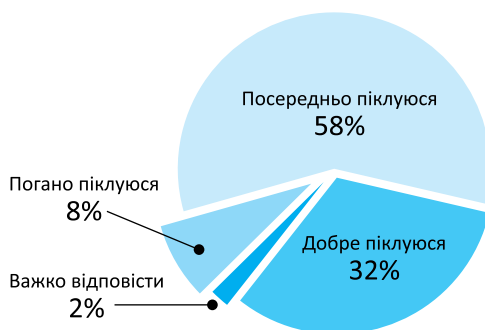


Рис. 2.1.4 Розподіл відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?», (%)

Тих же, хто добре піклується про власне здоров'я, виявляється навіть менш ніж половина від попередніх – 27,1 %. Такі вікові відмінності можна вважати застережливими, адже серед 25-35-річних чимало людей сімейних і таких, що мають дітей, для яких вони слугують взірцем поведінки, прищеплюючи їм певні навички та цінності життя див. рис. 2.1.5).

Отримані результати демонструють досить високий рівень активності української молоді. Так, лише 17 % опитаних вважає, що життя залежить більше від них, аніж від зовнішніх обставин, 22 % – більше покладаються на себе, аніж на зовнішні обставини, третина схиляється до думки, що її життя рівною мірою залежить і від усіх обставин у сукупності – 39 %, пасивність демонструє п'ята частина опитаних (див. рис. 2.1.6).

При цьому суттєвих вікових відмінностей у відповіді на питання «Як Ви вважаєте, від чого головним чином залежить Ваше життя?» помічено не було, це стосується і відмінностей між чоловіками та жінками або мешканцями різних типів населених пунктів.

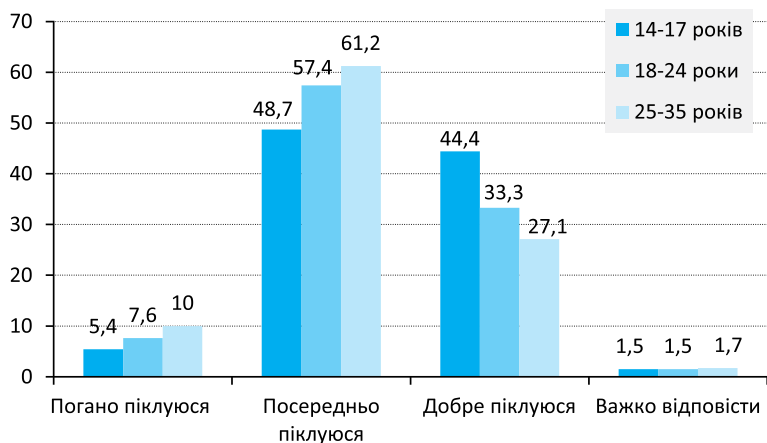


Рис. 2.1.5. Розподіл відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?» у різних вікових групах, (%)

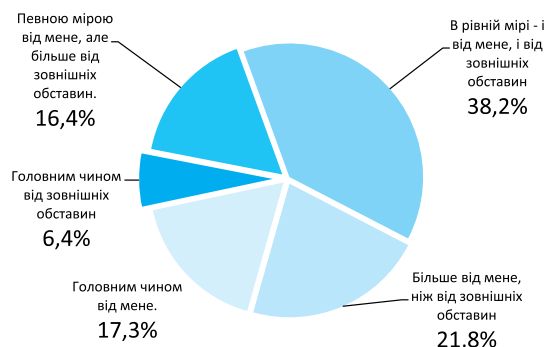


Рис. 2.1.6. Розподіл відповідей на питання «Як Ви вважаєте, від чого головним чином залежить Ваше життя?», (%)

Отже, хоча молодь і називає здоров'я своєю цінністю, проте тільки третина вважає, що добре піклується про своє здоров'я і до найефективніших заходів для підтримання здорового способу життя відносить активний відпочинок на природі, оптимальний режим праці та відпочинку та відмову від вживання міцного алкоголю. Молодь неоднаково реагує на проблеми зі здоров'ям і ставиться до їх вирішення, тобто рівень усвідомлення цінності здоров'я, відповідальності за його збереження та ступінь активності істотно відрізняються.

Оцінюючи стан власного здоров'я, 56,5 % опитаних відзначили його як «добрий». Водночас більш ніж третина респондентів назвала його «задовільним» (33,7 %), що можна вважати тривожною ознакою, оскільки «задовільний» можна трактувати як «швидше поганий, ніж хороший». Ще одним показовим фактом є те, що лише 7,8 % оцінили своє здоров'я як «дуже добре».

Свій стан здоров'я найбільш позитивно схильна оцінювати молодь 14-17 років: 72,3 % дали оцінки «дуже добре» та «добре». У молоді віком 18-24 роки позитивне сприйняття знижується: майже дві третини визначили своє здоров'я як «дуже добре» та «добре». У віковій групі 25-35 років до позитивних оцінок власного здоров'я вдається 58,4 %. Очевидно, що з віком люди набувають більшого життєвого досвіду, а деякі звички стають

причинами погіршення стану здоров'я та вимагають значної уваги до способу життя. Варто зважати, що для підлітків та молоді суб'єктивно характерний більш оптимістичний підхід до життя. З віком, з наростанням психологічного та соціального тиску, змінюється і сприйняття навколишнього світу.

Схожі результати були отримані в ході вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, проведеного у 2009 р. Державним комітетом статистики: 45 % опитаних оцінили свій стан здоров'я як «добрий», майже кожен другий дорослий як «задовільний» і кожен десятий як «поганий» (останню оцінку були схильні давати непрацездатні особи)².

Мешканці сільської місцевості відзначаються відносно більшою позитивністю в оцінюванні свого стану здоров'я. Таку тенденцію підтверджують і інші проведені в Україні та за кордоном дослідження. Йдеться про суб'єктивну оцінку свого стану, яка може відрізнятись від об'єктивних медичних показників.

Однією з важливих детермінант здоров'я є наявність хронічних захворювань, що часто призводять до зниження працездатності та соціальної активності молодшої людини. За самооцінкою (яка може не збігатися з медичними оцінками стану здоров'я), у 78 % молоді відсутні хронічні або тривалі захворювання.

Водночас 15,1 % мають одне подібне захворювання. 92,9 % повідомили, що не мають жодних спадкових хвороб. Більшій частці усіх опитаних (96 %) ніколи не призначали групу інвалідності.

В середньому за останні 12 місяців опитані дотримувалися постільного режиму чотири дні у зв'язку з тією чи іншою хворобою. Привертає увагу той факт, що майже дві третини молоді за останній рік мали застудні захворювання один раз чи двічі, 11,8 % потерпали від застуди три і більше разів. Лише менш ніж третина зовсім не стикалися з хворобами.

Приблизно третина респондентів проходила обстеження на хвороби, що передаються статевим шляхом, з них трохи більш ніж половина – робила це протягом останнього року або рік тому. Третина вважає, що їй не загрожує ризик інфікування ВІЛ, решта оцінила свій ризик від малоймовірного (51 %) до дуже високого (приблизно 2 %).

Суттєвих відмінностей між різними віковими групами помічено не було. При цьому 72,6 % вважає свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми, у той час, як 27,4 % – навпаки. Такі дані підтверджують потребу у подальшій інформаційно-просвітницькій роботі щодо шляхів передачі ВІЛ та інших хвороб, особливостей діагностування та лікування (див. рис. 2.1.7).

Таким чином, молодь схильна до радше позитивної оцінки власного здоров'я, хоча 15 % повідомили про наявність спадкових захворювань, 4 % – мають або мали в минулому групу інвалідності.

Дві третини за останні 12 місяців мали простудні захворювання, а шоста частина респондентів за останній рік проходила обстеження на хвороби, що передаються статевим шляхом.

Дві третини вважають, що мають певний ризик інфікуватися ВІЛ, в той же час, знання в цій сфері оцінюють «як достатні» близько 73 % респондентів.

Водночас слід звернути увагу на те, що для 71,4 % респондентів спосіб життя, який сповідується їх батьками, виступає прикладом для наслідування. Дані дослідження свідчать, що з віком дедалі менше респондентів бере на озброєння їх уклад життя: 14-17 років – 80,2 %, 18-24 роки – 71,4 %, 25-35 років – 68,4 %. Натомість схильність відтворювати спосіб життя батьків більш притаманна мешканцям сіл (80,1 %), ніж вихідцям з районних та обласних центрів (68,9 % та 63,8 % відповідно).

² Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році /Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [wwwhttp://www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)



Рис. 2.1.7. Розподіл відповідей на питання «Як Ви думаєте, наскільки реальним для Вас є власний ризик інфікування ВІЛ?», (%)

Вищенаведені дані дослідження дають підстави зробити наступні *висновки*:

По-перше, для української молоді властивий високий рівень самооцінки стану власного здоров'я, що не повною мірою співпадає з реальною ситуацією. Так, за даними дослідження, дві третини опитаних за останні 12 місяців мали простудні захворювання, шоста частина респондентів за останній рік проходила обстеження на хвороби, що передаються статевим шляхом. Дві третини респондентів вважають, що вони мають певний ризик інфікуватися ВІЛ. Ще 15 % молодих людей повідомили про наявність спадкових захворювань, а 4 % про те, що мають або мали в минулому певну групу інвалідності.

По-друге, сучасна українська молодь незалежно від віку, статі та місця проживання вважає здоров'я важливою цінністю свого життя. Проте в ході дослідження зафіксовано різницю між самооцінкою молоддю власного здоров'я та її способу життя. Так, тільки третина стверджує, що добре піклується про своє здоров'я і до найефективніших заходів для підтримання здорового способу життя відносить активний відпочинок на природі, оптимальний режим праці та відпочинку та відмову від вживання міцного алкоголю. Молоді притаманні суперечливі й не завжди адекватні уявлення щодо здорового способу життя та засобів його підтримання. Визначений високий рівень очікування від зовнішнього середовища.

По-третє, існує розрив між отриманою інформацією, набутими знаннями, рівнем усвідомлення та навичками щодо сповідування здорового способу життя молоді. Загалом, у переважній більшості, молоді люди не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я та робити вибір на користь здорового способу життя.

НАЯВНИЙ СТАН ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Стійка тенденція до погіршення здоров'я молоді – найгостріша проблема сьогодення. Так, за час навчання у загальноосвітньому навчальному закладі школярі втрачають щонайменш третину свого здоров'я. Зокрема, погіршуються зір (в 3 рази), слух (в 1,3), осанка (в 4,6), зростає кількість випадків захворювань нирок (в 1,5), на хвороби органів травлення (у 2,5), нервової системи (у 2), збільшується частота хвороб ендокринної залози (у 2,5) ³.

Для прикладу, за даними Міністерства освіти і науки, під час проведення профілактичних оглядів (у 2009 р.) серед учнів 9-11 класів було виявлено 204 442 молодих людей зі зниженням гостроти слуху та зору, а також з дефектами мовлення, сколіозом,

³ Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президента України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова

порушеннями осанки. Якщо цю цифру порівняти з даними Держкомстату, де надано загальну кількість школярів цього віку, то можна виявити, що такі діти складають 12,4 % від усього загалу (див. табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1
Кількість населення у віці 15-17 років (за даними Держкомстату)

Вік	На 1 січня 2010 року			Середня чисельність населення за 2009 рік		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
В с ь о г о	1597566	818378	779188	1653828	847251	806577
у тому числі:						
15	499029	255861	243168	513932	263316	250616
16	528755	270710	258045	549273	281290	267983
17	569782	291807	277975	590623	302645	287978

Що стосується поширеності хвороб, то за даними Міністерства охорони здоров'я найвищий рівень захворюваності серед цієї категорії молоді у 2009 році спостерігався у Київській, Харківській, Вінницькій областях та м. Києві. В порівнянні з 2005 роком (9113,8 на 10 тис. відповідного населення) підліткова захворюваність зросла на 19 %. Загалом 36 % учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, 34 % – нижчий за середній, 23 % – середній, 7 % – вищий за середній і лише 1 % – високий.

Функціональні відхилення в діяльності різних систем організму було виявлено у 50 %, серцево-судинної системи у 26,6 %, нервово-психічні розлади у 33 %, захворювання органів травлення у 17 %, а захворювання ендокринної системи у 10,2 % учнів 15-17 років.

У 2009 році показник захворюваності на хвороби системи кровообігу серед дітей старшого шкільного віку становив 163,5 на 10 тис. відповідного населення. Більшість захворювань була пов'язана з хворобами органів дихання (6267,3); шкіри та підшкірної клітковини (742,9); травм та отруєнь (639,6); хвороб сечостатевої системи (513,1); кістково-м'язової системи та сполучної тканини (493,2); органів травлення (487,3); очей та їх придаткового апарата (463,7) на 10 тис. відповідної категорії населення (див. рис. 2.1.8).

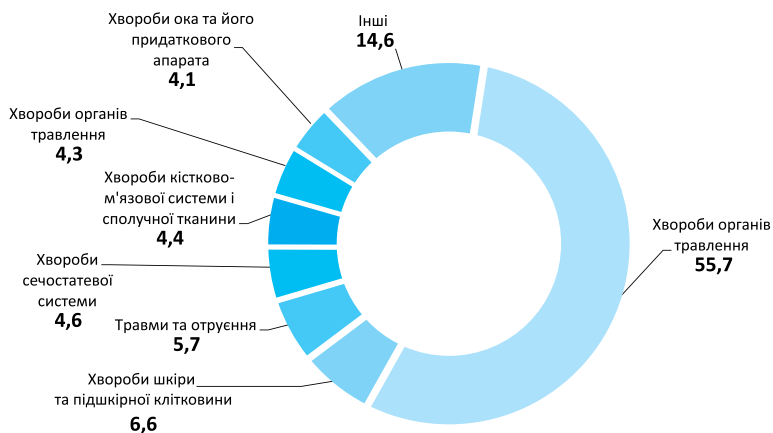


Рис. 2.1.8. Структура захворюваності серед школярів, %

Що стосується окремих хвороб, то дівчата значно частіше хворіли на патологію сечостатевої системи, крові й кровотворних органів, інфекційні та паразитарні хвороби, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин. Юнаки частіше зверталися по медичну допомогу з приводу розладів психіки та поведінки, хвороб системи кровообігу, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників⁴.

Обґрунтовану тривогу викликає рівень вроджених вад розвитку серед дітей старшої школи. Хвороби цього класу мають тенденцію до зростання. За підсумками 2009 року, захворюваність становила 18,6 коефіцієнта на 10 тис. відповідного населення.

Дуже часто травми та отруєння стають причиною розладів здоров'я. У 2009 році показник захворюваності через травми та отруєння становив 639,6 на 10 тис. підлітків. У структурі підліткового травматизму суттєве місце займали побутові травми та вуличний травматизм.

Особливе занепокоєння викликає поширення розладів психіки та поведінки. Відповідно до даних офіційної статистики, за зазначений період їх кількість дещо збільшилася з 415,2 до 436,8 на 10 тис., але в загальній структурі захворювання займає лише 12 місце. Так, за результатами обстежень, які проводилися фахівцями Академії медичних наук України⁵, рівень психічних порушень у школярів старших класів має місце як в міській, так і в сільській місцевості. У структурі психічних (непсихотичних) розладів у підлітків міської місцевості переважають невротичні розлади (42,4 %), емоційно-лабільні розлади органічного генезу та розлади поведінки. У підлітків сільської місцевості домінують емоційно-лабільні розлади органічного генезу (33,4 %), невротичні розлади та розлади поведінки. Незалежно від місця проживання у підлітків спостерігається зростання депресивних розладів із затяжним та хронічним типом перебігу.

Суттєвою проблемою залишається обмеженість у професійному виборі молоді внаслідок проблем із здоров'ям. Аналіз стану здоров'я студентів (18-24 років) професійно-технічних навчальних закладів (за даними щорічного комплексного медичного огляду) показав високу поширеність захворювань серед цього контингенту: загальна патологічна ураженість складає 2103,7 %⁶. Найбільш поширеними серед них визначені захворювання нервової системи, патологія ока та придаткового апарату, ендокринопатія, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання.

Звертає на себе увагу те, що стан здоров'я дівчат є гіршим, ніж хлопців. Так, серед хлопців спостерігалися більш високі показники загальної патологічної ураженості (2 416,7 % проти 1 630,3 %) тоді як у дівчат зареєстрована більш висока поширеність захворювань нервової системи (505,6 % проти 361,3 %), патології ендокринної системи (466,7 % проти 159,7 %), хвороб системи кровообігу (311,1 % проти 268,9 %) тощо.

Через недостатню поінформованість адміністрації професійно-технічних навчальних закладів щодо здоров'я їх учнів, профілактична робота ведеться тільки з тими дітьми, які перебувають на диспансерному обліку. Така ситуація не може забезпечити впровадження ефективних заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я молоді на етапі професійного самовизначення. Найбільшу питому вагу зареєстрованої патології складають вже сформовані хронічні захворювання.

У більш старшій віковій групі молоді проблеми зростають ще більше. Відхилення у стані здоров'я визначаються медиками у майже 90 % студентів, серед них понад 50 % мають незадовільну фізичну підготовку. Загалом, багато спеціалістів та фахівців б'ють на сполох, вказуючи, що психофізіологічні показники студентів за останні 25 років виражають тенденцію до погіршення: знизилася ефективність функціонування

⁴ Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президента України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатов

⁵ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Академії медичних наук України»

⁶ Проміле – одна тисячна частка величини

сенсорних і сенсомоторних систем, погіршилися параметри пам'яті та уваги, підвищилися стомлюваність і зменшилися загальна ефективність розв'язання навчальних завдань, знизилися показники мотивації навчальної діяльності.

Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України провів опитування учнів старших класів загальноосвітніх шкіл і професійно-технічних навчальних закладів, студентів вищих навчальних закладів, представників працюючої молоді віком від 14 до 30 років щодо оцінки стану здоров'я. Дослідження показало, що його стан не задовольняє сьогодні кожному 4 молоду людину. Науковці стверджують, що отримані результати дають підстави говорити про готовність розпочати діяльність щодо здорового способу життя тільки невеликої частини молоді, хоча б в аспекті набуття необхідних знань та навичок.

Незадовільний стан здоров'я молоді спричинює високий рівень передчасної смерті, який в минулому році продовжував дещо знижуватися (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Динаміка вікових коефіцієнтів смертності в Україні в 2007–2009 рр.

Вік, роки	Кількість померлих на 1000 населення відповідного віку					
	Чоловіки			Жінки		
	2007 р.	2008 р.	2009 р.	2007 р.	2008 р.	2009 р.
15–19	1,2	1,0	0,9	0,5	0,4	0,4
20–24	2,4	2,2	1,9	0,7	0,7	0,6
25–29	4,1	3,9	3,2	1,3	1,2	1,0
30–34	6,6	6,5	5,2	2,0	2,1	1,7

Найвищий рівень смертності серед молодих людей спостерігається у віці 30-34 роки. У 2009 р. коефіцієнт смертності у чоловіків в 3 рази перевищив такий же показник серед жінок. Головні причини смертей серед чоловіків цього віку пов'язані із зовнішніми причинами, інфекційними хворобами та хворобами органів травлення, а у жінок з інфекційними хворобами, новоутвореннями та хворобами органів травлення (див. у додатках табл. «Розподіл померлих за віковими групами та основними причинами смерті»).

Частка молодих людей, які вступають у шлюб, найбільша у віці 20-24 роки (див. таблицю у додатках «Розподіл зареєстрованих шлюбів за віком та дошлюбним станом подружжя в Україні у 2009 році»). Аналіз динаміки розлучень показав, що найбільше розлучень припадає на наступний вік: серед молоді 25-29 років та 30-34 роки (див. таблицю у додатках «Розподіл розлучень за статтю, віком осіб, які розірвали шлюб, та тривалістю шлюбу в Україні у 2009 році»).

Саме цей період пов'язаний з труднощами соціального характеру, коли молоді люди стикаються з проблемами проживання, матеріального забезпечення, народження та виховання дітей (див. табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

Кількість народжених дітей за віком матері у 2009 році
(за даними Держкомстату)

	Всього народжених, осіб	в тому числі за віком матері, років				
		до 15	15-19	20-24	25-29	30-34
по країні	512525	172	44332	173481	160829	91149

За результатами дослідження, проведеного Українським науково-методичним центром практичної психології та соціальної роботи АПН України, досить високим відсотком учнів (34,5 %) вказано на факти насильства в сім'ї. Майже стільки ж (30,4 %) пам'ятають випадки, коли насильство в сім'ї над дитиною спричинило порушення її здоров'я. Роль батьків у захисті дитини від насильства була оцінена досить низько (15-16 %). Батьки дуже рідко стають посередниками у вирішенні конфліктів, що виникають у дітей під час навчання. У таких випадках на їх допомогу розраховує лише 9,2 % опитаних⁷. Всі ці негаразди негативно впливають на психологічний стан підлітків та потребують психологічної підтримки з боку практичних психологів та соціальних педагогів.

Слід зазначити, що для вирішення цих проблем, в системі закладів Міністерства освіти і науки у минулому році працювало 13 227 практичних психологів і 5 033 соціальних педагогів. У порівнянні з попереднім навчальним роком їх загальна чисельність зросла на 11,2 %.

Згідно з оперативними даними Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи, у 2009 році практичними психологами навчальних закладів було охоплено велику кількість дітей, яким надавалася різнопланова психологічна допомога: індивідуальне консультування – 456,4 тис. дітей, 179,8 тис. батьків; індивідуальне діагностування – 818,9 тис. дітей; групове діагностування – 3,3 млн дітей; індивідуальна корекційно-відновлювана робота – 262,9 тис. дітей; психологічна просвіта – 92,2 тис. батьків, ділові ігри та тренінги – 98,2 тис. батьків.

Соціальні педагоги охопили: індивідуальним консультуванням – 180,4 тис. дітей; груповим консультуванням – 371,1 тис. дітей, 84,4 тис. батьків; групою корекційно-відновлювальною роботою – 259,1 тис. дітей; психологічною просвітою – 217,8 тис. батьків. Однак самі молоді люди вважають, що доступність цієї психологічної підтримки є незначною: тільки 27 % визнають її доступною, тоді як переважна більшість (54 %) оцінили як недоступну, ще 19 % зазначили, що їм важко відповісти⁸.

Водночас слід звернути увагу, що за даними дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»⁹, 71,4 % респондентів підтримують спосіб життя, який сповідується їх батьками та вважають його прикладом для наслідування. Дані також свідчать, що з віком дедалі менше респондентів сповідує такий спосіб життя: 14-17 років – 80,2 %, 18-24 роки – 71,4 %, 25-35 років – 68,4 %. Натомість схильність відтворювати спосіб життя батьків більш притаманна мешканцям сіл (80,1 %), ніж вихідцям з районних та обласних центрів (68,9 % та 63,8 % відповідно).

Підсумовуючи можна стверджувати, що докорінних змін на краще останнім часом не сталося. Захворюваність і смертність від серцево-судинної патології постійно зростають у зв'язку з несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві, стресами, перевантаженнями навчанням, роботою та відсутністю доступних засобів для відновлення здоров'я.

Досі існує тенденція росту хронічних захворювань серед учнівської та студентської молоді, пов'язана з наявністю функціональних відхилень в діяльності серцево-судинної системи й зростанням нервово-психічних розладів. Складною залишається ситуація щодо захворюваності молоді на інфекційні та паразитарні хвороби, отримання травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин.

Відповідно, інтерес до збереження та розвитку здоров'я, як власного, так і близького оточення, у багатьох родинах проявляється на низькому рівні. Розривання шлюбних стосунків переводить більшість родин у категорію сімей, які опинилися в складних

⁷ За даними Міністерства освіти та науки

⁸ Опитування молоді для вивчення їх потреб та поглядів щодо розвитку молодіжної політики проводиться в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група», що виконується Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ЮНІСЕФ, 2010 р.

⁹ проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за підтримки ЮНІСЕФ (2010 р.)

життєвих обставинах та потребують державної допомоги для вирішення соціальних і психологічних проблем. Сучасна сім'я як соціальна інституція має значний вплив на формування способу життя дітей та молоді саме на час свого соціального становлення та здобуття професійної освіти.

РУХОВА АКТИВНІСТЬ

Рухова активність, регулярні заняття фізичною культурою та спортом — обов'язкова умова здорового способу життя. Однак, як свідчать дані соціологічного дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді», проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка в межах міжнародного проекту «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC), серед молодих українців віком до 17 років рухова активність (наприклад, регулярні заняття фізкультурою) не дуже поширена. Упродовж останнього перед опитуванням тижня мали фізичну активність будь-якого характеру сумарно не менше години на день лише 22 % учнівської молоді (з них 28 % — хлопці, 16 % — дівчата). Більш фізично активними виявилися учні 6, 8 класів (30 і 23 % відповідно). При цьому дівчата - восьмикласниці мали майже удвічі нижчий рівень активності за своїх хлопців-однолітків (16,5 % проти 30 %). Найменш активними є студенти вищих навчальних закладів (далі — ВНЗ): від 13,5 до 8 % залежно від рівнів акредитації.

Більшість опитаних присвячували фізичній активності півгодини або годину на тиждень (від 50 % студентів ВНЗ I–II рівнів акредитації до 54 % шестикласників та першокурсників ВНЗ III–IV рівнів акредитації).

Щоденно, у свій вільний від занять час, мають фізичне навантаження, тобто займаються будь-якими фізичними вправами чи тренуваннями, кожний третій шестикласник і лише кожний шостий-восьмий студент ВНЗ незалежно від рівнів акредитації. З віком цей показник знижується: 6 клас — 30%, 8 клас — 25%, 10–11 класи — 22%, ПТНЗ — 21%, ВНЗ I–II рівнів акредитації — 16%, першокурсники ВНЗ III–IV рівнів акредитації — 12% (див. рис. 2.1.9).

Юнаки є більш активними за дівчат, яким більш характерний неактивний спосіб життя, а рухова активність у більшій мірі співвідноситься з обов'язковими фізичними навантаженнями на заняттях фізкультурою.

Через значне навантаження навчанням більшість учнів та студентів страждає від недостатньої рухової активності, відсутності навичок організації навчання, проведення здорового дозвілля, правильного харчування. Як результат, досягаючи більш зрілого віку (від 25 років) значна частина молоді у більшій мірі потребує програм відновлення здоров'я ніж підтримки та розвитку.

Важливу роль у активізації фізичної активності відіграють дитячо-юнацькі спортивні школи, які входять до системи позашкільної освіти в державі. Їхньою діяльністю опікуються два профільних міністерства: Міністерство освіти та науки й Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту.

Станом на 1 січня 2009 року у системі Міністерства освіти і науки функціонувало 658 спортивних шкіл. З них 602 дитячо-юнацькі спортивні школи та 56 спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл олімпійського резерву. Загалом в них займалося майже 350 тис. учнів, з якими працювали понад 10 тисяч тренерів.

Але через відсутність сучасного спортивного інвентарю та обладнання, власної спортивної бази виникли серйозні труднощі в організації навчально-спортивної роботи у більшості дитячо-юнацьких спортивних шкіл. Лише 43 % зазначених шкіл мають власну базу. Значною мірою це пояснюється недостатнім обсягом фінансування на придбання необхідного обладнання та інвентарю.¹⁰

Охоплення фізичним вихованням молоді у 2009 році виглядало наступним чином: в загальноосвітніх закладах до уроків фізкультури було залучено 4 млн. осіб, тобто

¹⁰ За даними Міністерства освіти і науки України

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

практично всі школярі. Проте ця діяльність не позбавлена певних недоліків. На сьогодні середній показник фізкультурно-оздоровчої роботи в загальноосвітніх навчальних закладах держави становить тільки 38,2 %, що негативно позначається на стані здоров'я молоді. Для прикладу, тільки 30 % сучасних школярів без ризику для свого здоров'я можуть виконувати нормативи фізичного навантаження.

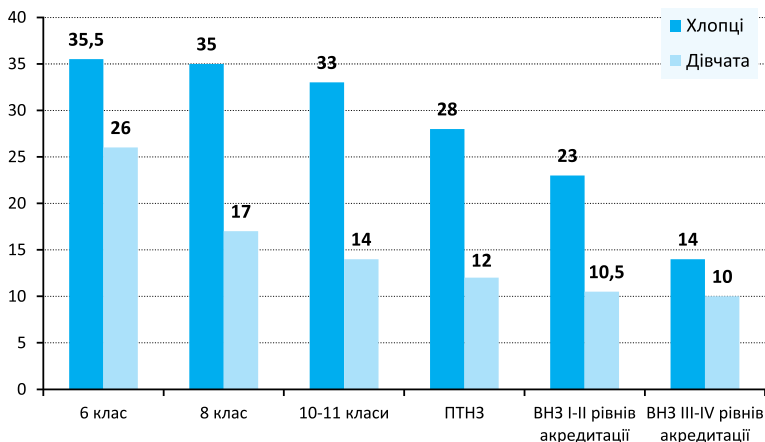


Рис. 2.1.9 Розподіл учнівської молоді, яка щоденно, у свій вільний від занять час, займається різними фізичними вправами або тренується, за статтю та місцем навчання, %

Відповідно до даних, наведених в інформаційно-аналітичних матеріалах Міністерства освіти і науки за 2009 р.¹¹, заняття фізкультурою у коледжах та професійно-технічних училищах відвідують 87 % студентів, ще 9 % осіб віднесені до спеціальної медичної групи.

У вищих навчальних закладах 66 % студентів відвідують фізкультурні заняття, а 7,8 % мають обмеження, пов'язані зі станом здоров'я. Тобто кількість молодих людей, які за станом здоров'я не можуть займатися фізичною культурою, є досить високою. Ряд фахівців у цій сфері стверджує, що ця ситуація поступово може змінитися на протилежну, коли рівень фізичної активності поступово знижуватиметься до критичного¹².

За останній час активізувався процес створення спортивних клубів у вищих навчальних закладах. На сьогодні їх налічується 392 одиниці, що на 5,2 % більше, ніж минулого року. З них на 3 % збільшилася кількість ліцензованих спортивних клубів. Особливу увагу питанню щодо створення таких спортивних клубів приділяють у Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Одеській та Харківській областях. В регіонах проводиться активна робота щодо створення спортивних студентських спілок як первинних ланок усієї фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи.

Наразі існує цілий ряд проблем, пов'язаних з фізичним вихованням у студентському середовищі. Так, у вишах «не фізкультурного профілю» відбувається масове скорочення кількості академічних годин, які відводяться для навчальних занять з фізичного виховання. Недостатній обсяг обов'язкових навчальних занять (4 години на тиждень, а у деяких вузах України – 2 години) не може забезпечити зміцнення здоров'я і підвищення рівня фізичного стану студентів.

Стійка тривала адаптація, що є важливим фактором фізичного виховання молодих

¹¹ Освіта України – 2009: Інформаційно-аналітичні матеріали діяльності Міністерства освіти і науки України у 2009 році / Уклад.: О.А. Удод, К.М. Левківський, С.В. Прокопов, А.В. Кошель, О.Г. Єфіменко, Т.П. Дараган, Н.І. Тимошенко. За заг. ред. О.А. Удода

¹² Національний університет фізичного виховання і спорту України

людей, настає лише за умови 6-8 годинних занять на тиждень. Ситуація ускладнюється можливістю переміщення фізичного виховання у розряд самостійної роботи, що при несформованій мотивації до занять може проявитися у зниженні рухової активності молоді¹³.

За даними Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, в Україні працюють 1690 дитячо-юнацьких спортивних шкіл та спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл олімпійського резерву, в яких займається молодь до 18 років. У зазначених закладах розвиваються 52 олімпійські види спорту, якими займається майже 555 тисяч осіб, та 30 неолімпійських видів спорту, які обрали більш ніж 62 тисячі осіб. До занять у дитячо-юнацьких спортивних школах та спеціалізованих дитячо-юнацьких школах олімпійського резерву для інвалідів залучено понад 7 тис. осіб.

Сучасні дослідження показують, що в процесі дорослішання частка молодих людей, які займаються фізичним розвитком, зменшується. По-перше, не завжди є відповідні умови для проведення занять обраними видами рухової активності. По-друге, такі заклади не є доступними для більшості населення, особливо для молодих сімей з дітьми. Але фізична активність є важливою складовою здорового способу життя. Тому, незалежно від існуючих умов, фізичні ресурси організму, активний спосіб життя, належна тривалість сну відіграють важливу роль у підтриманні здоров'я молодої людини.

За результатами соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹⁴, ранкова зарядка, заняття фізкультурою і спортом, загартування власного організму поки що не стали життєвою практикою більшості українських юнаків і дівчат, а з віком таких звичок дотримується все менша кількість молодих людей. Загалом щоденну ранкову зарядку роблять менш ніж 10 %, а майже половина ніколи не вдається до неї взагалі (див. рис. 2.1.10).

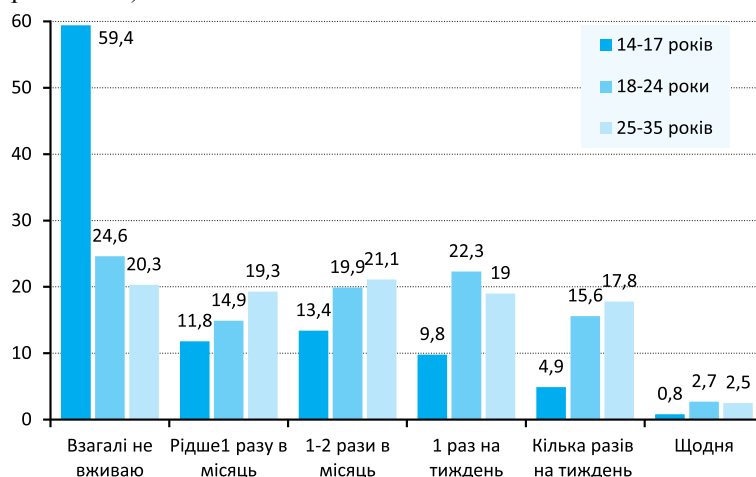


Рис. 2.1.10. Розподіл відповідей на питання «Як часто ви робите ранкову зарядку», (%)

Водночас в два рази більше чоловіків, ніж жінок, практикують щоденну зарядку (12,7 % проти 6,1 %). З віком кількість тих, хто категорично не робить ранкову зарядку неухильно зростає: 14-17 років – 34,2 %, 18-24 роки – 46,6 %, 25-35 років – 56,7 %. Також переважна більшість вихідців з села звикла взагалі обходитися від ранкових вправ –

¹³ Дмитро Аніксов, Національний університет фізичного виховання і спорту України

¹⁴ проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за сприяння ЮНІСЕФ (у 2010 році)

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

57,5 %. Проте останній факт можна пояснити тим, що в селі завжди вистачає фізичної роботи, тому його мешканці не бачать потреби у додаткових навантаженнях. Хоча фізична робота та заняття фізичною культурою відрізняються за впливом на стан здоров'я людини та його збереження. Дуже часто виснажлива фізична праця є причиною багатьох серйозних захворювань, в той час як фізична культура та спорт позитивно впливають на загальний рівень здоров'я.

Більш ніж половина опитаних (56,5 %) *займалася яким-небудь активним видом спорту чи відвідувала спортивну секцію*. Серед чоловіків ця кількість є помітно більшою – 67 % проти 45,7 % у жінок. Значно більше вихідців з обласних центрів були залучені до спортивної активності порівняно з іншими групами (71 % проти 53,8 % жителів районних центрів та 47,9 % жителів села). Аналізуючи ці результати, слід враховувати значно кращий доступ жителів обласних центрів до спортивної інфраструктури.

Покажемо те, що на запитання «Як часто ви займаєтеся спортом» відповіли лише 63,8 % опитаних, більшість з яких роблять це кілька разів на тиждень. Ймовірно, це свідчить про те, що решта респондентів, які відповіли свідомо уникли, спортом не займаються.

Більшість респондентів не дотримуються традицій загартування свого організму (52 %), причому жінок, які це ніколи не роблять, значно більше, ніж чоловіків (60 % проти 44,3 %). 56,7 % опитаних інколи здійснюють прогулянки перед сном, але з віком число тих, хто роблять це регулярно, меншає. Якщо у групі 14-17 років таких людей нараховувалося 30,8 %, то вже у віковій категорії 25-35 років лишилося лише 12,5 %. Крім того, пропорційно зростає кількість тих, хто ніколи не здійснює прогулянки перед сном: 14-17 років – 21 %, 25-35 років – 30,3 %.

64,4 % відповіли ствердно на запитання «Чи охоче Ви відвідуєте / відвідували уроки фізкультури?», причому серед опитаних значно переважала частка чоловіків (71 % проти 57,7 % жінок). Серед жінок 21,2 % вказали на те, що не люблять займатися фізкультурою. Водночас до такої ж відповіді вдалося лише 13,1 % чоловіків. Також найбільш охоче відвідували уроки фізкультури 14-17-річні молоді люди.

Майже половина опитаних (48,5 %) зазвичай спить 6-7 годин на добу (див. рис. 2.1.11).

Слід зазначити, що в групі 14-17 років домінує варіант «8-9 годин» - 52,4 %, що очевидно пов'язано з тим, що незначна кількість людей працює у підлітковому віці і тому може дозволити собі дещо триваліший сон. Природно, з віком кількість опитаних, що мають 8-9-годинний сон, знижується: 18-24 роки – 39,7 %, 25-35 років – 32,7 %. Отримані результати свідчать про тривожну тенденцію – чимало молодих людей не розуміють важливості та доцільності фізичних навантажень. Відповідно, у цьому напрямку повинна вестися системна інформаційно-роз'яснювальна робота, з метою наочної демонстрації усіх негативних наслідків малорухомого способу життя та через засоби масової інформації популяризувати заняття фізкультурою та спортом.

Вирішенням цієї непростої ситуації протягом останніх років активно займається мережа центрів фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх». Наразі вона налічує 194 організації у всіх регіонах України, які протягом 2009 року провели 8 658 фізкультурно-спортивних заходів та залучили 2 285 827 осіб. Одним з основних напрямків роботи є інформаційно-пропагандистська діяльність щодо популяризації здорового способу життя серед населення.

Для створення сприятливих умов щодо занять фізичною культурою та спортом центрами проводиться робота, спрямована на збереження та покращення існуючої спортивної інфраструктури через ремонт та облаштування майданчиків за місцем проживання та відпочинку населення. Так, у 2009 році під час проведення місячника «Спорт для всіх – спільна турбота» було відремонтовано 25 514 майданчиків в різних регіонах країни. Центрами проводиться значна робота з залучення молоді до волонтерського руху, оскільки такі форми роботи потребують активного залучення місцевої громади.

За даними Всеукраїнського центру фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх», до проведення заходів, які проводяться центрами, в середньому за рік долучається велика кількість волонтерів. Звичайно, що зазначені дії не можуть кардинально вплинути на існуючу ситуацію, але отриманий досвід можна використати для поширення основних принципів здорового способу життя серед населення через діючі центри на місцях.

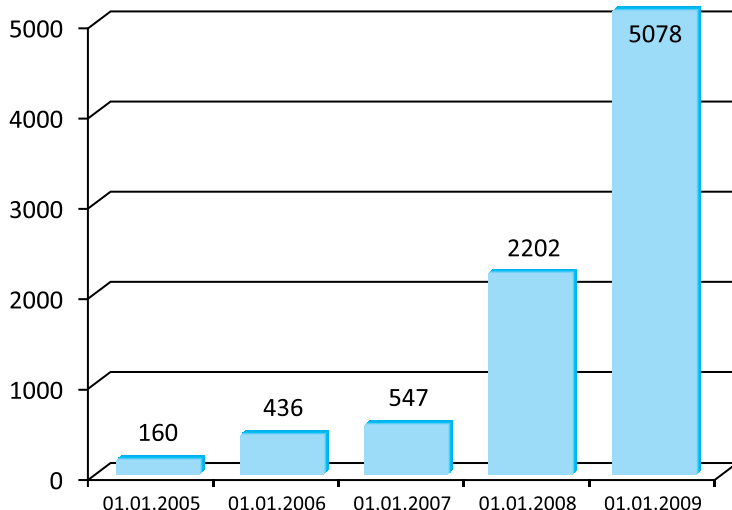


Рис. 2.1.11 Розподіл відповідей на питання «Скільки годин на добу Ви зазвичай спите?», (%)

ДОСТУПНІСТЬ ДО ІНФРАСТРУКТУРИ

Для підтримки належного стану здоров'я молода людина повинна мати доступ до розгалуженої інфраструктури: наприклад, для занять фізичною культурою чи спортом, для проведення активного дозвілля, а в разі хвороби чи за іншої потреби – отримати доступ до якісних медичних чи профілактичних послуг з питань здоров'я та здорового способу життя. Бажано, аби такі заклади були розташовані у зручних місцях та максимально наближені до місця проживання, навчання чи роботи.

Реальна ситуація не є втішною, оскільки за результатами соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹⁵, лише у половині опитаних поблизу їх помешкання розташовані спортивні шкільні майданчики, 40,8 % живуть поблизу стадіонів, 34,6 % мають доступ до спортивних майданчиків у своїх дворах, 23,3 % мешкають поблизу спортивних залів, а 18,1 % – біля тренажерних.

Природно, що найскладніша ситуація з доступом до спортивної інфраструктури у мешканців сіл – найбільше людей мешкають біля спортивних майданчиків у школах та стадіонів (52,3 % та 40,2 % відповідно). Проте лише 14,7 % опитаних мають у своїх дворах спортивні майданчики, а 13,4 % - проживають біля спортивних залів. Натомість біля помешкань 77,7 % респондентів розташовані бари, кафе та ресторани. Крім того, у селі різниця між кількістю барів, кафе і ресторанів та наявністю інших об'єктів інфраструктури виявляється ще більш різкою: бари/кафе/ресторани – 70,6 %, парки/сквери – 16,6 %, водоймища з пляжами – 13,3 % (див. рис. 2.1.12).

Піклування про здоров'я виявляється також у відвідуванні у разі потреби та з профілактичною метою медичних закладів. У ході дослідження майже дві третини

¹⁵ проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за сприяння ЮНІСЕФ (у 2010 році)

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

(62,2 %) повідомили, що відвідують лікаря лише у разі необхідності. Водночас 22,2 % проходять медичне обстеження щорічно. Серед респондентів виявилася частка тих, хто з різних причин зовсім не відвідує лікувальні заклади – 11,6 %. При цьому значна частина виявляє схильність довіряти рекламі лікарських препаратів, що, нібито, мають покращити стан здоров'я (забезпечити гарне травлення, нормальну роботу печінки тощо). Це може підсилювати схильність до самолікування.



Рис. 2.1.12. Розподіл відповідей на питання «Чи є поблизу Вашого помешкання наступні об'єкти?», (%)

У разі хвороби 57,5 % опитаних відвідують державні медичні установи, тоді як до приватних лікарів звертається лише 5,6 %. Втім, значна частина молодих людей – майже третина - взагалі воліє обмежити свої контакти з лікарями та вдається до самолікування, прислухається до порад близьких та знайомих чи отримує консультації в мережі Інтернет. При цьому 77,3 % повідомили, що протягом останніх 12 місяців не мали серйозних проблем, а коли потребували медичної допомоги, з різних міркувань не звернулися до лікаря.

Більшість молодих людей, за даними дослідження, отримують інформацію про здоровий спосіб життя за допомогою телебачення – 55,8 %. Також важливими джерелами виступають газети/журнали, батьки та друзі/знайомі. Для респондентів 14-17 років з зрозумілих причин важливим каналом інформації виявилися вчителі/викладачі. Відтак усі згадані вище канали повинні стати пріоритетними для використання при донесенні до молоді відомостей про здоровий спосіб життя.

Отже, українська молодь має обмежений доступ до об'єктів соціальної інфраструктури, зокрема спортивних закладів, що особливо гостро відчувається в сільській місцевості. Натомість існує широкий вибір закладів швидкого харчування: барів, фаст-фудів, кіосків, де продають шаурму, біляші тощо. Зрозуміло, що такий раціон дуже далекий від здорового, на що обов'язково слід звернути увагу органам місцевої влади при видачі дозволів на відкриття подібних закладів та переорієнтовувати їх на реалізацію продукції здорового харчування.

Хоча молоді люди не висловлювали думок щодо недоступності медичного обслуговування, проте майже дві третини респондентів повідомили, що відвідують лікаря лише у разі необхідності, значна частина молоді схильна до самолікування та довіри рекламі лікарських препаратів.

Узагальнюючи даний підрозділ зазначимо, що існує велика потреба щодо організації рухової активності населення за місцем проживання чи роботи, у будівництві нових та

реконструкції вже існуючих спортивних споруд з басейнами та залами для ігрових видів спорту та прийняття державою кардинальних змін у сфері молодіжної та соціальної політики, де одним зі шляхів має стати формування здорового способу життя серед дітей і молоді за місцем проживання, роботи чи навчання.

ХАРЧУВАННЯ

Збалансоване та регулярне харчування відіграє важливу роль у підтриманні здоров'я людини. Їжа повинна забезпечувати енергетичні потреби організму для розвитку та відновленні його ресурсів. Тому, в щоденному раціоні людини має бути належна кількість протеїнів, гідрокарбонатів, жирів, вітамінів та мінералів.

За сучасними теоріями (зокрема, пірамідою здорового харчування, розробленою Гарвардською школою охорони здоров'я на основі багаторічних спостережень зв'язків між дотриманням певного режиму харчування та стану здоров'я), в основі щоденного раціону мають бути продукти з зерна: темний хліб, вироби з круп, горіхи, овочі (за винятком картоплі) та фрукти, дещо меншу користь для людини мають риба, м'ясо птиці, яйця та молочні продукти.

У той час як червоне та жирне м'ясо, масло, білий хліб, рис, картопля, макаронні вироби, солодощі та солодкі напої перебувають на горі піраміди і належать до групи продуктів обмеженого споживання, оскільки вони збільшують рівень цукру в крові, сприяють розвитку ожиріння, діабету, серцево-судинних та інших хронічних захворювань¹⁶.

Згідно з дослідженням, проведеним Державним науково-дослідним центром з проблем гігієни харчування, всі основні групи продуктів харчування з високою біологічною цінністю (м'ясо та м'ясопродукти, риба та рибопродукти, молоко та молокопродукти, фрукти, овочі та ін.) вживаються істотно менше, ніж це потрібно згідно з сьогодишніми дієтичними рекомендаціями¹⁷. Це призводить до підвищення ризику певних захворювань, причому, в цьому списку, присутні найбільш небезпечні захворювання. Якщо зіставити рекомендації щодо здорового харчування та нинішнє харчування української молоді, то можна простежити досить негативні тенденції.

Отже, як демонструють дані соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»¹⁸ харчування української молоді відзначається значним споживанням страв з картоплі, зокрема смаженої, світлого хліба та солодощів, макаронних виробів, копченої ковбаси, майонезу та інших соусів, консервів, кави та чаю тощо. У той же час мало споживається виробів з цільного зерна та риби (див. табл. 2.1.4).

Особливо нездоровим є харчування підлітків, 28 % яких щонайменше один раз на день споживають солодкі газовані напої, 30 % – шоколадні вироби, 34 % – здобні вироби та тістечка, 14 % – чіпси та сухарики, майже 8 % їсть смажені пиріжки та іншу «вуличну їжу», 23 % – копчену ковбасу та інші готові м'ясні вироби, 15,5 % – сало. Водночас надзвичайно низьким є щоденне споживання свіжих овочів (менш ніж 13 %), страв з круп – 25 % (а саме вони мали б становити основу щоденного раціону). Третина підлітків регулярно харчується напівфабрикатами, понад 80 % щоденно споживає чорний чай та каву.

З віком структура споживання змінюється мало, з поміж позитивних моментів слід відзначити те, що зростає споживання свіжих овочів.

Українська молодь схильна до вживання висококалорійної їжі, зокрема пізно ввечері. Понад половина опитаних робить це три і більше разів на тиждень, відносно частіше цим займаються юнаки та чоловіки, аніж дівчата та жінки.

¹⁶ Food pyramids: Nutrition Source, Harvard School of Public Health. What should you really eat? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/pyramids.html>.

¹⁷ Цимбаліста Н.В. Гігієнічна оцінка рівнів споживання основних груп харчових продуктів населенням України// Проблеми харчування. – 2008. - № 1-2 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbu.v.gov.ua/portal/Chem_Biol/Pkh/2008_1_2/str45.pdf

¹⁸ проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за сприяння ЮНІСЕФ (у 2010 році)

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Понад 80 % молоді не дотримується жодної дієти, лише 6 % це роблять, решті доводилось перебувати на дієті часу від часу. На питання щодо ставлення до вегетаріанської дієти, 22 % відповіли, що ставляться до неї позитивно, майже дві третини демонструють байдуже ставлення. Практикує вегетаріанську дієту близько 7 % опитаних.

Фахівці вважають, що дотримання церковних постів є не тільки частиною релігійних ритуалів і сприяє духовному піднесенню, а й стимулює очищення організму та підвищує імунні резерви людини¹⁹. Дані дослідження свідчать, що незначний відсоток української молоді слідує церковним приписам і дотримується постів (менш ніж 5 %), 40 % – дотримуються їх інколи. Більш ніж половина не звертає на пости уваги, особливо це стосується чоловіків, молоді 18-24 років, мешканців міст.

Таблиця 2.1.4

Споживання певних продуктів українською молоддю різних вікових груп відповідно до піраміди здорового харчування (%)

	14-17 років		18-24 роки		25-35 років	
Рекомендовані продукти (за ступенем пріоритетності – від найбільшого до найменшого)	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень
Темний хліб	48,9	22,2	45,7	26,7	52,6	27,3
Каші (окрім рису)	25	52,7	16,9	56,2	26,6	56,2
Свіжі соки	18,9	29,5	16	28,8	14,2	23,9
Консервовані соки	20,2	36,5	14,4	37,5	11,4	32,7
Свіжі фрукти	67,8	23,8	57,7	34,2	61,6	29,6
Свіжі овочі	12,7	23,4	64,7	29,9	73	21,7
Горіхи або родзинки	13,7	35,6	9,9	32,3	10,4	31,2
Риба (крім копченої)	9	36,6	7,9	42,6	7,6	43,5
Куряче (качине) м'ясо	30,8	55,3	27	56,7	26,9	58,4
Молоко та молочні продукти	45,8	37,2	38	42,6	41,3	40,3
Не рекомендовані продукти	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиж- день
Страви зі свинини чи яловичини	19,2	51,8	19	48,9	18,6	50,6
Сало	15,5	24,7	14	27,3	15,6	36,3
Копчена ковбаса, грудинка, балик та інші готові м'ясні продукти	22,8	44,7	21,5	42	17	41,9
Копчена риба	3,6	18,1	2,5	19,6	18,6	50,6
М'ясні або рибні консерви	5,2	19,7	1,5	17	4,3	15,5

¹⁹ Васильєв А.Э. Ресурсы организма: иммунитет, здоровье, долголетие / А.Э. Васильев, А.Ю. Коваленко, Д.В. Ковлен, Ф.Н. Рябчук, В. А. Федоров. – СПб: Вита-Нова, 2004. – С. 88; Гоголан М. Попрощайтесь с болезнями. – М.: Советский спорт, 2000. – С. 163.

Рекомендовані продукти (за ступенем пріоритетності – від найбільшого до наймен- шого)	14-17 років		18-24 роки		25-35 років	
	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень	1-3 р на день	1-2 рази на тиждень
Макаронні вироби	5,9	62,1	11,3	63,7	19,2	61,1
Смажена картопля	18,6	59,3	15,8	56,9	17,3	50,8
Страви з картоплі або моркви	43,7	47	43,8	48,5	40	51,8
Страви із рису	8	55,5	6,2	49,1	9,7	54,5
Світлий хліб	76,2	22,2	75,1	15,4	74	15,9
Консервовані овочі та фрукти	8,7	27,6	7,1	28,7	9,8	26,4
Майонез, соуси, кетчупи	44,4	31,6	38,9	42,4	40,7	36,3
Шоколад, шоколадні батончики, цукерки	30	46,5	22,6	44,1	16,1	38,9
Тістечка, здобні вироби	33,9	47,6	23,9	50,2	23,2	44,1
Чіпси, сухарики	13,8	27,8	8,3	23,7	3,7	13,9
Солодкі газовані напої	28	32,6	21,6	29	16,6	23,6
Чорний чай, кава	84,5	8,2	87,2	6,7	87,3	7,5
Енергетичні напої	5,7	15,7	4,1	12,8	2,9	6,7
Напівфабрикати (пельмені тощо)	6,5	28,9	7,9	23,4	6,7	23,6
Їжа з закладів швидкого харчування («фаст- фуд»)	3,1	14,1	4,7	14,5	3,2	7,5
Вулична їжа (шаурма, пиріжки, біляші, чебуре- ки, хотдоги та ін.)	7,7	11,1	6,4	11,8	2,9	7,7

Близько двох третин опитаних харчуються тричі на день, однак п'ята частина лише один-два рази на день, близько 16 % - чотири і більше.

Більш ніж половина (57 %) влаштовують собі 1-2 «перекуси» на день між основним прийняттям їжі, ще 14 % – тричі на день, лише 13 % – не вдаються до таких перекусів.

Близько 90 % респондентів снідають та вечеряють вдома, половина – обідає вдома. Чверть опитаних – обідає, як «доведеться», майже 18 % – у закладах громадського харчування різного типу. Чим більшим є населений пункт, тим меншою є частка тих, хто харчується, особливо обідає, вдома (так, обідає вдома третина респондентів, які мешкають в обласних центрах, і дві третини мешканців сіл).

При цьому хотіли б харчуватися завжди вдома майже 90 %, у системі громадського харчування (де зараз харчується значно більше молоді) – менш ніж 3 %, для решти – це немає значення.

Лише п'ята частина респондентів висловила невдоволення щодо власного харчування, а майже 80 % – повністю чи скоріше ним задоволені (див. рис. 2.1.14).

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

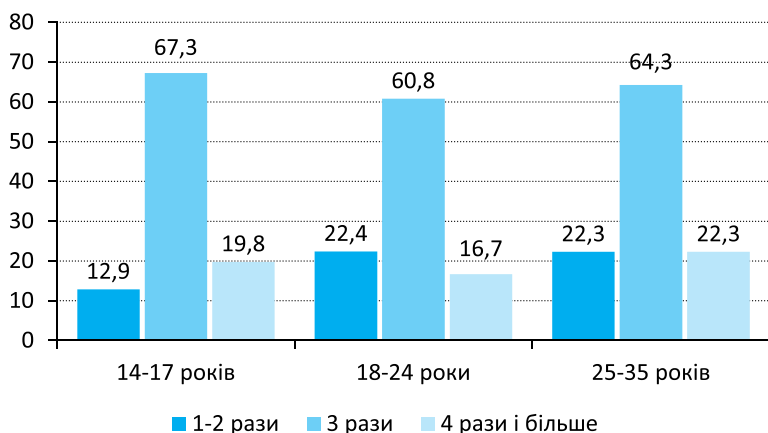


Рис. 2.1.13. Розподіл відповідей на питання «Скільки разів на день Ви зазвичай харчуєтесь?» у вікових групах (%)

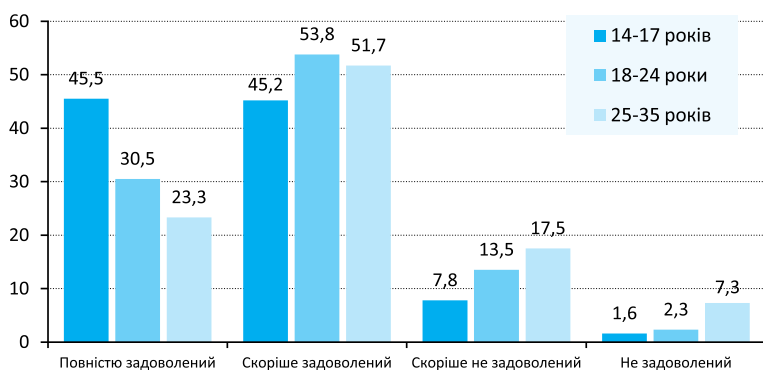


Рис. 2.1.14. Розподіл відповідей на питання «Наскільки Ви задоволені якістю свого харчування?», (%)

Невдоволеність більшою мірою притаманна жінкам і мешканцям великих міст. При цьому рівень критичного ставлення до якості свого харчування зростає з віком. Думки щодо того, чи є здоровою спожита їжа, розділилися майже навпіл: одна половина респондентів схильна до позитивних оцінок, інша – до негативних.

Серед жінок виявилось більше тих, що зізналися у переважному споживанні нездорової їжі (52,6 % проти 54,8 % у чоловіків). 60 % мешканців сіл переконані, що споживають саме здорову їжу, тоді як значне число мешканців обласних та районних центрів визнали, що у їх щоденному меню превалує нездорова їжа (51,6 % та 53,8 % відповідно). З віком рівень критичного ставлення до свого харчування (хоча його структура дещо покращується) зростає.

Так, серед 14-17 років критично налаштованих респондентів 37,8 %. Молодь 18-24 роки дала негативних відповідей 49,4 %, з-поміж молоді 25-35 років 52,3 % вважає своє харчування нездоровим. Схожі самооцінки можна спостерігати у відповідях на питання, щодо впливу харчування на стан здоров'я. Загалом 18,4 % молоді вважає, що їх харчування погіршує здоров'я, майже третина – що покращує, а половина – що не впливає на здоров'я. Проте з віком оцінки стають критичнішими (див. рис. 2.1.15).

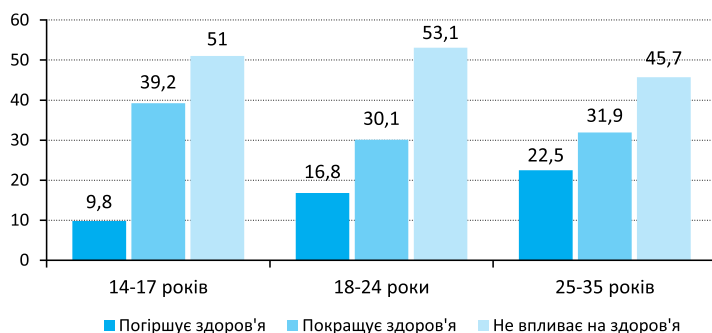


Рис. 2.1.15 Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви, Ваше харчування нездоровим», (%)

Серед причин, які заважають споживати саме здорову їжу, 43,3 % назвали «відсутність здорової їжі в місцях продажу». У різних вікових групах спостерігаються відмінності у самооцінюванні перешкод здоровому харчуванню. Якщо у респондентів 14-17 років відсутність інформації переважає над браком коштів (28,2 % проти 23,9 %), то у старших вікових категоріях варіант «брак коштів» уже домінує над опцією «відсутність інформації про те, яку їжу можна вважати здоровою»: 18-24 років – 23,2 % та 20,8 %, 25-35 років – 31,4 % та 25,6 %.

При цьому лише 26 % звертають увагу на склад продукції, яку вони купують, майже половина робить це зрідка, а 23 % – ніколи. Однак понад половина молодих людей виступає за заборону генно-модифікованої продукції, 18 % вважають, що така продукція має бути у продажу за умов належного маркування (хоча самі вони намагаються її не купувати), 12% готові інколи купувати відповідним чином промарковану продукцію з генно-модифікованими організмами (далі – ГМО), 15 % – це ті, кому це байдуже або хто не бачить у цьому нічого шкідливого. Найвищий рівень байдужості схильні виявляти підлітки, відносно байдужими є чоловіки та мешканці сіл.

Отже, в умовах складних екологічних та соціально-економічних умов, зміни умов сільського господарства і виробництва, виникнення джерел нової харчової сировини і технологій її переробки в державі гостро постали питання щодо забезпечення населення здоровим харчуванням. Наразі від ожиріння ($IMT \geq 30$) в Україні страждає 5 % хлопців і 3 % дівчат підліткового віку, у той же час поширеність цього недуга становить 7 % серед чоловіків та 19 % серед жінок молодого віку. Тенденція до погіршення цього показника активно проявляється ще у студентські роки²⁰.

Таким чином, отримані в ході дослідження дані свідчать, що українська молодь має досить хибні уявлення щодо здорового харчування. Щоденний раціон молодої людини є далеким від того, яким має бути здорове харчування, однак значна частина респондентів не вважає його шкідливим. Особливо це стосується підлітків, які схильні до дуже позитивних оцінок свого харчування, хоча його структура є нераціональною та загрозливою для здоров'я.

Це свідчить про нерозуміння молоддю основ здорового харчування, адже раціон повинен бути побудований на домінуючому споживанні продуктів з великою харчовою цінністю. Крім того, серед дієтичних порад фігурують рекомендації зменшити споживання жирного м'яса, солодощів, а також продуктів, які містять тваринні жири. Відтак потрібна як інформаційно-роз'яснювальна робота, передусім з батьками, щодо основ здорового харчування, так і з самим підлітками.

²⁰ Національний університет фізичного виховання і спорту України

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

СТАН ЕКОЛОГІЇ ТА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Слід зазначити, що за загальноприйнятою формулою, стан екології на 20 % впливає на стан здоров'я людини, що дає підстави говорити про важливість розгляду їх взаємовпливів та можливих наслідків. Стан навколишнього середовища відображається на можливостях людини вести активний спосіб життя, отримувати якісні продукти харчування, споживати чисту воду та проводити прогулянки на не забруднених територіях.

І хоча у 2009 р. техногенне навантаження на навколишнє середовище дещо пом'якшилося, екологічна ситуація у природному довкіллі як життєво важливого середовищі для існування людини все ще продовжує залишатися досить складною. Про це свідчать наступні дані.

	2000р.	2005р.	2007р.	2008 р.	2009 р.
Викиди забруднюючих речовин у повітря, тис. т	5908,6	6615,6	7380,0	7210,3	6442,9
Викиди діоксиду вуглецю, млн т		152,0	218,1	209,4	185,2
Скидання забруднених зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн м ³	3313	3444	3854	2728	1766
Їх частка у загальному водовідведенні, %	30	39	43	32	24
Утворення відходів I-III класів небезпеки, тис.т	2613,2	2411,8	2585,2	2301,2	1230,3
Частка відходів, розміщених у спеціально відведених місцях чи об'єктах, %	29,1	39,3	38,3	46,3	27,1
Витрати на охорону навколишнього природного середовища, млн грн.	3224,3	7089,2	9691,0	12176,0	11073,5

Протягом 2009 р. в повітряний басейн, водні та земельні ресурси країни потрапило 11,3 млн т небезпечних забруднювальних речовин, з яких 57 % припадає на шкідливі викиди в атмосферу, 40 % – у поверхневі водойми, 3 % – на небезпечні відходи, якими забруднюються земельні ресурси. У місцях видалення відходів зберігається 20,9 млн т відходів I-III класів небезпеки. У розрахунку на 1 кв. км території країни припадає 11 т викинутих в атмосферу шкідливих речовин та 35 т відходів I-III класів небезпеки.

Атмосферне повітря. Протягом 2009 р. в атмосферу надійшло 6,4 млн т шкідливих речовин від стаціонарних та пересувних джерел забруднення. У сумарній кількості шкідливих речовин викиди метану та оксиду азоту, що належать до парникових газів, становили відповідно 848,8 та 7,1 тис.т. Також до атмосфери потрапило 185,2 млн т діоксиду вуглецю, який суттєво впливає на зміну клімату.

Понад 61 % забруднювальних речовин, що потрапили у повітря, припало на стаціонарні джерела забруднення промислових підприємств. Від них в атмосферу надійшло 3,9 млн т забруднювальних речовин, що на 0,6 млн т (на 13,2 %) менш, ніж у 2008 р.

Щільність викидів від стаціонарних джерел забруднення у розрахунку на 1 кв. км території країни склала 6,5 т шкідливих речовин, а на душу населення – 85,3 кг. Проте в окремих регіонах ці показники значно перевищили середній рівень по країні. Зокрема у Донецькій обл. обсяги викидів у розрахунку на 1 кв. км були більшими у 7,5 разів, а на душу населення – у 3,4 рази, у Дніпропетровській – відповідно у 3,8 та 2,8 разів, у Луганській – у 2,9 та 2,6, Івано-Франківській – у 2,4 та 1,8. Підприємствами м. Києва

у розрахунку на 1 кв. км території було викинуто 52,5 т забруднювальних речовин, що перевищило середній показник у вісім разів.

Порівняно з попереднім роком, збільшення шкідливих викидів в атмосферу відмічалось лише у Черкаській (на 13,0 тис. т або 30 %), Кіровоградській (на 4,0 тис. т або 28 %) областях та у м. Києві (на 16,9 тис. т або 63 %).

Основними забруднювачами повітря у 2009 р. були підприємства переробної та добувної промисловості (відповідно 31 % та 21 % шкідливих викидів) та підприємства – виробники електроенергії, газу та води (40 %).

З метою охорони атмосферного повітря та клімату підприємства здійснили 545 заходів, на які було витрачено 512,7 млн грн. Упровадження природоохоронних заходів сприяло зменшенню надходжень небезпечних речовин у повітряний басейн на 32,2 тис. т.

Від роботи двигунів пересувних джерел забруднення у 2009 р. в повітря надійшло 2,5 млн т шкідливих речовин, переважна частина з яких (2285,0 тис. т або 90,9 %) – викиди автомобільного, 52,2 тис. т або 2,1 % – залізничного, 11,8 тис. т або 0,5 % – водного, 10,7 тис. т або 0,4 % – авіаційного транспорту та 155,1 тис. т або 6,1 % – виробничої техніки.

Із загальної кількості 1,7 млн т забруднювальних речовин викинуто автомобілями, що перебувають у приватній власності населення. Основними токсичними інгредієнтами, якими забруднювалося повітря під час експлуатації транспортних засобів та виробничої техніки, були: оксид вуглецю (74,4 % або 1872,0 тис.т), діоксид азоту (11,3 % або 282,9 тис. т), неметанові леткі органічні сполуки (11,6 % або 291,6 тис. т), сажа (1,2 % або 30,4 тис. т), діоксид сірки (1,1 %, або 27,5 тис. т). Решта викидів припала на оксид азоту, метан, бензапірен та аміак (0,4 % або 10,4 тис. т).

Водні ресурси. У 2009 р. з природних водних об'єктів було вилучено 14,5 млрд м³ води (13,7 млрд м³ прісної та 0,8 млрд м³ морської), що на 8,0 % менше порівняно з 2008 р. При транспортуванні втрачено 16 % (2,3 млрд м³) цієї води.

Водокористувачами в країні спожито 9,5 млрд м³ води, що на 0,8 млрд м³ (на 7,3 %) менше порівняно з 2008 р. Зокрема на виробничі потреби підприємств у 2009 р. припало 54 % (5,1 млрд м³) всієї використаної води, на побутово-питні потреби – 21 % (2,0 млрд м³), зрошення – 15 % (1,4 млрд м³), ставково-рибне господарство – 8 % (0,8 млрд м³) та на сільськогосподарське водопостачання та інші потреби – 2 % (0,2 млрд м³).

Скидання забруднених стоків та безповоротний водозабір негативно впливають на водні ресурси. Протягом 2009 р. у водойми скинуто 1,8 млрд м³ забруднених стоків, що в 1,5 рази менше, ніж у 2008 р. При цьому частка забруднених зворотних вод у загальному водовідведенні становила 23 %.

У водойми потрапило 85 % (1,5 млрд м³) недостатньо очищених на очисних спорудах зворотних вод. Решта (0,3 млрд м³) надійшла у водойми без будь-якого очищення, що у 2,3 рази (на 0,3 млрд м³) менше, ніж у 2008 р.

Необхідно зазначити, що наявність потужних очисних споруд (7,6 млрд м³) дозволяє повністю очистити забруднені зворотні води. Але основними причинами скидання забруднених стоків у поверхневі водойми була нестача, у більшості населених пунктів країни, централізованого водовідведення, низька якість очищення води, незадовільний стан наявних очисних споруд.

Значного техногенного навантаження у 2009 р. зазнали поверхневі водні об'єкти Кіровоградської (частка забруднених зворотних вод у загальному водовідведенні становила 57 %), Одеської (45 %), Дніпропетровської та Донецької (по 43 %), Сумської (36 %), Луганської (33 %) областей, міста Севастополя (45 %).

За даними Центральної геофізичної обсерваторії (скорочена назва – ЦГО) МНС України, водні об'єкти країни залишаються забрудненими переважно сполуками важких металів, амонійним та нітритним азотом, сульфатами. Випадки високих рівнів забруднень найчастіше фіксувалися в річках басейнів Західного Бугу, Дунаю, Дністра, Південного

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Бугу, Дніпра, річок Приазов'я та Сіверського Донця, а також Київського, Канівського, Кременчуцького, Дніпродзержинського та Дніпровського водосховищ.

Земельні ресурси. Значна частка земельної площі (69,0 %, або 41,6 млн га) – це сільськогосподарські угіддя, у структурі яких 78,0 % (32,5 млн га) припадає на рілля. Сільськогосподарська освоєність території досягла 72 %, а ступінь розораності земельної площі – 56 %.

Важливим чинником підвищення продуктивності ґрунтів є їх удобрення. Під урожай 2009 р. сільськогосподарськими підприємствами було внесено 887 тис.т мінеральних добрив (у перерахунку на 100 % поживних речовин), що на 16,7 % менше, ніж у попередньому році.

Мінеральні добрива були внесені на 63 % загальної посівної площі сільськогосподарських культур (11,5 млн га), що на 1,4 млн га менше проти 2008 року. Органіки внесено 10,4 млн т (на 0,3 % менше, ніж у 2008 р.) на площі 461 тис.га посівів сільськогосподарських культур (або 2,5 % загальної посівної площі). На 1 га посівної площі сільськогосподарських культур у середньому було внесено по 48 кг мінеральних добрив (на 9 кг менше проти 2008 р.) та 0,6 т органіки (на рівні попереднього року).

Площа, на якій було проведено вапнування ґрунтів, зросла проти 2008 р. на 28,1 тис.га (на 47 %), проте площа гіпсування зменшилася на 14,6 тис.га (на 37 %).

За даними ЦГО МНС України, найбільші забруднення ґрунтів пестицидами виявлені у Мелітопольському районі Запорізької області, Миколаївському районі Миколаївської області, Бериславському районі Херсонської області. Досить високий вміст свинцю, кадмію зафіксовано у 7 ґрунтах міст Вінниця, Костянтинівка (Донецька обл.), Сімферополь (АР Крим), а нітратів – у м. Рівне.

Витрати на охорону навколишнього природного середовища. Протягом 2009 р. на охорону навколишнього природного середовища підприємствами, організаціями та установами було витрачено 11,1 млрд грн., з яких 72 % (8,0 млрд грн.) – поточні витрати на охорону природи, пов'язані з експлуатацією і обслуговуванням засобів природоохоронного призначення, 23 % (2,5 млрд грн.) – інвестиції в основний капітал, направлені на будівництво і реконструкцію природоохоронних об'єктів, придбання обладнання для реалізації заходів екологічного спрямування і 5 % (0,6 млрд грн.) – витрати на капітальний ремонт природоохоронного обладнання.

За рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів було освоєно 20,5 % капітальних інвестицій і здійснено 4,1 % поточних витрат, а основним джерелом фінансування витрат на охорону довкілля, як і в попередні роки, були власні кошти підприємств – відповідно 76,5 % і 95,8 %.

Більш ніж половину капітальних інвестицій та поточних витрат від сумарного обсягу по країні було освоєно підприємствами Дніпропетровської (2573,4 млн грн.), Донецької (1844,1) та Луганської (1512,5) областей.

Найменші обсяги коштів на здійснення природоохоронних заходів були витрачені підприємствами Волинської, Житомирської, Закарпатської, Тернопільської, Херсонської областей та м. Севастополя.

Переважну частину капітальних інвестицій та поточних витрат на охорону навколишнього природного середовища було спрямовано на очищення зворотних вод – 47 % до загального обсягу, а також на поводження з відходами та охорону атмосферного повітря і клімату – по 20 %.

Протягом 2009 р. підприємствам, організаціям, установам за забруднення навколишнього природного середовища і порушення природоохоронного законодавства пред'явлено екологічних платежів на загальну суму 1209,6 млн грн., з них 58 % (702,2 млн грн.) – збори за викиди в атмосферне повітря від стаціонарних та пересувних джерел, 34 % (408,5 млн грн.) – збори за розміщення відходів та 7 % (88,0 млн грн.) – збори за скиди забруднювальних речовин у водойми.

На позови про відшкодування збитків і втрат, заподіяних в результаті порушення природоохоронного законодавства, та штрафи за адміністративні правопорушення у сфері охорони природи припадає 1 % екологічних платежів (відповідно 8,8 та 2,1 млн грн.).

Основними платниками були підприємства, які виробляють та розподіляють електроенергію, газ та воду (пред'явлено зборів на суму 541,3 млн грн., або 45 % від сумарного обсягу по країні), добувної промисловості (252,3 млн грн., або 21 %), металургійного виробництва та виробництва готових металевих виробів (188,9 млн грн., або 16 %).

Підприємствами, організаціями, установами країни фактично сплачено протягом 2009 р. 1107,1 млн грн. зборів за забруднення навколишнього природного середовища (з урахуванням погашення заборгованості за попередні роки). Серед регіонів країни найнижчою була частка сплати пред'явлених зборів за забруднення довкілля у м. Севастополі (62 %), а також у Закарпатській (64 %), Луганській (73 %), Кіровоградській (78 %) і Донецькій (79 %) областях.

У сумарному обсязі фактично сплачених зборів за забруднення навколишнього природного середовища по країні дві третини – збори, що надійшли від підприємств Дніпропетровської (256,2 млн грн.), Донецької (232,4 млн грн.), Луганської (85,8 млн грн.), Запорізької (64,0 млн грн.), областей та м. Києва (99 млн грн.).

Вищезазначене дає підстави говорити про складну екологічну ситуацію, яка негативно впливає на стан здоров'я людини. Необхідно активізувати дії держави у напрямку прийняття необхідних законів для її покращення. Важливо, аби до практичних дій залучалися громадські організації, місцеві органи влади та місцева громада. Таке об'єднання ресурсів та зусиль може позитивно вплинути на вирішення складних питань, пов'язаних зі станом екології у багатьох регіонах країни, та привести до його суттєвого покращення.

2.2. Соціальна складова здоров'я. Профілактика соціально-небезпечних хвороб і негативних явищ серед дітей та молоді

СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ

Соціальна складова здоров'я тісно пов'язана з поширенням соціально-небезпечних хвороб в Україні. Офіційні джерела дають лише приблизні дані щодо існуючих тенденцій та реалій, оскільки проблеми поширення соціально небезпечних хвороб носять «тіньовий характер» і досить складні для вивчення.

З 1994 року в Україні стрімко почав поширюватися вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Ця епідемія, в першу чергу, стосується молоді, людей продуктивного віку та їх дітей. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2009 року офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції²¹ серед українських громадян, у тому числі 31 241 випадок захворювання на СНІД та 30 237 (з 1987 року по 2010 рік) випадок смерті від захворювань, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ).

За даними Міністерства охорони здоров'я, у 2009 році було офіційно зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції, а 4 437 особам було встановлено діагноз СНІД. На кінець року на обліку в медичних закладах перебувало 101 182 ВІЛ-інфікованих, з них 11 827 хворих на СНІД.

З числа тих, хто перебував на обліку, 48 % були інфіковані парентеральним шляхом (11 випадків внаслідок переливання крові, 6 – медичних втручань, 21 – немедичних втручань, 1 випадок – професійного інфікування, решта 48 604 випадки – під час введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом), 41 % – статевим шляхом, 9 % – передача вірусу від матері до дитини, у 2 % випадків шлях інфікування не визначено. Хоча основою рушійною силою у поширенні ВІЛ залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, з року в рік зростає частка тих, хто інфікувався статевим шляхом.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. На 01.01.2010 р. під медичним наглядом перебувало 2 418 дітей, у яких було підтверджено діагноз ВІЛ-інфекції, у тому числі 575 дітей, хворих на СНІД, та 6 222 дитини, які перебувають на стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції.

За кількістю зареєстрованих нових випадків інфікування ВІЛ у 2009 р. перші місця посідали Донецька (4061 випадок), Дніпропетровська (3 626) та Одеська (1568) області. У той час, як за кількістю осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ у перерахунку на 100 000 населення лідирували Дніпропетровська (107,9 випадків на 100 000 тисяч населення), Миколаївська (94,8) та Донецька (90,8) області. Поширюється ВІЛ переважно серед людей працездатного віку, наразі 65 % зареєстрованих осіб є у віці 25-49 років (див. рис.2.2.1).

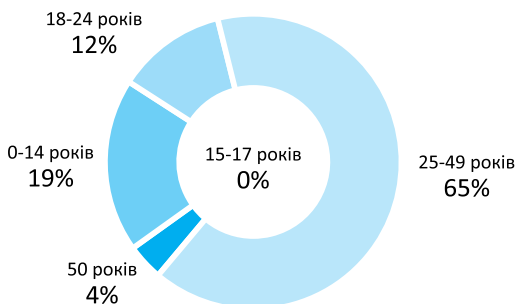
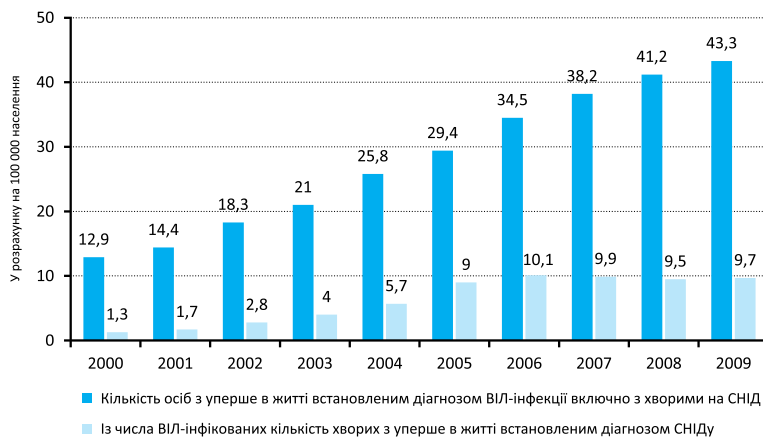


Рис. 2.2.1. Розподіл за віком тих, кому в 2009 році було вперше встановлено діагноз ВІЛ-інфекція (за даними МОЗ України)

²¹ за даними Міністерства охорони здоров'я

Слід зазначити, що останніми роками простежується тенденція до зменшення кількості випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15-24 роки (за поділом уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції). За статистикою, у 2006 році таких громадян було 16 %, у 2007 – 15 %, у 2008 – 13 %, у 2009 році – 12 %. Частина фахівців пов'язує це з успіхами профілактичної роботи, а деякі науковці привертають увагу до демографічних змін структури населення, зокрема до зменшення природної чисельності цієї вікової групи.

Загалом, попри впровадження в Україні масштабних програм протидії поширенню ВІЛ-інфекції та захворювань на СНІД, що фінансуються не тільки державою, але й міжнародними донорами, випадки ВІЛ-інфікування мають тенденцію до збільшення. Хоча впровадження сучасного антиретровірусного лікування для ВІЛ-позитивних людей дещо пригальмувало темпи приросту нових випадків захворювання на СНІД (див. рис. 2.2.2).



¹ Всього осіб, включно з іноземними громадянами.

Рис.2.2.2.2. Динаміка поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні в 2000-2009 рр.
(за даними МОЗ України)

Загальновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, оскільки надають інформацію тільки про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, і які були внесені до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції.

Наразі має місце ситуація, коли певна кількість громадян є інфікованою, але не знає про свій статус. Ряд відомих експертів у цій сфері, вказує на цифру до 360 тис. осіб віком від 15 років і старше, які інфіковані ВІЛ. Такі дані *суттєво* відрізняються від даних офіційної статистики, за якою людей з ВІЛ-статусом налічується значно менше (101 182 особи).

Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28 % або кожен четвертий мешканець країни пройшов тест на ВІЛ і знає про свій ВІЛ-позитивний статус. Така необізнаність становить додаткову загрозу та ризик необережного інфікування інших осіб.

Групами ризику щодо поширення ВІЛ-інфікування довгий час вважалися споживачі ін'єкційних наркотиків. У 2009 р.²² поширеність ВІЛ серед цієї групи становила 22,9 %, серед засуджених – 15 %, серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату – 13,2 %, серед чоловіків, які мають секс із чоловіками – 8,6 %.

Останніми роками епідемія ВІЛ поступово зміщується від вищезначених груп в бік загального населення та найбільше вражає дітей та жінок. Особливо виразно це простежується в регіонах, де високий загальний рівень поширення ВІЛ. Так, в Одеській

²² За даними епідеміологічних досліджень у 2009 році

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

та Миколаївській обл. значна частка вагітних жінок у міських районах є ВІЛ-позитивною (понад 1 %).

У 2009 р. від хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), померло майже 5,4 тис. людей, з них – 17 дітей (загальна смертність від цієї соціально небезпечної хвороби скоротилася на 5 %). Слід також зауважити, що далеко не всі ВІЛ-позитивні помирають від СНІДу. Приблизно половина з них іде з життя через легеневий та позалегеновий туберкульоз, котрий уражає людей з низьким імунітетом. За оцінками Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД, в Україні на кожну людину, яка помирає від СНІДу, припадає троє ВІЛ-позитивних осіб (переважно молодих ін'єкційних наркозалежних), які вмирають від вторинних причин – від передозування до самогубства.

Незважаючи на збільшення питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ, споживачі ін'єкційних наркотиків продовжують залишатися основною «рушійною силою» поширення цієї інфекції в Україні.

Слід зазначити, що поширеність ВІЛ-інфекції та хвороби на СНІД в Україні значно вища, ніж у західноєвропейських країнах і навіть у країнах СНД (див. рис. 2.2.3 і 2.2.4).

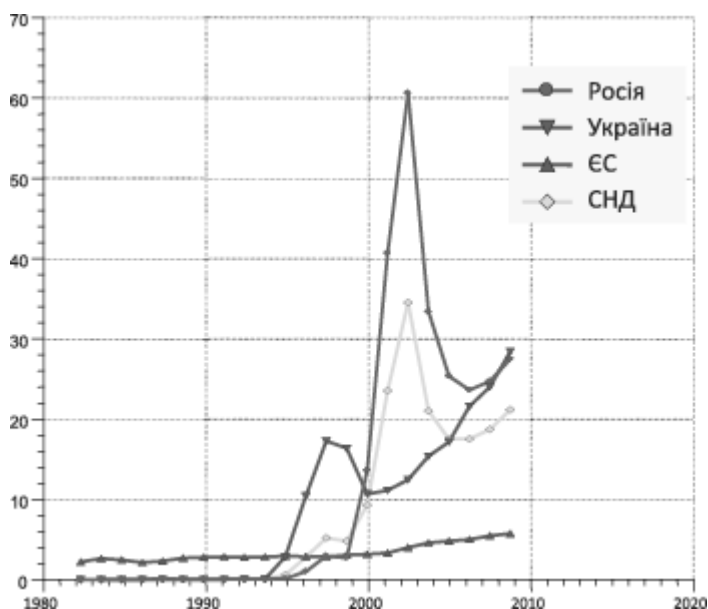


Рис. 2.2.3. Динаміка інфікування ВІЛ на 100 тис. населення у країнах ЄС, Україні, Росії та СНД (за даними Європейського бюро ВООЗ)

У 1995 р. в Україні була оголошена епідемія *туберкульозу*. За даними Міністерства охорони здоров'я, захворюваність на туберкульоз, починаючи з 1992 року неухильно зростала і збільшилася за цей період у 2,4 рази - з 35 випадків на 100 тис. населення до 84,4 у 2005 р., коли відзначали максимальний рівень цього показника. Показник смертності за період епідемії збільшився в 2,7 рази – з 9,5 у 1992 р. до 25,3 в 2005 р..

Однак слід звернути увагу на думку тих фахівців, які вважають, що офіційна цифра хворих на туберкульоз в Україні, як і у випадку з іншими соціально небезпечними хворобами, є применшеною принаймні втричі.

У 2009 р. захворюваність на туберкульоз становила 72,9 (33424 осіб), що на 6,5 % менше, ніж в 2008 р. і на 13,6 % менше порівняно з 2005 р., коли відзначали максимальний

рівень цього показника²³. Рівень смертності знизився за 4-х річний період на 28,1 % з - 25,3 до 18,2 у 2009 р. (див. табл. 2.2.1).

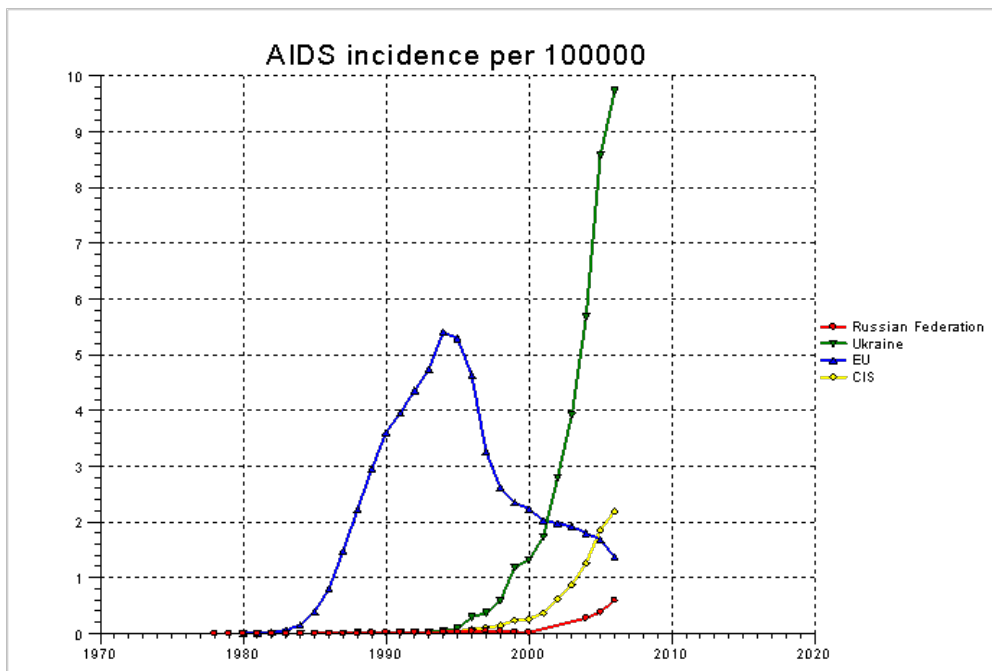


Рис. 2.2.4. Динаміка захворюваності на СНІД на 100 тис. населення у країнах ЄС, Україні, Росії та СНД (за даними Європейського бюро ВООЗ)

Таблиця 2.2.1

Динаміка кількості хворих з новими випадками туберкульозу, померлих та хворих на активний туберкульоз за 2005-2009 рр. (за даними МОЗ України)

Найменування	Абсолютні числа					Різниця 2005-2009
	2005	2006	2007	2008	2009	
Нові випадки туберкульозу	39608	38884	37095	35925	33424	6184
Померлі від туберкульозу	11896	10417	10506	10357	8383	3515
Кількість хворих на активний туберкульоз	103177	99247	93195	88758	83990	19187

Також знизився та стабілізувався рівень захворюваності на туберкульоз серед дітей 15-17 років. У 2009 р. було зареєстровано 534 особи віком 15-17 років з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, або 31,2 на 100 тис. населення відповідного віку.

Близько 86 % хворих на туберкульоз становлять особи працездатного і репродуктивного віку, половина з них – непрацюючі особи працездатного віку. Вважається, що 80 % хворих на туберкульоз перебувають за межею бідності. Водночас зростає кількість тих, хто захворів на цю хворобу серед представників відносно благополучних, навіть заможних груп населення.

²³ за даними Міністерства охорони здоров'я

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Загальновідомим є факт надзвичайного поширення захворювання на туберкульоз в пенітенціарній системі. Разом з тим, показник захворюваності на туберкульоз (кількість вперше виявлених хворих на туберкульоз на 100 тис. осіб) в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах протягом останніх 10 років має стійку тенденцію до зниження і стабілізації, та зменшився у 4,7 рази з 2000 р. (2000 р. – 4873,6; 2009 р. – 1030,5). У 2009 р. цей показник залишився на рівні 2008 р. та становив 1030,5 на 100 тис. осіб (2008 р. – 997,6), що у 14 разів перевищує цей показник серед населення України (72,7 на 100 тис. населення).

Захворюваність на туберкульоз дітей віком 0-14 років включно за весь період незалежності України не зазнала змін і становила у 2009 р. 575 дітей, або 8,9 на 100 тис. дитячого населення (див. рис. 2.2.5).



Рис. 2.2.5. Захворюваність та смертність від туберкульозу в Україні за 1995 - 2009 рр. (за даними МОЗ України)

Збільшується захворюваність на поєднане захворювання туберкульоз/ВІЛ-інфекцію. Якщо в 2007 р. показник захворюваності на поєднане захворювання становив 5,0 випадку на 100 тис. населення, то в 2009 р. його рівень сягав уже 7,4.

Особливістю поширення туберкульозу в нашій країні є його пізнє виявлення, яке водночас є однією з найосновніших причин зростання рівня смертності від цієї хвороби. Так, аналіз даних щодо померлих від туберкульозу за термін менше одного року спостереження в диспансері свідчить про значний ріст цього показника в останні 15 років. Усе частіше туберкульоз діагностується тільки після смерті хворого – на автопсії (тобто під час розтину).

За критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я, показник захворюваності на туберкульоз, що сягає за 30 випадків на 100 тис. населення, відповідає високому рівню захворюваності. В Україні він складає понад 70 випадків, тому наша держава віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на цю хворобу. Епідемічні показники щодо туберкульозу в Україні вищі за відповідні у розвинених країнах у 10–12 разів, проте вони перебувають на рівні інших держав СНД, але вищі, ніж у більшості країн Центральної та Східної Європи (рис.2.2.6).

Можна стверджувати, що в Україні тенденція зростання захворюваності на туберкульоз стала загрозливою, оскільки охоплює все нові верстви населення, зокрема дітей та молодь.

Епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні збіглися в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії, яка також має «молоде обличчя» і фактично сприяє поширенню інших соціально-небезпечних хвороб. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2007–2009 рр. поширеність на розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин зареєстровано серед 81,2 тис. (174,7/100 тис.), 80,1 тис. (176,1/100 тис.) та 78,9 тис. (171,7) осіб відповідно, а захворюваність – серед 5,2 тис. (11,4/ 100 тис.), 5,5 тис. (12/100 тис.) і 5,9 тис. (12,8/100 тис.).

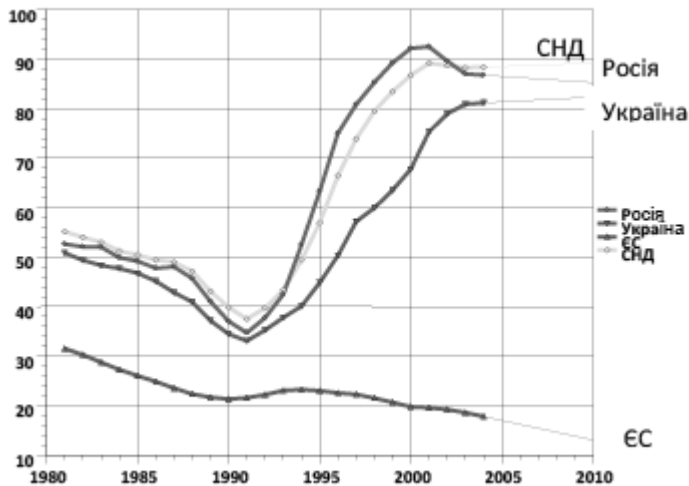


Рис. 2.2.6. Захворюваність на туберкульоз на 100 тис. населення (всі форми) у країнах ЄС, Україні, Росії та СНД (за даними Європейського бюро ВООЗ)

І хоча офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я також дає позитивну динаміку зловживання наркотиками серед неповнолітніх (дещо зменшується кількість дітей та підлітків, зареєстрованих у наркологічних диспансерах), реальну ситуацію щодо поширення наркозалежності в молодіжному середовищі оцінити важко. Причиною є також поширеність «анонімного» лікування й вживання клубних наркотиків та побутових речовин, за медичною допомогою не звертаються діти і молодь з родин, які не можуть собі дозволити лікування, або ті, які живуть і працюють на вулиці.

В той же час, за даними МВС України, станом на 1.01.2010 р., на профілактичних обліках дільничних інспекторів міліції перебувало 158,6 тис. наркозалежних (165,4 тис. осіб у 2008 р.), а додатково на облік у 2009 р. було поставлено 26,3 тис. таких осіб (30 тис. осіб у 2008 р.).

За експертними оцінками, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша, ніж офіційно зареєстровано. Фахівці привертають увагу до того, що 80 % наркоманів - молоді люди, у тому числі 40 % – неповнолітні. Найбільш поширеною наркотичною речовиною, з якою експериментують учні, є марихуана або гашиш (13,1 %); серед учнівської молоді вживання інгаляторів становить 3,4 %, транквілізаторів, седативних речовин — 4,2 %; поширеною наркотичною речовиною серед шкільної молоді є екстазі (3 %), що часто ще називають «дискотечним» наркотиком; кожному другому учню у віці 13-16 років хоча б раз був запропонований наркотик, а близько третини, на жаль, скористалася цією пропозицією.

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Кількість споживачів наркотичних засобів та психотропних речовин продовжує збільшуватися. Вік наркозалежної молоді має тенденцію до омолодження. За останні 10 років частка хворих на наркоманію серед неповнолітніх збільшилася у 6–8 разів. Смертність серед осіб цієї групи зросла у 40 разів. Хворіє на наркоманію переважно молодь, яка не працює. Наркотизація молоді викликає загрозу демографічної безпеки, оскільки середній вік уражених на наркоманію становить 26 років, тобто є активним репродуктивним віком.

Люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, мають високий ризик інфікуватися не тільки ВІЛ, а й гепатитами «В» і «С». Сприяє цьому сформована в Україні колективна культура споживання наркотиків. За даними українського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, носіями гепатитів є 6 % дорослого населення, громадські організації налічують всі 9 %. При цьому і практики і теоретики епідеміології сходяться на тому, що понад 90 % хворих не знають про свій діагноз, а отримати кваліфіковану медичну допомогу може не більш ніж 1 %.

Невід'ємною складовою проблеми наркоманії став незаконний обіг сильнодіючих лікарських засобів, насамперед трамадолу. За даними Міністерства внутрішніх справ, у минулих роках було виявлено майже 4,7 тис. фактів порушення правил обігу лікарських засобів, що містять підконтрольні речовини. У зв'язку з незаконним обігом сильнодіючих лікарських засобів було порушено 1,5 тис. кримінальних справ, вилучено 1,8 млн доз медпрепаратів.

Проблема розповсюдження у молодіжному середовищі трамадолу набула суспільного резонансу. Результатом цих дій, постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання обігу наркотичних засобів і психотропних речовин» трамадол віднесено до наркотичних засобів, а також затверджено обсяг квот, у межах яких має здійснюватися його виробництво. Тим самим запроваджено жорсткі норми контролю та посилено відповідальність за незаконні операції з наркотичними засобами і психотропними речовинами. Такі дії схвалені Комісією ООН з наркотичних засобів та Єврокомісією.

Алкоголізація та наркотизація населення *підвищує криміналізацію суспільства*, що відображено у таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Вплив алкоголізації та наркотизації населення на кримінальну ситуацію в Україні у 2007–2009 рр.

Злочинність	Рік		
	2007	2008	2009
<i>У стані алкогольного сп'яніння</i>			
Кількість зареєстрованих злочинів (тис.)	34,9	33,5	34,9
% від загальної кількості злочинів	8,7	8,7	8,0
<i>Пов'язаних з незаконним обігом наркотиків</i>			
Кількість зареєстрованих злочинів (тис.)	63,8	63,7	57,6
% від загальної кількості злочинів	15,9	16,6	13,3
з них тяжких та особливо тяжких	21712	21395	20310

За даними Міністерства внутрішніх справ України (МВС), у 2009 р. було скоєно 439,5 тис. злочинів, що на 12,6 % більше порівняно з 2008 р., з яких 6,1 % скоєно неповнолітніми. Слід зазначити, що простежується загальна тенденція до скорочення кількості злочинів, в тому числі й серед неповнолітніх: з 2001 р. кількість злочинів скоротилася на 15 %, а кількість злочинів, скоєних підлітками – майже навіпіл (рис. 2.2.7).

За даними МВС, на 22,7 % зменшилася кількість учнів, які перебували на обліку відділів кримінальної міліції у справах дітей: з 28 920 у 2008 р. до 22 360 у 2009 р. Проте

позитивна динаміка абсолютних показників не повинна заспокоювати, адже за ці роки також скоротилася кількість неповнолітніх.

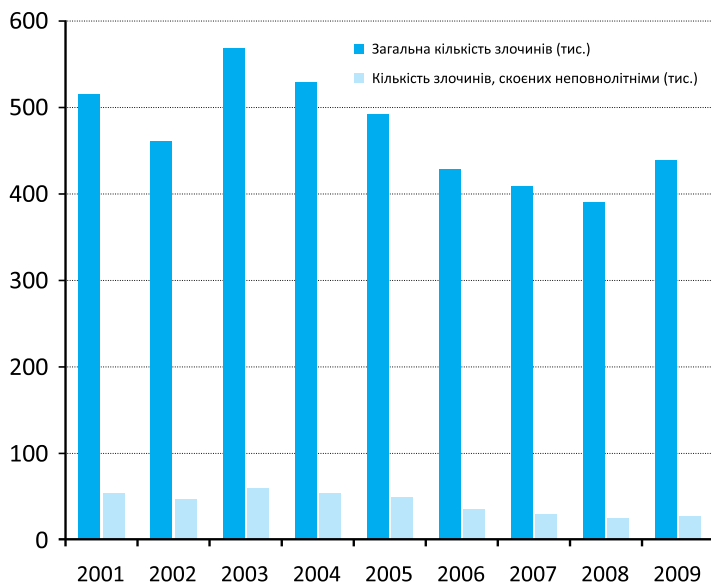


Рис. 2.2.7. Кількість злочинів, скоєних в Україні в 2001-2009 рр.
(за даними МВС України)

У структурі Державного департаменту з виконання покарань функціонують 10 виховних колоній для неповнолітніх, де на кінець 2009 року відбувало покарання 0,9 тис. засуджених (на кінець 2008 року – 1,1 тис. осіб; 2007 року – 1,3 тис. осіб). Привертає увагу той факт, що з поміж засуджених до відбування покарання в колоніях, майже половина не мала повноцінної опіки з боку батьків, чверть на момент скоєння правопорушення ніде не вчилася та не працювала.

Спостерігається також тенденція зростання показників смертності населення молодших вікових груп, зростає кількість самогубств серед молоді, особливо у віці 15–19 років. Загрозливо виглядає процес підвищення питомої ваги молоді серед людей, які добровільно ідуть з життя. Очевидно, що їх основні проблеми пов'язані з незадовільним психічним та духовним станом, втратою сенсу життя та ціннісних життєвих орієнтирів.

НЕГАТИВНІ ЯВИЩА У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

В молодіжному середовищі поширені негативні звички, що завдають значної шкоди здоров'ю. Йдеться про куріння та вживання алкоголю. **Тютюнопаління** – основна причина передчасних хвороб та смертей у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у минулому столітті тютюнова епідемія спричинила передчасну смерть близько 100 млн осіб. Нині майже половина споживачів тютюнових виробів помирає передчасно, в Україні щорічно тютюн вбиває понад 100 тис. осіб. Куріння сприяє розвитку багатьох хронічних захворювань²⁴.

Загрозливою виглядає ця ситуація серед підлітків та молоді. Так, за даними соціологічного дослідження «Ставлення молоді України до здорового способу життя»²⁵,

²⁴ Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS): Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010. – К., 2010. – С. I-III.

²⁵ проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за підтримки ЮНІСЕФ (2010 р.)

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

близько 40 % респондентів ствердно відповіли на питання, чи вони палять, з них більш ніж половина викуряє щодня понад 8 цигарок (див. табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3
Розподіл відповідей на питання «Чи палите Ви?» (%)

Варіанти відповідей	Всього	Розподіл за статтю		Розподіл за віком			Розподіл за місцем проживання		
		Чоловіки	Жінки	14-17 років	18-24 роки	25-35 років	Обласн. центр	Район. центр	Село
Ні	63,4	51,3	75,9	82,9	57,9	60,8	61,5	60,2	69,2
Так, але не щодня	7,4	7,2	7,7	5,9	9	6,7	7,3	8,3	6,2
Так, до 7 цигарок на день	9,9	12,3	7,4	4,7	14,5	8,2	10,9	10	8,8
Так, 8-20 цигарок на день	16,4	23,6	8,8	5,9	16	20,2	16,8	19,2	12,4
Так, більш ніж пачку на день	3	5,7	0,2	0,5	2,7	4	3,4	2,4	3,4

Згубна звичка куріння більше стосується чоловіків (з-поміж яких палить майже половина, аніж жінок, серед яких курців – чверть). Найбільш поширеним є паління у віковій групі 18-24 роки (рис. 2.2.8).

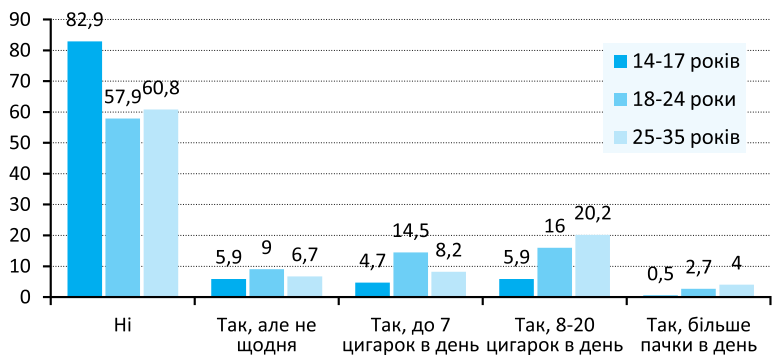


Рис. 2.2.8. Розподіл відповідей на питання «Чи палите Ви?» у різних вікових групах, (%)

Хоча в Україні продаж тютюнових виробів особам, молодшим за 18 років, заборонено, майже п'ята частина підлітків дала позитивну відповідь на питання щодо паління. Левова частка тих, хто палить, почала робити це у віці до 20 років (до 13 років – 9 %, 14-16 років – 44,5 %, 17-19 років – 36, 5 %). Це актуалізує питання посилення вимог щодо дотримання вимог законодавства стосовно продажу тютюнових виробів і покарання винних у його порушенні.

Дані дослідження свідчать, що респонденти переважно палять «за звичкою» (64 %) та задля зняття стресу (22 %). Проте підлітки роблять це як «за звичкою», так і за компанію, що засвідчує значний вплив соціального оточення і груповий тиск однолітків.

Таблиця 2.2.4
Розподіл відповідей на питання «Чому Ви палите?»(%)

Варіанти відповідей	Всього	Розподіл за статтю		Розподіл за віком			Розподіл за місцем проживання		
		Чоловіки	Жінки	14-17 років	18-24 роки	25-35 років	Обл. центр	Район. центр	Село
Зняти стрес	21,6	19,1	26,5	26,2	20,1	21,9	28,2	16,1	22,9
За звичкою	64,1	68,7	55,1	40	63,4	68,4	58,5	68,8	62,8
За компанію	12,6	11	15,9	33,8	14	8,4	9,3	14,5	13,1
Інше	1,7	1,2	2,5	0	2,4	1,3	4,1	0,5	1,2

З-поміж тих, хто палить, 38 % заявило про своє бажання кинути палити, у 42 % таке бажання виникає зрідка, а майже 20 % такого бажання не виявляють. Проте думки про те, що варто кинути палити, не завжди підкріплюються відповідною поведінкою. Так, жодного разу не пробували кинути палити 32 %, 27 % здійснювали невдалу спробу один раз, а 41 % - кілька разів.

Дані Держкомстату вказують на те, що тютюнопаління є найбільш поширеним в активному дітородному віці: за даними соціологічних досліджень, проведених у 2009 р., 10 % жінок у віці 18–29 років повідомили, що палять (у 2008 р. — 13 %).

Наразі в Україні недостатньо розвинуті соціально-психологічні послуги для тих, хто хотів би позбутися шкідливої звички, але самотійно не може. У той час як у багатьох країнах діють такі служби, зокрема для молоді, що спираються на сучасні методики психологічної допомоги курцям.

Крім традиційного паління сигарет останніми роками в Україні поширюється нова шкідлива звичка – **паління кальяну**. Поширення цього явища пов'язане з думкою, що кальян є більш безпечним за сигарети та інші тютюнові вироби. Проте більшість споживачів не розуміє, що він є не тільки джерелом чадного газу, нікотину, смоли, а також і збудників гепатитів та туберкульозу. Споживачі кальяну частіше страждають на періодонтит, рак легенів, респіраторні захворювання, а також рак сечового міхура, стравоходу, носоглотки²⁶.

Як і будь-яка нова форма поведінки, куріння кальяну спочатку поширюється серед більш активного населення, молодих дорослих, які мають достатньо коштів для експериментів з новим, незнайомим та ризикованим.

За результатами дослідження, майже дві третини опитаних пробували кальян хоча б один раз, з них майже 8 % – курить його епізодично або регулярно. Звичка ця більш поширена серед чоловіків, молоді 18-24 років та мешканців великих міст (див. табл. 2.2.5).

²⁶ Akl E.A. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review / E.A. Akl, S. Gaddam, S.K. Gunukula, R. Honeine, P.A. Jaoude, J. Irani // International Journal of Epidemiology. – 2010. - № 39(3). – P. 834-857.

Таблиця 2.2.5

Розподіл відповідей на питання «Чи палите Ви кальян?» (%)

Варіанти відповідей	Всього	Розподіл за статтю		Розподіл за віком			Розподіл за місцем проживання		
		Чоловіки	Жінки	14-17 років	18-24 роки	25-35 років	Обл. центр	Район. центр	Село
Ні	66,8	62,2	71,5	75,9	58,4	70,1	54,3	68,5	74,6
Так, курив (курила) один раз	6,2	6,4	6	5,3	6,7	6	6,3	6	6,5
Так, курив (курила) кілька разів	18,7	22,4	14,9	14,1	23,7	16,6	27,7	16,4	14,2
Курю епізодично	7,6	7,7	7,4	4,5	10,2	6,5	10,4	8,3	4,4
Курю регулярно	0,8	1,3	0,2	0,3	1	0,8	1,4	0,8	0,3

Як фактор ризику розвитку туберкульозу куріння кальяну поєднується у одних і тих самих людей з іншими факторами, що також підвищують більшу чутливість до розвитку туберкульозу, а саме вживанням алкоголю та тютюну. При цьому одні з цих факторів впливають на стан імунної системи і знижують захисні сили організму, інші – саме кальян – підвищують ризик зустрітися зі збудником. При курінні кальяну у закладах громадського харчування, воду в кальяні, через яку проходить тютюновий дим, зазвичай не змінюють. Тому, якщо попередньо цей кальян курила хвора на туберкульоз людина, вода в кальяні може містити мікобактерії туберкульозу і стати джерелом інфекції.

Проведене в Україні у 2010 р. опитування дорослих засвідчило, що лише 31 % населення знає, що кальян шкідливий, хоча 55-96 % обізнані щодо шкідливості сигарет²⁷. Це свідчить про доцільність спрямованих інформаційних кампаній з попередження молоді щодо небезпеки куріння кальяну.

В останні кілька десятиліть світова та європейська громадськість привертає увагу до проблем **вживання алкоголю**, що спричинює погіршення стану здоров'я і збільшує витрати на сферу охорони здоров'я, підвищує криміналізацію суспільства, сприяє зниженню трудового потенціалу, соціальній нестабільності, підвищує ризик перебування дітей без догляду, насильства у сім'ях тощо. На XX VIII сесії ВООЗ у 1975 р. алкоголь офіційно визнано наркотиком. В ухваленому ВООЗ Європейському плані дій з боротьби зі споживанням алкоголю зазначено, що: «у всіх країнах рівень середньодушового споживання виразно пов'язаний з медичними, соціальними, економічними проблемами, викликаними алкоголем: при збільшенні рівнів споживання зростає більшість проблем, а коли ці рівні падають, то зменшуються і проблеми»²⁸.

В Україні алкоголь вважається харчовим продуктом. Дані дослідження «Ставлення

²⁷ Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS): Звіт за результатами дослідження, Україна, 2010. – К., 2010. – С. 158-159.

²⁸ Європейський план дій по боротьбі з потребленням алкоголю / Європейское региональное бюро ВОЗ. - Копенгаген, 1995. - 40 с.

молоді України до здорового способу життя» підтверджують інформацію про те, що вживання алкогольних напоїв досить поширене серед населення України, зокрема серед молоді. Так, 35,9 % принаймні один раз на тиждень п'ють пиво, 13,7 % – міцні алкогольні напої, 9,1 % – вино, 7,7 % – слабоалкогольні напої (див. рис. 2.2.9.).

Слід звернути увагу, що з віком зростає частота вживання алкогольних напоїв, зокрема міцних – горілки, коньяку тощо. Якщо серед підлітків біля 80 % взагалі не вживають таких напоїв, то серед молодих людей, старших за 25 років, таких менш ніж третина.

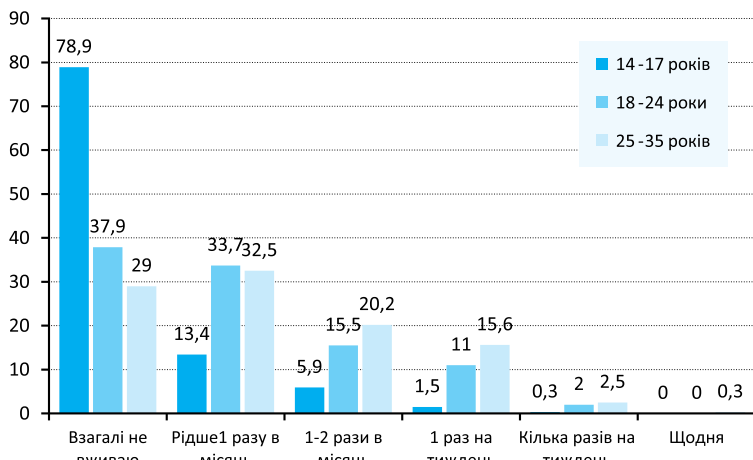


Рис. 2.2.9. Розподіл відповідей на питання щодо частоти вживання міцних спиртних напоїв (горілка, коньяк, віскі та ін.) у різних вікових групах молоді (%)

Що стосується «найпопулярнішого» серед молоді алкогольного напою – пива, то у віковій групі 25-35 років його з різним ступенем регулярності вживає близько 80 % опитаних. Принаймні один раз на тиждень - 15,5 % опитаних підлітків віком 14-17 років, 40,6 % - молоді віком 18-24 роки, 39,3 % - молоді віком 25-35 років (рис. 2.2.10).

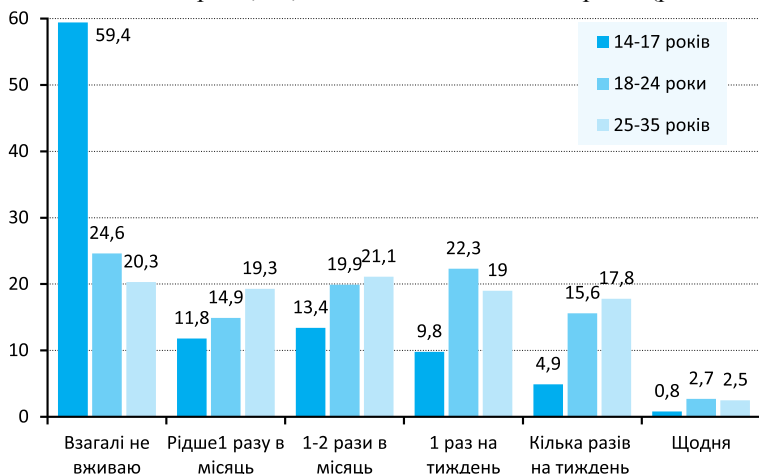


Рис.2.2.10. Розподіл відповідей на питання щодо частоти вживання пива у різних вікових групах молоді (%)

Пиву віддають перевагу більше чоловіків, аніж жінок: 50,7 % перших вживають пиво раз і більше на тиждень, тоді як частка жінок складає 15,5 %. Прихильність до пива мало залежить від місця проживання: суттєвих відмінностей між мешканцями різних типів населених пунктів не помічено.

Привертає увагу той факт, що дві третини усіх опитаних почали вживати алкоголь у віці до 18 років. Як і у випадку з продажем тютюнових виробів підліткам, актуальною є проблема дотримання чинного законодавства і застосування санкцій за його порушення, а також пропаганда соціальної відповідальності торгівельних закладів.

З огляду на структуру харчування, споживання тютюну та алкогольних напоїв українською молоддю, не дивним є високий рівень захворюваності на серцево-судинні захворювання та смертності від цих хвороб у середній віковій групі населення України 30-44 роки, який у чотири рази перевищує аналогічний показник у країнах Європи та інших країнах СНД (наприклад, в Узбекистані він утричі нижчий).

Зростання смертності чоловіків середнього віку в Україні за останні два десятиліття було значною мірою зумовлено саме збільшенням кількості споживання алкоголю²⁹. Труднощі щодо вирішення алкогольної проблеми полягають в тому, що переважна більшість населення вважає споживання алкогольних напоїв у невеликих дозах нешкідливим, а дехто – навіть корисним для здоров'я.

Алкоголь є невід'ємною частиною культурного та економічного життя, він посідає майже головне місце в усіх емоційно значущих для людини подіях³⁰. Тому заборонні, обмежувальні заходи приречені на невдачу, якщо не супроводжуватимуться вдосконаленням профілактичної, інформаційно-роз'яснювальної роботи, що повинна носити цільовий характер – для підлітків та молоді віком 18-24 роки, молодих батьків, представників торгівельних організацій та правоохоронних органів.

Ще одна проблема сучасної України – епідемія **наркоманії**. Реальні масштаби наркотизації населення країни до цього часу залишаються невідомими. За експертними оцінками, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша, ніж офіційно зареєстровано. Фахівці привертають увагу до того, що 80 % наркоманів – молодь, з яких 40 % – неповнолітні³¹.

Однак питання вживання наркотиків – своєрідне соціальне табу в суспільстві, тому дані різних соціологічних досліджень варіюються. У представленому дослідженні 83,1 % опитаних повідомили, що ніколи не пробували токсичних чи наркотичних речовин, 11,7 % – пробували один раз чи двічі. Майже 5 % відповіли, що вживають такі речовини (див. табл.2.2.6).

Відносно частіше про вживання наркотиків повідомили чоловіки, молодь віком 25-35 років, мешканці обласних центрів.

Як бачимо, на нинішньому етапі у разі виникнення проблем із залежністю від психоактивних речовин – алкоголю, наркотиків молоді люди готові звертатися до рідних, друзів, психологів такою ж мірою, як і до лікарів. З огляду на те, що зараз в Україні чимало лікарів-наркологів пропонують приватну практику і платне лікування, молодь не може собі дозволити скористатися їх послугами. Отже, важливим напрямом вдосконалення роботи у сфері протидії алкогольній та наркотичній залежності молоді може стати розвиток центрів

²⁹ Красовський К. Чому в Україні вмирають чоловіки середнього віку? /Магістеріум: Соціальна робота і охорона здоров'я. – 2008. – Вип.. 32. – С. 70-73.

³⁰ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / Міністерство охорони здоров'я України; Український інститут стратегічних досліджень ІОЗ України. – К., 2009. – 360 с.

³¹ Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / Міністерство охорони здоров'я України; Український інститут стратегічних досліджень ІОЗ України. – К., 2009. – 360 с.

комплексної медико-соціально-психологічної реабілітації молоді, залежної від алкоголю та наркотиків, та забезпечення державної підтримки таких центрів.

Слід також взяти до уваги, що ґрунт, на якому зростає наркоманія, є поширеність серед підростаючого покоління шкідливих для здоров'я звичок (вживання алкоголю, куріння). Доведено, якщо підліток не вживає алкоголь і не курить, то імовірність інтересу до наркотиків становить менш ніж 1 %. А відтак профілактику вживання наркотиків потрібно починати з профілактики інших шкідливих звичок. Насамперед у підлітковому середовищі, яке мало би стати носієм цінностей активного життя, відкритого спілкування, творчості та здорового способу життя.

Таблиця 2.2.6

Розподіл відповідей на питання «Чи пробували Ви коли-небудь наркотичні або токсичні речовини?», (%)

Варіанти відповідей	Всього	Розподіл за статтю		Розподіл за віком			Розподіл за місцем проживання		
		Чоловіки	Жінки	14-17 років	18-24 роки	25-35 років	Обласн. центр	Район. центр	Село
Так, часто	1,4	1,6	,1,2	0	1,3	2	0,5	1,6	2
Так, інколи	3,8	4,5	3	2,1	3,5	4,6	2,3	4,3	3,9
Було 1-2 рази в житті, точно не пам'ятаю	11,7	16,8	6,4	6,2	12,3	13,2	18,6	11,6	6
Жодного разу	83,1	77,1	89,4	91,8	82,9	80,3	78,6	82,5	88,1

Для вирішення вищезначених проблем та покращення стану справ, державними органами влади спільно з громадськими та міжнародними фондами проводиться різномірівнева профілактика – первинна (широка робота з усім населенням), вторинна (робота з його найбільш вразливими групами) та третинна (допомога тим, хто вже має ту чи іншу проблему аби зупинити подальше поширення хвороби чи негативного явища).

У розрізі питань, пов'язаних з формуванням здорового способу життя, найбільш доцільною є *первинна профілактика*, оскільки вона спрямована на попередження першої спроби вживання наркотиків та алкоголю, часто шляхом формування в суспільстві негативного ставлення до вживання психоактивних речовин, дотримання безпечної сексуальної поведінки. Це дозволяє уникати хвороб, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ-інфекції. А дотримання базових санітарних норм і здорового харчування забезпечує розповсюдження туберкульозу.

Послуги з первинної профілактики надаються державою через систему освіти, охорони здоров'я та мережу центрів соціальних служб для сім'ї, дітей, та молоді. Але фінансування з державного бюджету останніми роками дуже не значне.

Міністерство освіти та науки проводить активні заходи з формування здорового способу життя серед учнів. Зокрема, на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 04 червня 2003 р. №877 «Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки» у навчальних закладах системи освіти ведеться робота щодо формування особистості з системою знань та стійкими переконаннями про здоровий

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

спосіб життя, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я учнів. Проводяться виховні години «Наркоманія – шлях до злочинів і загублене здоров'я», зустрічі учнів з працівниками правоохоронних органів з питань персональної відповідальності за допущені випадки вживання, зберігання та розповсюдження наркотичних засобів і психотропних речовин, з медичними працівниками щодо пропаганди здорового способу життя та негативного впливу на молодий організм тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотиків та психотропних речовин тощо.

У межах виконання Комплексної програми профілактики правопорушень на 2007-2009 рр. (постанова Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2006 р. № 1767) та Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 рр. (постанова Кабінету Міністрів України від 11 травня 2006 р. № 623) у 2009 р. управління освіти і науки різних рівнів взяли активну участь у загальнодержавних оперативно-профілактичних заходах «Канікули», «Діти вулиці» та «Урок». У закладах освіти проводилися відповідні заходи та організовувалася позанавчальна діяльність.

За даними опитування керівництва навчальних закладів у межах міжнародного проекту ВООЗ «Health behaviour schoolage children» (HBSC), проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка весною 2010 р., у всіх типах навчальних закладів (середніх, професійно-технічних та вищих), на думку їх керівництва, ведеться цілеспрямована діяльність щодо попередження захворювань, збереження й зміцнення здоров'я, про що говорять 97 % опитаних.

Ці дані дещо суперечать з іншим показником дослідження та вказують на те, що тільки 56 % середніх шкіл, 63 % професійно-технічних училищ та 71 % вищих навчальних закладів мають кошти на поточний навчальний рік для реалізації заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я учнів та студентів. Що стосується шкіл, то такі кошти мають 61 % міських шкіл і лише 51 % сільських. При цьому 90 % керівництва усіх середніх шкіл переконані, що їх не достатньо для реалізації заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я в навчальних закладах. Тому не дивно, що заходи цього спрямування на 34 % реалізуються за рахунок державного фінансування, а на 36 % – за рахунок внесків батьків.

Активну профілактичну роботу серед дітей та молоді проводять Державна соціальна служба для дітей, сім'ї та молоді, її структурні формування та Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини (детальніше про це описано в розділі 1.3).

Долучаються до виконання державних програм й інші профільні відомства, але для ефективної роботи бракує злагодженості та поінформованості щодо цих дій, які проводяться розрізнено й часто дублюються. Гостро відчувається відсутність міжгалузевого механізму співпраці з поширенням на всі регіони країни.

Загалом ефективність первинної профілактики в Україні є недостатньою, про що свідчить розгортання епідемій соціально небезпечних хвороб, поширення негативних явищ у молодіжному середовищі та велика кількість дій, які частіше носять декларативний характер.

Вторинна профілактика не має прямого взаємозв'язку з формуванням здорового способу життя, оскільки орієнтована на осіб з ознаками залежності та представників груп, які вже мають вищі ризики розвитку залежності, інфікування соціально небезпечними хворобами або скоїли правопорушення. Однак вона взаємопов'язана з первинною профілактикою, спрямованою на покращення соціальної складової здоров'я.

Проблема здійснення вторинної профілактики в Україні полягає в тому, що вона покладається переважно на громадські організації, якими здебільшого і фінансується. Як виняток, можна назвати діяльність державних центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Так, профілактика ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків здійснюється державними центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді через мережу спеціалізованих формувань – служби соціально-профілактичної роботи. Станом на 01.10.2009 р. при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створено та діє

223 служби, більшість з яких розташовані в лікарнях, поліклініках та наркодиспансерах. Робота спрямована на зміну мотивації та поведінки у наркозалежних людей, профілактику ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інфекцій, що передаються статевим шляхом, покращення соціального функціонування шляхом зменшення шкоди і негативних наслідків від ін'єкційного вживання наркотичних речовин.

З метою наближення профілактичних програм до цільових груп та полегшення їх доступу до життєво важливих послуг протягом 2008-2009 рр. центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спільно з мережею аптек було розширено профілактичні програми у сфері ВІЛ/СНІДу до рівня невеликих міст та районів.

Так, було розпочато профілактику ВІЛ/СНІД для найбільш уразливих груп через 16 регіональних відділень центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (у 5 регіонах України), а також через 108 аптек (у 12 регіонах України) разом з подібними проектами на базі неурядових організацій.

Протягом 2009 р. в межах проектів, підтриманих Глобальним Фондом, швидкими тестами на ВІЛ-інфекцію було охоплено 129 955 осіб з числа груп, найбільш уразливих до ВІЛ. У листопаді 2009 р. наказом МОЗ нормативно зафіксовано використання швидких тестів.

Починаючи з жовтня 2009 р., низка недержавних організацій започаткувала тестування на гепатит В для чоловіків, які мають секс з чоловіками. В результаті було розроблено новий пілотний проект з тестування на гепатит В та вакцинацію за участі п'яти організацій, що надають послуги споживачам ін'єкційних наркотиків та чоловікам, які мають секс з чоловіками.

Слід згадати, що у 2006 р. під час засідання Генеральної Асамблеї ООН Україна підписала Політичну Декларацію з ВІЛ/СНІД, яка зобов'язує всі країни-учасниці «докласти всіх необхідних зусиль задля досягнення цілей універсального доступу до програм профілактики, лікування, догляду та підтримки до 2010 року». Ці зобов'язання були відображені в розробленій «Дорожній Карті щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.».

За даними Національного звіту з виконання Політичної Декларації з ВІЛ/СНІД, у 2009 р. рівень охоплення програмами становив: 32 % для СІН та 59 % - для працівників секс-бізнесу, серед ЧСЧ – 63 %, а серед ув'язнених – 15 %. Тобто СІН та ув'язнені лишаються тими групами ризику, які не охоплені профілактикою відповідно до вимог Дорожньої карти. Окрім цього, не забезпечені повною мірою постійні і безперервні профілактичні послуги, які є епізодичними.

Міжнародні експерти відзначають не завжди високу якість послуг у сфері вторинної профілактики ВІЛ/СНІДу. Наразі, за даними цього Звіту (у 2009 р.), відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, становив 55 %, серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату. При цьому, як і раніше, засуджені віком 16–24 роки демонструють гірше знання з цих питань (38 %), ніж особи віком 25 років і старші (43 %). Крім того, існує разючий відрив знань від поведінки: при тому, що майже всі молоді люди та представники вразливих до ВІЛ груп знають, що презерватив або стерильний інструментарій захищає їх від передачі вірусу, більшість з них ці знання ігнорує.

Складна ситуація з впровадженням ефективних профілактичних заходів залишається у в'язницях, де набір базових послуг є обмеженим і переважно зводиться до лекцій. Однак дані досліджень засвідчують, що переважна більшість ув'язнених (88 %) повідомила про те, що мала статеві контакти з іншими ув'язненими за останні шість місяців, а 87 % вказали, що ніколи не одержували презервативів з будь-якої профілактичної програми. Серед засуджених тільки 40 % правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається. Це може свідчити про «закритість» теми

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

статевих контактів і наркозалежності ув'язнених, суспільне табу, що обмежує діяльність з профілактики ВІЛ у тюрмах. Крім того, більшість заходів з вторинної профілактики скоєння правопорушень покладається переважно на громадські організації.

Загалом втілення програм вторинної профілактики у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та наркозалежності залишається проблематичним: з одного боку, держава має обмаль ресурсів на ці програми, з іншого – їх змістовність та ефективність викликає чимало фахових та громадських дискусій.

Третинна профілактика спрямована на попередження подальшого вживання психоактивних речовин та на зменшення шкоди від них; на ресоціалізацію людей із залежністю; надання послуг людям, які живуть з ВІЛ або хворіють на туберкульоз. Діяльність щодо пропагування здорового способу життя у цій сфері є дотичною та носить скоріше просвітницький ніж прикладний характер.

На виконання п. 5 Указу Президента України «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ /СНІДу та туберкульозу в Україні» створено мережу центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (наразі налічується 40 закладів). Функціонує референс-лабораторія, яку в 2008 р. було забезпечено необхідним приміщенням на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я. Створена та функціонує спеціалізована клініка національного рівня для лікування дітей, хворих на ВІЛ /СНІД.

Щорічно зростає обсяг тестувань на антитіла до ВІЛ. Наприклад, у 2009 р. порівняно з 2008 р., кількість скринінгових тестувань на антитіла до ВІЛ збільшилася на 136 тисяч (на 4,2 %), у т.ч. кількість тестувань за рахунок місцевих бюджетів. Також забезпечено можливість безперешкодного безоплатного доступу до ДКТ вагітних жінок. Окрім цього, фахівцями лабораторної служби освоєно новий діагностичний метод діагностики ВІЛ-інфекції у дітей раннього віку (3-6 міс. життя).

Зростає рівень охоплення антиретровірусною терапією дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією: 2006 р. – 27 %, 2007 р. – 35 %, 2008 р. – 41 % (в абс. числах – 10 629 осіб), 2009 р. – 48 % (в абс. числах – 15 871 особа). За час впровадження АРТ в країні значно підвищився професійний рівень фахівців, які супроводжують пацієнтів на лікуванні, покращилася нормативно-правова база та матеріально-технічне забезпечення центрів профілактики і боротьби зі СНІДом. Все це, а також розширення доступу до АРТ, сприяло збільшенню тривалості життя пацієнтів – частка людей із ВІЛ/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, у 2009 р. становила 85 % проти 82 % у 2008 р. та 77,6 % у 2007 р.. Свідченням рівного доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) є той факт, що відсоток охоплення АРТ жінок, які її потребують, в 2008 р. становив 52 %, в 2009 р. – 60 %, а чоловіків відповідно – 33 % та 41 %.

В державному національному бюджеті (на 2009 р.) були значно скорочені статті на послуги з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних людей. Фактично, догляд та підтримка соціально уразливої молоді не фінансується національним бюджетом. Такі послуги надаються в 25 областях країни через мережу ВІЛ-сервісних організацій, до складу яких входять 83 громадські організації.

В Україні розгортання програм замісної підтримувальної терапії відбувається на базі закладів Міністерства охорони здоров'я за фінансування міжнародних організацій.

У 2009 р. розпочато роботу центрів інтегрованої допомоги для клієнтів замісної підтримувальної терапії. В рамках програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» створено 3 центри в м. Полтаві та Миколаєві. Також на базі лікувальних закладів, які у партнерстві з ВІЛ-сервісними організаціями виконують проекти з розбудови центрів інтегрованих послуг, створені сприятливі умови для отримання інших медичних послуг, яких потребують учасники проектів, та доступ до психосоціального супроводу.

Станом на 01.01.2009 р. 5 078 пацієнтів у 102 лікувально-профілактичних закладах 26 регіонів України отримували замісну терапію, з них 2 219 інфіковані ВІЛ, 538 отримують антиретровірусну терапію (див. рис. 2.2.11.).

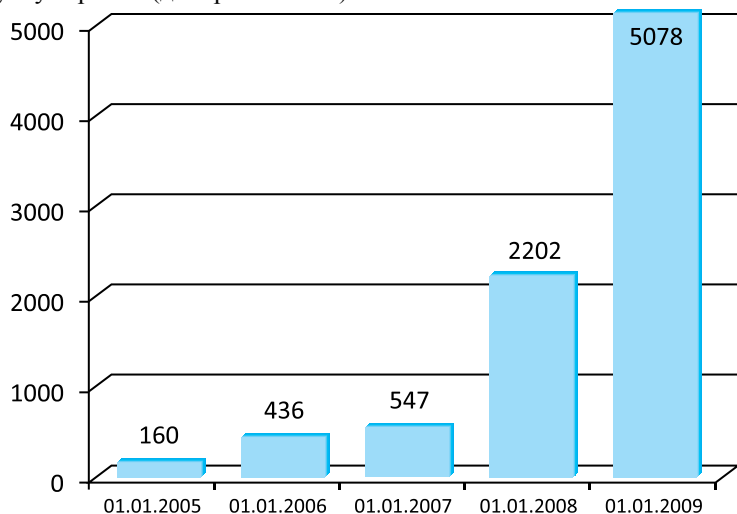


Рис. 2.2.11. Кількість пацієнтів, які отримували замісну підтримувальну терапію у 2005-2009 рр.

Не зважаючи на значне (у 9 разів) збільшення кількості наркозалежних, які отримали доступ до програм замісної підтримувальної терапії, все ще залишається ряд системних законодавчих та організаційних перешкод на шляху розширення замісної підтримувальної терапії та впровадження інноваційних технологій в цій сфері. В державному національному бюджеті на 2009 р., так само як і на 2010 р., не передбачено закупівлю препаратів для лікування опіоїдної залежності, незважаючи на те, що у поточній державній програмі визначені зобов'язання країни про надання відповідного лікування не менш ніж 20 тис. наркозалежних, 11,2 тис. з яких отримуватимуть замісну терапію за підтримки Глобального Фонду.

Всевищевикладене дає підстави говорити про те, що в Україні триває процес становлення сфери допомоги залежним групам населення, де саме молодь є головним об'єктом роботи. Спостерігаються певні досягнення, але існує низка проблем, вирішення яких є нагальним на сучасному етапі. Мова йде про необхідність створення єдиної мережі установ, що поділятимуть між собою спільні цінності та стандарти роботи і передбачатимуть не тільки медичний, а й соціальний, психологічний та духовний компонент у сфері надання послуг.

Профілактика соціально небезпечних хвороб і негативних явищ серед дітей та молоді – справа не лише держави, а й родин, в яких виховується дитина чи молода людина. Причому профілактична робота має розпочинатися не в підлітковому віці, якому притаманні прояви бунтарства та заперечення цінностей, а у ранньому дитинстві.

А відтак актуальності набуває робота з батьками, спонукання їх до обговорення з дітьми ризиків для здоров'я, контролю поведінки та проведення вільного часу, створення довірливої атмосфери, дотримання сімейних цінностей усіма членами родини. Такий підхід має бути забезпечений як відповідною навчальною та методичною літературою для батьків, так і активною роботою консультативних служб для батьків, які діють у соціальній сфері.

2.3. Репродуктивне здоров'я молоді

Не дивлячись на постійну увагу з боку держави до соціальних програм, спрямованих на підтримку сім'ї, процес депопуляції³² продовжує ускладнювати демографічну ситуацію в країні. За даними Національної ради з питань охорони здоров'я, цю тенденцію вдалося покращити тільки у 2009 р., коли вперше за вісім останніх років зафіксовано найменший показник рівня смертності. У 2009 р. померло на 47,7 тис. осіб менше ніж у 2008 р. Загальні дані показників щодо смертності та народжуваності населення за період 1975-2008 рр. надані на рис. 2.3.1.

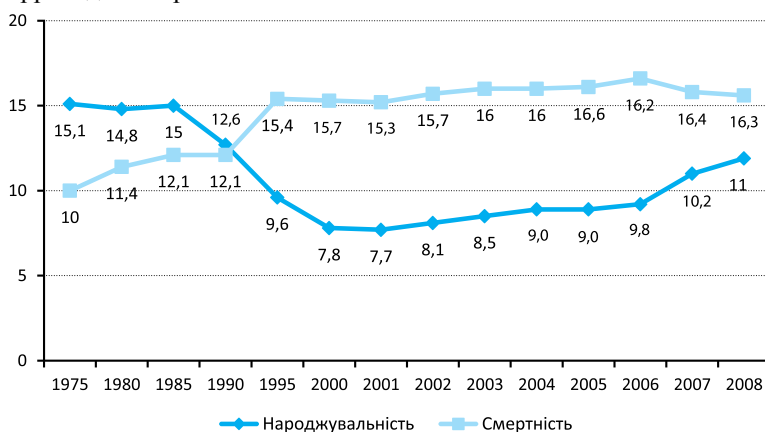


Рис.2.3.1. Народжуваність та смертність населення (на 1000 населення)

Слід зазначити, що депопуляція має місце також в багатьох інших європейських країнах (Польщі, Італії, Молдові, Німеччині, Румунії, Естонії тощо), однак саме в Україні зафіксовано найвищий коефіцієнт природного скорочення населення (у 2009 р. він становив 4,2 ‰).

Загалом за рахунок депопуляції протягом 2005–2009 рр. відбулося зменшення чисельності населення на 1,3 млн осіб.

На тлі поступового скорочення загальної чисельності населення країни, чисельність молоді 18-34 років мала дещо іншу тенденцію - почала зростати з 2002 р., а за період 2001-2007 рр. збільшилася на 5 % (див. рис. 2.3.2).

Можна також говорити про існування гендерного балансу чисельності молоді, хоча є певні особливості: незначна «нестача» молодих чоловіків (18-34 років) по відношенню до чисельності жінок цього віку поступово вирівнюється. Уже в 2006-2008 рр. чисельність чоловіків цього віку більш ніж на 100 тис. перевищила кількість жінок, і на початок 2009 р. на 1000 жінок припадало 1024 чоловіків (див. рис.2.3.3).

Негативні тенденції щодо відтворення населення призвели до різкого зниження рівня народжуваності, який вдалося дещо стабілізувати у 2002 р. Відтоді загальний коефіцієнт народжуваності почав поступово зростати: 8,1 на 1000 населення в 2002 р.; 9,8 - у 2006 р.; 11,1 - у 2009 р. Однак народжуваність все ще в 1,4 рази нижча за смертність, що потребує активних дій з боку державних органів влади. Мова йде про необхідність подолання наявних негативних тенденцій скорочення чисельності населення, посилення інституту родини та збільшення державної підтримки молодих сімей, на долю яких припадає значна кількість всіх дітонароджень.

³² Коли кількість померлих людей переважає над кількістю народжених

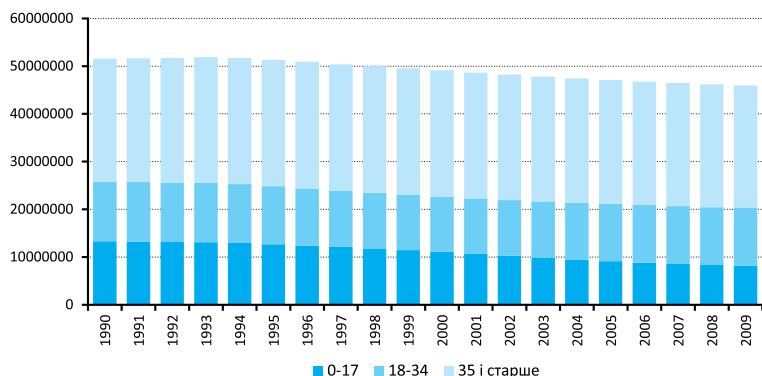


Рис. 2.3.2. Загальна чисельність населення в Україні з розподілом на основні вікові групи у 1990-2009 рр., осіб

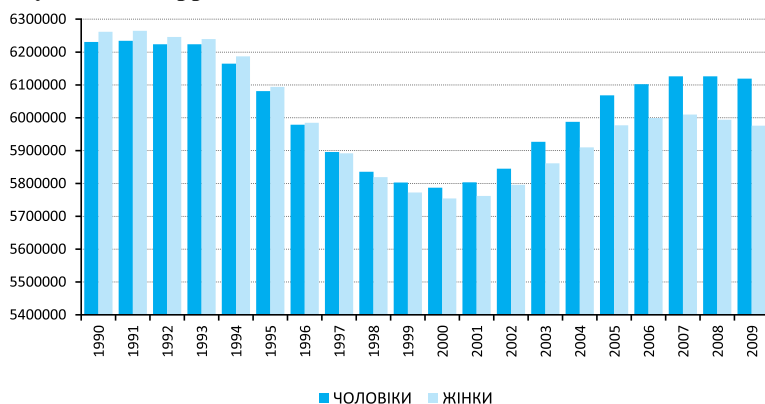


Рис. 2.3.3. Чисельність чоловіків і жінок віком 18-34 років в Україні у 1990-2009 рр., осіб (на 1 січня)

В межах 18-34 років найбільша кількість народжень (майже 70 %) припадає на жінок віком 20-29 років (див. табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1.

Розподіл новонароджених за віком матері в Україні протягом 1990-2008 рр., %

Роки	до 20 років	20-24 роки	25-29 років	30-34 роки	35-39 років	40 років і старше	Вік не вказано
1990	16,1	40,6	25,3	12,7	4,4	0,9	0,0
2000	15,5	42,5	25,5	11,1	4,2	1,0	0,2
2005	11,9	38,5	28,6	14,8	5,0	1,0	0,2
2006	10,8	37,5	29,5	15,6	5,4	1,0	0,2
2007	10,3	36,9	29,6	16,1	5,8	1,1	0,2
2008	9,5	35,9	30,3	16,8	6,3	1,1	0,1

Джерело: розраховано за даними Держкомстату

Також відбуваються помітні зрушення у структурних характеристиках народжуваності:

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

підвищилася частка позашлюбних народжень та середній вік матері при народженні дитини. Значною є частка дітей, народжених поза шлюбом, яка в 2009 р. становила майже п'яту частину від усіх новонароджених.

Збільшення частки дітей, народжених жінками, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, обумовлене не лише позашлюбним народженням дітей, але й поширенням незареєстрованих шлюбів, які стали досить розповсюдженим явищем і, виходячи з досвіду західних країн, матимуть тенденцію до стабілізації. Позашлюбна народжуваність найвища у наймолодших вікових групах жінок та переважно є наслідком ранніх і часто небажаних вагітностей. Якщо у 2005 р. частка позашлюбних народжень у матерів віком до 18 років включно становила 41,6 %, то в 2009 р. – 44,3 %.

Нині кожна шоста дитина народжується з відхиленнями здоров'я, в першу чергу, через погану спадковість. Часто, вступаючи у репродуктивний вік, майбутні батьки вже мають низку захворювань. За даними МОЗ України, лише за останні 5 років загальна захворюваність молодих жінок зросла на 20,6 % і наразі становить 20 659,0 на 1000 дівчат віком 15–17 років. При цьому зросла частота хвороб, які в перспективі можуть ускладнювати перебіг вагітності, пологів та формувати високі показники материнських і плодових репродуктивних втрат: хвороб крові та кровотворних органів – 29,1 %, розладів менструацій – 14,8 %, хвороб сечостатевої системи – 9,5 %.

Стан репродуктивного здоров'я також залежить від сексуальної активності та способу життя молоді. Часто ризикована поведінка, нерозбірливі статеві стосунки, рання вагітність призводять до негативних наслідків. Так, за даними медичних закладів, щорічно з понад 12 млн зареєстрованих випадків захворювань на хвороби, що передаються статевим шляхом, близько 3 млн припадають на жінок віком 14-17 років.

ХВОРОБИ ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Серед інфекцій, що *передаються статевим шляхом*, за період 2001-2009 рр. на фоні зменшення частоти реєстрації сифілісу і гонококової інфекції спостерігається зростання частоти реєстрації хламідійної інфекції і особливо уrogenітального мікоплазмозу (див. рис. 2.3.4).

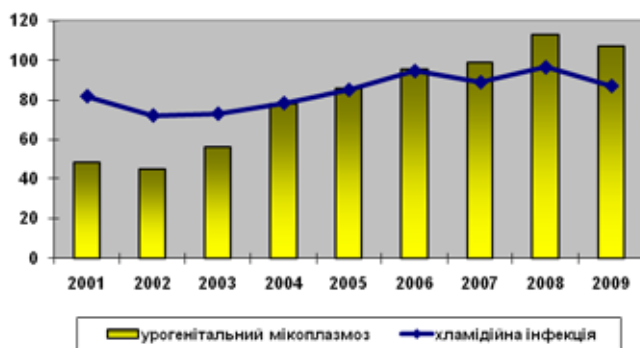


Рис 2.3.4. Частота захворюваності на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, у жінок на 100 000 відповідного населення

Небезпечність цих захворювань полягає в тому, що вони досить важко діагностуються і протікають в хронічній формі, а технології дослідження є високо затратними, тому більшість населення в умовах економічної кризи не мають можливостей на обстеження. Існуючі тенденції за окремими віковими групами наведені у табл. 2.3.2 та 2.3.3.

Таблиця 2.3.2

**Захворюваність жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом,
за віковими групами**
(на 100 тис. відповідного населення за віком та статтю)

Найменування	15-19 років	20-24 роки	25-29 років	20-29 роки	30-34 роки
Сифіліс	35.67	67.30	65.89	66.63	45.91
Гонорея	31.47	63.56	44.87	54.64	29.79
Хламідійна інфекція	89.62	316.34	335.11	325.30	286.25
Трихоманоз	353.19	907.86	1 011.42	957.28	895.75
Урогенітальний мікоплазмоз	127.84	375.33	393.51	384.01	315.50

Таблиця 2.3.3

**Захворюваність чоловіків на інфекції, що передаються статевим шляхом,
за віковими групами**
(на 100 тис. відповідного населення за віком та статтю)

Найменування	15-19 років	20-24 роки	25-29 років	20-29 роки	30-34 роки
Сифіліс	13.77	45.85	61.07	53.05	54.31
Гонорея	38.34	150.67	128.83	140.34	65.81
Хламідійна інфекція	27.18	159.55	180.34	169.38	145.06
Трихоманоз	71.46	272.94	302.37	286.86	245.02
Урогенітальний мікоплазмоз	28.15	147.95	169.04	157.92	127.26

Привертає увагу той факт, що захворюваність на сифіліс у 2009 р. серед дівчат віком 15-17 років (17,6 на 100 тис. дівчат відповідного віку) була у 3 рази вищою ніж у хлопців (7,5 на 100 тис. юнаків відповідного віку). Загалом найвищий рівень захворюваності на вищезазначені хвороби припадає на вік найбільшої сексуальної активності молоді - 20-29 років.

Серед окремих вікових груп жіночого населення звертають на себе увагу жінки працездатного віку, серед яких 88 % відносяться до фертильного віку.

Особливості сексуальної активності серед підлітків, зменшення віку початку статевих стосунків на тлі несприятливих соціально-економічних факторів, лібералізація поглядів на статеву поведінку призвела до її деформації, зростання кількості окремих захворювань, що передаються статевим шляхом, збільшення чисельності інфікованих ВІЛ, наркоманів. Безумовно, все це є підґрунтям погіршення стану репродуктивного здоров'я населення.

За останні 5 років показник захворюваності на сифіліс та гонорею знизився більш ніж у 2 рази. У дівчат показник на сифіліс у 3,2 рази перевищує показник хлопців: 2008 р. – 0,2 та 0,07 на 1000 осіб (див. табл. 2.3.4).

На тлі зниження захворюваності на сифіліс, гонорею, хламідійні хвороби спостерігається зростання захворюваності на трихомоніаз та мікоплазмоз серед дівчаток до 14 років. У дівчат 15-17 років вдалося досягнути зниження частоти розвитку сифілісу, гонореї та трихомоніазу, проте збільшилася частота хламідіозу. При цьому слід зазначити, що хоча показники захворюваності на венеричні хвороби серед дітей та підлітків набули стабільного зниження, однак є високими у порівнянні з країнами Європейського регіону.

Таблиця 2.3.4

Частота реєстрації захворювань, що передаються переважно статевим шляхом на 100 000 відповідного населення

Категорія	Дівчата				
	2005	2006	2007	2008	2009
Віком 15-17 років включно:					
- сифіліс	44.91	33.60	29.12	22,37	17,63
- гонорея	27.58	21.33	17.22	16,53	13,55
- хламідійні хвороби	30.45	35.41	31.57	30,36	30,94
- трихомоніаз	217.96	203.30	190.79	175,73	162,96
- уrogenітальний мікоплазмоз	31.12	32.59	39.86	48,46	43,77

Стан здоров'я молодої людини залежить не тільки від спадковості але й від власної поведінки і вибору, особливо коли це стосується сексуальної практики. За результатами соціологічного дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»³³, мали власний досвід статевого життя 27 % учнів 10-11 класів (41 % – хлопців; 17 % – дівчат), 53 % студентів ВНЗ I–II рівнів акредитації (63 % – хлопців; 46 % – дівчат); 58 % учнів ПТНЗ (67 % – хлопців; 47 % – дівчат) та 62 % студентів ВНЗ III–IV рівнів акредитації (72 % – хлопців; 51 % – дівчат).

Аналіз відповідей на запитання щодо сексуального «дебюту» засвідчив, що певна частина респондентів (10 % усіх опитаних) отримала досвід статевих стосунків до досягнення 15 років. Про це повідомили 7,2 % учнів 10–11 класів (13 % – хлопців, 2 % – дівчат), 15 % – учнів ПТНЗ (20 % – хлопців, 8 % – дівчат), 11 % – студентів ВНЗ I–II рівнів акредитації (19 % – хлопців, 5 % – дівчат), 10% – студентів ВНЗ III–IV рівнів акредитації (16 % – хлопців, 5 % – дівчат).

Хлопці повідомляли про ранній досвід статевого життя частіше за дівчат, останні ж переважали в групі респондентів, які починали інтимні стосунки у 17 років і пізніше (див. рис. 2.3.5).

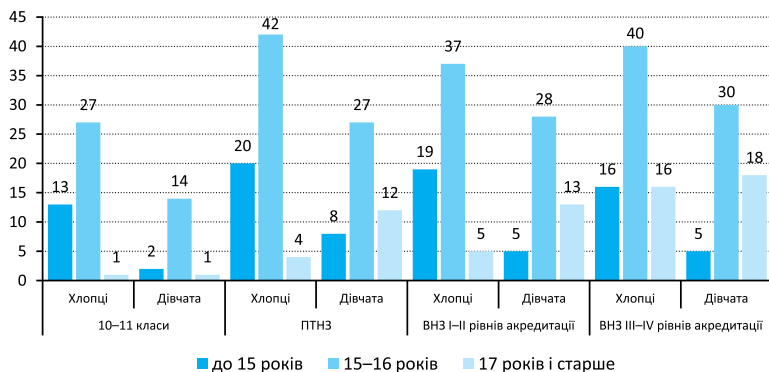


Рис. 2.3.5. Вік початку статевого життя учнівською молоддю, за статтю та типом навчального закладу, %

³³ проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка в межах міжнародного проекту «Health Behaviour in School-Aged Children» (HBSC)

Наслідком раннього початку статевого життя та небезпечної статевої поведінки є підліткова вагітність. Серед тих, хто мав досвід статевого життя, 47 дівчат або 6 % завагітніли, причому у 17 випадках було здійснено операцію штучного переривання вагітності (аборт), і лише 13 дівчат повідомили про народження дитини. Досить значна частина вагітностей перервалася спонтанно – для 9 вагітність завершилась викиднем, 6 на запитання про завершення вагітності не відповіли.

Ще 39 опитаних хлопців або 4 % серед тих, хто мав досвід статевого життя, повідомили, що в їх житті була ситуація, коли дівчина завагітніла, причому відносно частіше таке спостерігалось серед юнаків, які навчалися в ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації. Більш ніж для половини випадків виходом з ситуації став аборт (про це зазначили 23 хлопці), 9 стали батьками новонародженої дитини, в одному з випадків хлопець дізнався про викидень, 6 хлопців, яким було відомо про стан партнерки, не змогли відповісти на запитання про наслідки цієї вагітності.

Оцінки актуальності проблеми ранньої вагітності серед опитаних викладачів істотно відрізняються. На рівні країни проблему вважають актуальною майже дві третини опитаних, однак з кожним нижчим рівнем (населений пункт, конкретний мікрорайон розташування навчального закладу і безпосередньо заклад) істотно зменшується частка тих, хто визнає актуальність цього питання, та складає лише 14%. Найчастіше проблему ранньої вагітності актуальною для власного навчального закладу визнають керівники ПТНЗ (38 %) та загальноосвітніх навчальних закладів, розташованих у містах (окрім обласних) та селах (14 % та 12 % відповідно).

Зміни в статевій поведінці сучасної молоді, ранній початок статевого життя, толерантне ставлення суспільства до дошлюбних статевих зв'язків є небезпечними за умов стрімкого поширення ВІЛ-інфекції, що спостерігається протягом останніх років в Україні³⁴. За таких умов дуже актуальним постає питання обізнаності молодих людей щодо засобів контрацепції та їх застосування. Про застосування презерватива як засобу контрацепції повідомили більш ніж 90 % опитаних з числа тих, хто вже має статеві стосунки. Найчастіше його використовували школярі (96 %), для решти учнівської молоді частота вибору цього засобу становила 86–92 %.

Серед опитаних найбільш свідомими виявилися хлопці, які навчалися в 10–11 класах та ВНЗ III–IV рівнів акредитації (96 та 95 % відповідно). Серед дівчат більш обережними виявилися учениці 10–11 класів (95 %).

Найменш свідомими серед хлопців виявилися учні ПТНЗ та студенти ВНЗ (8 %), а серед дівчат – студентки ВНЗ незалежно від рівнів акредитації (13–14 %) (див. рис. 2.3.6).

Основними джерелами отримання інформації як про статеві стосунки, так і про методи контрацепції для опитаної учнівської молоді стали телебачення (50 та 41 % відповідно), друзі й однолітки (46 та 31 %) та Інтернет (37 та 31 %). Третина опитаних учнів та студентів віком 15–17 років отримують інформацію від батьків (29–33 %), а от про методи контрацепції частіше від медпрацівників, ніж від батьків. Для більшості учнів 10–11 класів джерелом отримання такої інформації виявилися вчителі.

Переважаюча більшість опитаних знала, де можна придбати основні найбільш популярні контрацептивні засоби. Так, 77 % хлопців та 92 % дівчат знали про можливість придбання контрацептивних таблеток в аптеці. Стосовно придбання презервативів, окрім аптеки, про яку задали 84 % хлопців та 87 % дівчат, фігурували також супермаркет (42 % і 38 %) та кіоск (34 % та 25 %). Респонденти, які мали досвід придбання контрацептивів, лише в поодиноких випадках стикалися з труднощами при здійсненні покупки.

Огляд статистики протягом 1999–2007 рр.³⁵ підтверджує інформацію про те, що

³⁴ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦЕС МОЗ України. – 2010. – № 33.

³⁵ Більш пізніші офіційні дані не виявлено

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

кількість користувачів засобами контрацепції суттєво збільшилася: від 37,6 % у 1999 р. до 55,6 % у 2007 р. Однак існує великий розрив цих показників між мешканцями села та міста, що має стати предметом серйозного обговорення відповідними державними органами (рис. 2.3.7).

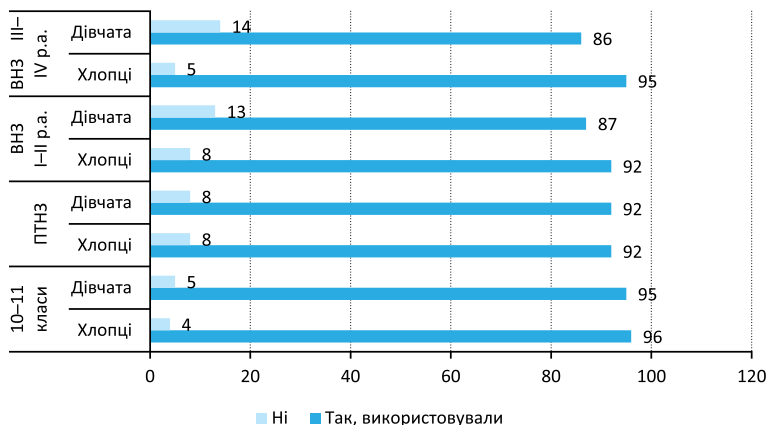


Рис. 2.3.6. Питома вага учнівської молоді, яка має досвід статевих стосунків і використовувала презерватив під час останнього статевого акту, за статтю та типом навчального закладу, %

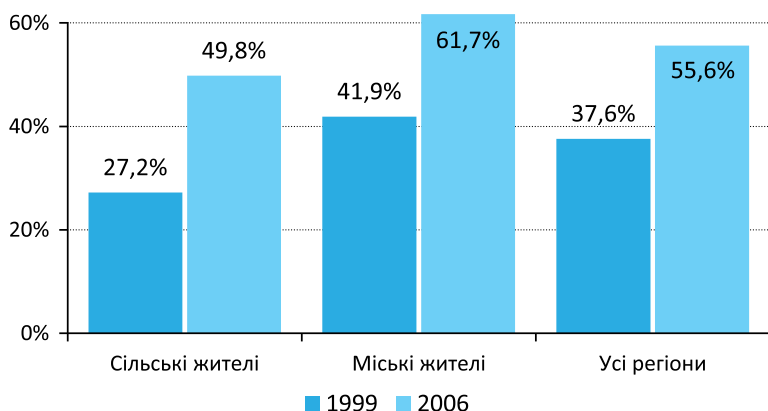


Рис. 2.3.7. Рівень використання сучасних методів контрацепції в Україні (протягом 1999-2007 рр.)

Іншим важливим питанням залишається асортимент та якість засобів контрацепції. Так, за даними медичних спостережень, 52 % жінок репродуктивного віку засвідчили, що вони хотіли би використовувати той чи інший метод контрацепції, але за різних причин не мають такої можливості.

Мова йде про недостатню інформацію просвітницького й рекламного характеру; низьку якість окремих засобів (в тому числі презервативів), недоступність до аптечної мережі чи медичних пунктів за місцем проживання; високі ціни на контрацептивні засоби; відсутність центрів планування сім'ї чи інших закладів, в яких можна отримати консультативні послуги та необхідні роз'яснення тощо. Медичні спостереження свідчать,

що питома вага жінок, які не можуть вирішити свої потреби щодо контрацепції, суттєво знизилася за останні роки: від 52 % в 1999 р. до 12,3 % в 2007 р.³⁶.

Загалом, за даними МОЗ України, сучасними методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється близько 30 % жінок фертильного віку. Протягом останніх років в Україні все ширше застосовуються найбільш ефективні та надійні методи оральної контрацепції (148,6 на 1 000 жінок фертильного віку – у 2005 р., 166,3 – у 2007 р., 181,9 у 2009 р.).

Негативними наслідками сексуальної активності молоді часто стають гінекологічні захворювання. Так, поширеність гінекологічних захворювань серед дівчат-підлітків становить 138,5 на 1 000. Близько третини усіх випадків становлять розлади менструації, 10 % – затримка статевого розвитку, 20 % – запальні захворювання репродуктивних органів.

Наприклад, розлади менструації, що вперше були зареєстровані у дівчат 15-17 років (29,3 на 1000 жінок відповідного віку), в 2009 р. зустрічаються майже у 3 рази частіше, ніж серед жінок репродуктивного віку 15-49 років (10,7 на 1000 жінок відповідного віку), що не може не турбувати в аспекті питання щодо підвищення рівня народження здорових дітей від здорових батьків (див. рис. 2.3.8).

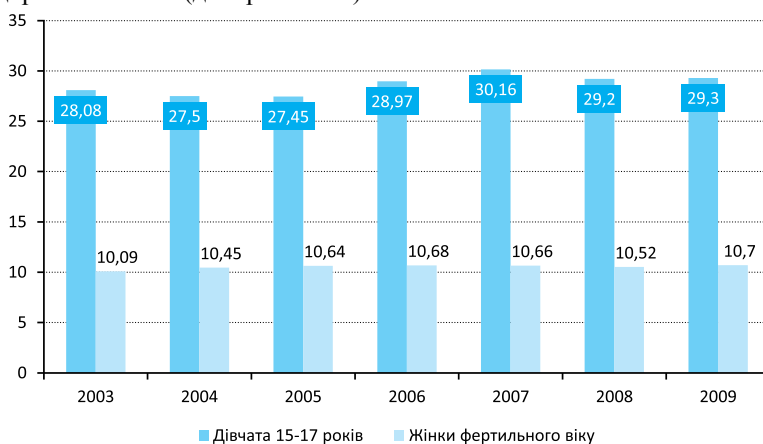


Рис. 2.3.8. Частота вперше виявлених розладів менструації (на 1000 відповідного населення)

Слід зазначити, що існують деякі особливості статевого розвитку серед молодих чоловіків. Так, науковими співробітниками ДУ «Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків Академії медичних наук України» було проведено медичне обстеження юнаків віком 10-18 років (2 894 особи), які проживали у міській та сільській місцевості. Результати дослідження показали особливості перебігу статевого дозрівання у сучасних підлітків, а саме - більш ранню появу (на 1-1,5 роки) ознак статевого розвитку ніж 20 років тому. Випередження статевого дозрівання сучасними підлітками зберігається десь до 13-14 років, після чого темпи дозрівання уповільнюються, а вже у 16-17 років цей рівень за показниками індексу маскулінізації стає нижчим, ніж на початку 90-х років.

Порушення статевого розвитку, переважно за рахунок його затримки, реєструються у 5,5 % - 5,7 % хлопців, незалежно від місця проживання, що в 1,5 рази перевищує показники 20-річної давнини. Спостерігалися деякі особливості клінічних проявів затримки статевого

³⁶ більш пізніші офіційні дані не виявлено

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

розвитку у мешканців села, які найчастіше були пов'язані з патологією фізичного розвитку (дефіцитом маси тіла та затримкою росту).

Ранній початок статевого життя дуже часто призводить до негативних наслідків, серед яких небажана вагітність та ранні пологи. Нині ситуація є невтішною, оскільки кількість ранніх пологів у дівчат-підлітків продовжує зростати: у 2009 р. цей показник збільшився на 15,6 % у порівнянні з 2005 р.

Загалом частота ранніх пологів протягом останніх років становить 9,1–10,8 на 1 000 відповідного населення, що значно перевищує цей показник в розвинутих європейських країнах (3,0–4,0).

Покращення ситуації вимагає різнопланової просвітницької роботи щодо здорового способу життя та відповідальної поведінки не тільки серед дівчат, але й хлопців. Існує цілий ряд державних та галузевих програм у цьому напрямку роботи (детально описані у розділі 1.2), які показали перші успішні результати. Так, впровадження та розвиток мережі закладів планування сім'ї, об'єднання їх роботи з соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді сприяли би покращенню ситуації з дітонародженням.

Наразі спостерігається позитивна динаміка скорочення абортів серед дівчат 15-17 років: за період 2002-2009 рр. цей показник зменшився на 51,4 %. Структурно ці зміни показано на рис. 2.3.9.

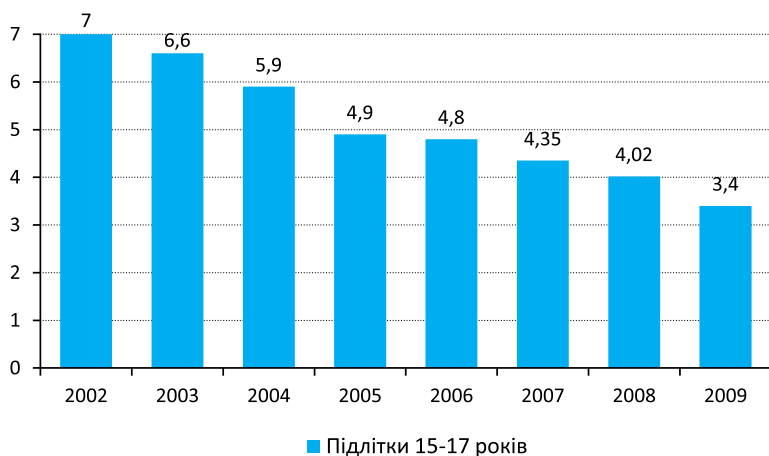


Рис. 2.3.9 Динаміка абортів у дівчат 15–17 років в Україні (на 1000 населення відповідного віку 2002–2009 рр.)

Для дітонародження важливо, аби жінки більш старшого віку свідомо ставилися до планування сім'ї, особливо в питаннях незапланованої чи небажаної вагітності. Дуже часто необдумані рішення призводять до руйнування сім'ї чи погіршення стану здоров'я її членів. Очевидно, що у цій сфері відбуваються зміни на краще, оскільки останніми роками спостерігається позитивна тенденція щодо динаміки частоти абортів серед молодих жінок віком 18-34 років: з 33,07 на 1 000 жінок у 2005 р. до 24,61 у 2009 р. (рис. 2.3.10).

Також суттєво знизилася кількість штучних кримінальних абортів, які традиційно займають значну частку серед причин материнської смертності та формують порушення репродуктивного здоров'я жінок (з 21 % до 13 % за період 2005–2009 рр.).

Якщо частота легальних абортів багато в чому залежить від ефективності роботи служб планування сім'ї, то нелегальні аборти є одним з детермінантів репродуктивного

здоров'я жіночого населення. Стабільне зниження кількості абортів, рівень яких у 2009 р. склав 15,1 на 1000 жінок репродуктивного віку, дозволило Україні переміститися в рейтингу країн світу зі списку з високим рівнем розповсюдженості абортів (понад 20,0 на 1000 жінок репродуктивного віку) в список з середнім рівнем (20,0 – 15,0).

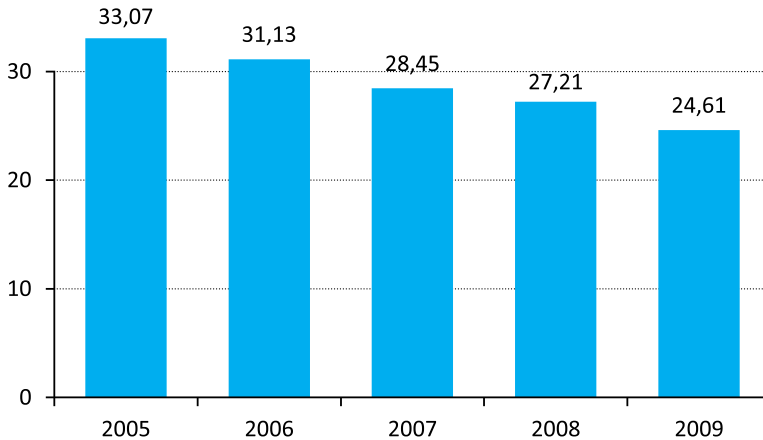


Рис.2.3.10. Динаміка частоти абортів у жінок 18–34 років в Україні у 2005–2009 рр.
(на 1000 жінок відповідного віку)

Водночас рівень абортів в Україні значно перевищує аналогічний показник у розвинених країнах Європи. Наприклад, рівень абортів в Іспанії становить 5,2, Німеччині – 7,7, Італії – 11,4, Франції – 12,4, Норвегії – 15,6 на 1000 жінок репродуктивного віку.

Хвороби, що передаються статевим шляхом, негативно впливають на дітонародження, провокуючи безплідність. За даними офіційної статистики, частота безпліддя в Україні є приблизно однаковою за гендерним аспектом. Її показники коливаються в межах 3,5–2,8 на 1 000 осіб жіночої статі та 0,3 на 1 000 осіб чоловічої. Ця проблема торкається в середньому від 6 % до 20 % усіх українських сімей. У зв'язку з цим, питання діагностики та лікування бездітного шлюбу є вкрай актуальним та потребує відповідних державних програм не тільки в сфері охорони здоров'я, але й в соціальній та освітній сферах.

Так, у програмних документах для заохочування народжуваності передбачається оплата одного курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за рахунок державного бюджету. Звичайно, що цих заходів не достатньо, мова має йти про комплексну системну роботу та значну просвітницьку діяльність всіх зацікавлених органів та структур.

Останніми роками в Україні щорічно виявляється понад 4 тис. жінок репродуктивного віку з локалізацією злоякісних новоутворень в жіночих статевих органах. Така ситуація тісно пов'язана з соціальною сферою та екологічними умовами проживання. Важливо, аби для її вирішення долучалися різні органи державної влади на базі міжгалузевого підходу з об'єднанням необхідних ресурсів.

У підсумку зазначимо, що репродуктивне здоров'я значною мірою залежить від загального стану здоров'я людини, умов життя, статевої культури, якості та доступності медичної допомоги, екології та способу життя. Існує ряд проблем, пов'язаних з загальним станом репродуктивного здоров'я (незапланована вагітність, штучне переривання, безпліддя, соціально небезпечні хвороби та хвороби, що передаються статевим шляхом, онкологічні захворювання), які негативно впливають на демографічну ситуацію в країні.

Подолання цих проблем можливе через організацію міжгалузевої системи формування безпечної статевої поведінки серед молоді та формування навичок здорової поведінки

РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

шляхом проведення різноманітних заходів, що були би спрямовані на статеве виховання, формування навичок планування сім'ї та здоровий спосіб життя.

Оскільки програмами з популяризації здорового способу життя, зокрема профілактики ризикованої поведінки серед підлітків та молоді займається велика кількість державних структурних підрозділів та громадських організацій, часто ці зусилля суперечать одне одному та навіть мають шкідливий вплив на молодь.

Тому для різних груп спеціалістів (принаймні, педагогів та соціальних працівників) необхідно виробити єдині інформаційні стандарти щодо роботи з первинної профілактики, які включали би в себе змістовний (принципи, теоретичні питання) та операційний компоненти (рекомендовані форми та методи роботи). Важливо посилити комбіновану профілактику, що може змінити національну відповідь на епідемію ВІЛ та туберкульозу в країні.

Загалом можна стверджувати, що докорінних змін у стані здоров'я української молоді останнім часом не відбулося. Натомість постійно зростає рівень захворюваності та смертності від серцево-судинної патології, викликаной несприятливою соціально-економічною ситуацією в суспільстві, стресами, перевантаженнями навчанням, роботою та відсутністю доступних засобів для відновлення здоров'я. Збільшується кількість хронічних захворювань серед учнівської та студентської молоді, що пов'язано з функціональними відхиленнями в діяльності серцево-судинної системи й зростанням нервово-психічних розладів. Актуальним залишається питання відчутної потреби у будівництві нових та реконструкції вже існуючих спортивних споруд з басейнами та залами для ігрових видів спорту.

Іншою нагальною проблемою є попередження і профілактика соціально небезпечних хвороб і негативних явищ серед дітей та молоді. Хоча в Україні триває процес становлення сфери допомоги залежним групам населення, проте важливим є створення єдиної мережі установ, які б спільно передбачали та реалізовували не тільки медичний, а й соціальний, психологічний та духовний компонент у сфері надання послуг.

Актуальною є і робота з батьками, спонукання їх до обговорення з дітьми ризиків для здоров'я, контролю за поведінкою та проведення вільного часу, формування довірчих стосунків у родині, дотримання сімейних цінностей усіма її членами. На часі забезпечення родин відповідною навчальною та методичною літературою, ефективна робота соціальних консультаційних служб для батьків.

Щодо репродуктивного здоров'я, воно значною мірою залежить від загального стану здоров'я людини, умов життя, статевої культури, якості та доступності медичної допомоги, екології та способу життя. Подолання проблем у цій сфері (незапланована вагітність, штучне переривання, безпліддя, соціально небезпечні хвороби та хвороби, що передаються статевим шляхом, онкологічні захворювання) можливе через організацію міжгалузевої системи формування безпечної статевої поведінки серед молоді та формування навичок здорової поведінки шляхом проведення заходів з питань статевого виховання, формування навичок планування сім'ї тощо.

Видається доцільним розроблення єдиних інформаційних стандартів в галузі профілактичної роботи, що включали би змістовний (принципи, теоретичні питання) та операційний компоненти (рекомендовані форми та методи роботи). Вищезначене потребує кардинальних змін у сфері молодіжної та соціальної політики, де головним з напрямків має стати формування здорового способу життя серед дітей та молоді.

РОЗДІЛ 3 СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ: ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

3.1. Соціально-економічні фактори впливу на спосіб життя та ціннісні орієнтації молоді в Україні

Існують три рівні критеріїв, за якими визначають спосіб життя людини: якість, рівень та стиль її життя. Кожен з цих критеріїв формується рядом показників і може схилити дії людини як в сторону позитивних, так і негативних дій. Аби держава мала можливість впливати на позитивні вибори, молоді слід звернути увагу на показники, що впливають на якість її життя. Мова йде не тільки про матеріальний стан (через вивчення доходів та витрат), забезпечення житлом, наявність освіти, роботи, а й духовний та моральний.

Період розбудови державності був складним для населення України, оскільки відбувалося стрімке падіння рівня життя. Але останніми роками ситуація дещо покращилася. Так, за даними Державного комітету статистики [1, 2], в період з 2003 по 2009 рік відбулося суттєве зростання номінальних доходів населення одночасно зі збільшенням розміру прожиткового мінімуму (див.рис.3.1.1).

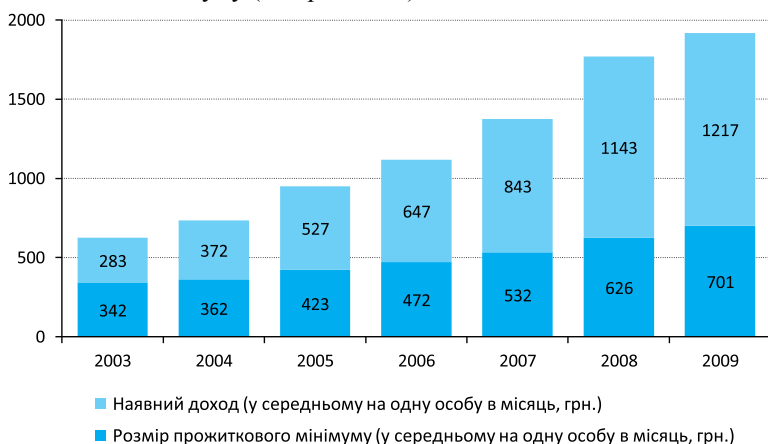


Рис. 3.1.1. Наявний середній дохід населення та прожитковий мінімум, 2003-2009 рр.³(у середньому на одну особу в місяць, грн.)

Однак, якщо в 2003 р. розмір прожиткового мінімуму був більший за наявний середньомісячний дохід і становив 120 %, то у 2009 р. складав лише 57,6 % (у 2006 р. – 72,9 %). Тобто доходи населення виросли як номінально, так і збільшилися порівняно з розміром прожиткового мінімуму приблизно вдвічі.

Ресурси домогосподарств складаються не лише з грошових доходів населення. Серед них провідне місце займають вже згадані вище грошові доходи (89,0-81,1 %); вартість спожитої продукції, отриманої з особистого підсобного господарства та від самозаготівель (9,5-4,6 %); безготівкові пільги та субсидії на оплату житлово-комунальних послуг, електроенергії, палива (1,4-0,5 %); безготівкові пільги на оплату товарів та послуг

¹ http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2010/gdn/dvn_ric/dvn_ric_u/dvn_kv09_u.htm

² http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/gdn/dvn_ric/dvn%20_u/dvn_u.htm

³ Розраховано автором за даними Державного комітету статистики України

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

з охорони здоров'я, туристичних послуг, путівок на бази відпочинку, на оплату послуг транспорту, зв'язку (1,0-0,5 %). При чому з 2003 р. частка усіх ресурсів, окрім грошових доходів, стабільно зменшується.

Цікавою для аналізу є сама структура грошових доходів, де чільне місце посідає оплата праці, частка якої в структурі грошових доходів поступово зростає до 2007 р., а до 2009 р. повільно зменшується.

Водночас спостерігається стабільне зростання частки доходів від підприємницької діяльності та самозайнятості, а також частки пенсій, стипендій, соціальної допомоги, наданої готівкою в структурі грошових доходів.

Таке зростання може бути показовим для визначення особливостей способу життя та ціннісних орієнтацій молоді і потребує більш детального дослідження. Щодо частки доходів від продажу сільськогосподарської продукції у структурі сукупних ресурсів, вона поступово зменшується (від 5,4 % у 2003 р. до 2,9 % у 2009 р.).

Вивчення загальних тенденцій соціально-економічного розвитку молоді та їх вплив на спосіб життя також потребує додаткових досліджень. Наразі основним джерелом формування грошових доходів молоді виступає оплата праці за основним місцем роботи: у 2008 р. частка цього джерела доходів становила 83,7 %, що майже збігається з загальноукраїнськими показниками⁴.

Слід відмітити, що у структурі особистих доходів молоді частка оплати праці, отриманої на інших постійних та тимчасових роботах, значно перевищує відповідні показники в розрізі всього населення, що свідчить про більшу активність молоді в пошуках додаткового заробітку.

Низький рівень оплати праці на основній роботі молодь намагається компенсувати додатковою зайнятістю. Найбільшу вагу частка оплати праці на інших тимчасових роботах має для осіб віком 19-22 роки, тобто для тієї групи молоді, переважна більшість якої ще продовжує навчання.

Наступною вагомою статтею доходів молоді є грошова допомога від родичів та знайомих, яка становила 10,3 % у 2008 р., що значно перевищує загальноукраїнські показники. Питома вага цього доходу є вдвічі більшою серед бездітних молодих домогосподарств, ніж серед молодих домогосподарств з дітьми. А найменше значення це джерело має для багатопокілних домогосподарств, де поряд з молоддю мешкають діти й особи пенсійного віку.

Важливим за своїм значенням у структурі загальних доходів для молоді є дохід від підприємницької діяльності, який становить 8,4 % загального доходу, питома вага якого поступово збільшується. Найбільшого числового значення він сягає серед молодих домогосподарств з 2 та більше дітьми - 8,7 % та молоді без дітей - 11,3 % загальних доходів. Цей показник серед молоді значно перевищує загальнонаціональні показники і свідчить про зростання уваги молоді до підприємницької діяльності.

Результати дослідження Інституту соціології НАН України, проведеного у 2010 р., показують ставлення молоді віком до 30 років до підприємницької діяльності (див. табл.3.1.1).

Так, молоді люди віком до 30 років позитивно ставляться до розвитку підприємництва (цілком схвалюють – 91 особа та скоріше схвалюють – 135 осіб). Люди середнього віку більш позитивно налаштовані на розвиток приватного підприємництва (202 та 334 осіб відповідно).

Ставлення до розвитку приватного підприємництва тісно пов'язане з намірами відкрити свою справу, наразі молодь менш до цього схильна ніж люди, середній вік яких 30-54 роки.

⁴ Інформація подається за матеріалами, наданими Одеською державною обласною адміністрацією

Наявна тенденція є зрозумілою, з віком у людини збільшується досвід, розширюється доступ до різноманітних ресурсів, готовність до самостійної роботи тощо (див. табл.3.1.2).

Таблиця 3.1.1.
Ставлення до розвитку приватного підприємництва, осіб

Як Ви ставитеся до розвитку приватного підприємництва (бізнесу) в Україні?	Цілком схвалюю	Скоріше схвалюю	Важко сказати	Скоріше не схвалюю	Зовсім не схвалюю
Молодь <30 років	91	135	81	35	10
Середній вік 30-54 років	202	334	194	105	46
Старший вік>54	46	162	182	90	68

Джерело: Інститут соціології НАН України, 2010

Таблиця 3.1.2.
Готовність відкрити свою власну справу, осіб

Чи хотіли б Ви відкрити свою справу (власне підприємство, фермерське господарство тощо)?	Так	Скоріше так	Важко сказати	Скоріше ні	Ні
Молодь <30 років	189	90	33	15	29
Середній вік 30-54 років	303	198	132	86	165
Старший вік>54	58	48	70	64	318

Джерело: Інститут соціології НАН України, 2010

Зрозуміло, що не всі члени домогосподарств або родин, в яких проживає молодь, беруть участь у формуванні сукупних доходів. На запитання соціологічного дослідження, проведеного у 2008 р. Українським центром економічних і політичних досліджень ім. О. Разумкова [5] «Рівень доходів Вашої родини забезпечується переважно...», 32,0 % респондентів зазначили, що він забезпечується їх особистими доходами, 51,3 % – рівною мірою доходами респондентів і доходами інших членів родини, 19,5 % – доходами інших членів родини, 3,4 % зазначили, що їм важко відповісти і 1 % респондентів взагалі не відповіли на запитання.

Із загального рівня доходів родин чи домогосподарств важко виокремити доходи саме молоді [6]. Так, найвищі доходи отримує молодь віком 29-35 років, а найнижчі – особи, молодші за 19 років. При цьому доходи молоді віком 18 років важко вказати, оскільки ця група здебільшого продовжує навчання і не виходить на ринок праці. Рівень їх матеріального забезпечення формується переважно за рахунок допомоги батьків або інших джерел існування, що не пов'язані з трудовою діяльністю.

При переході молодих людей до наступної вікової категорії (19-22 роки) їх особисті доходи значною мірою зростають (майже в 7 разів) і наближаються до середньоукраїнських показників. Цікавим фактом оцінки доходів є аналіз співвідношення доходів осіб,

⁵ Дослідження проведене соціологічною службою Українського центру економічних і політичних досліджень імені Олександра Разумкова з 19 по 25 червня 2008 року. Було опитано 2014 респондентів віком від 18 років у всіх областях України, Києві та АР Крим за вибіркою, що репрезентує доросле населення України за основними соціально-демографічними показниками. Теоретична похибка вибірки (без врахування дизайну-ефекту) не перевищує 2,3% з імовірністю 0,95.

⁶ Інформація подається за матеріалами, наданими Одеською державною обласною адміністрацією.

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

молодших за 29 років з доходами молоді віком 29-35 років. Так, в 2007 р. середній розмір особистих доходів осіб 19-22 років складав лише 40,4 %, а осіб віком 23-28 років – 76,5 % від рівня доходів осіб віком 29-35 років. У 2008 р. ця диспропорція в доходах молоді різних вікових категорій дещо знизилася, а саме: до 42,8 % та 83,4 % відповідно.

Проведений аналіз показує, що існує диференціація доходів молоді залежно від віку: більші доходи у більш старших молодих людей, які, відповідно, мають вищий суспільний статус, не пов'язаний з навчанням чи першим місцем роботи. Вони вже мають досвід практичної діяльності та навички самостійного прийняття рішень.

Однак рівень доходів не завжди відповідає рівню витрат. Дослідження Київського міжнародного інституту соціології [7] протягом останніх 15 років фіксують значне розходження між доходами та споживанням домогосподарств в Україні – рівень доходів є нижчим за розмір витрат, що може свідчити про наявність неофіційних джерел доходів.

За даними Державного комітету статистики, середньомісячні сукупні витрати одного домогосподарства за 2009 р. склали 2754 грн. Міське домогосподарство витрачало в середньому за місяць 2913 грн., сільське – 2396 грн. У середньому на одного члена домогосподарства сукупні витрати становили 1059 грн. на місяць, у міських домогосподарствах – 1147 грн., у сільських – 875 грн. Серед усіх сукупних витрат домогосподарств у 2009 р. 88 % становили споживчі витрати.

Найбільш вагомою статтею (майже 52 %) сукупних витрат домогосподарств залишалися витрати на харчування (включаючи харчування поза домом). На купівлю непродовольчих товарів та оплату послуг (без витрат на харчування поза домом) домогосподарства направляли третину усіх витрат. Витрати на алкогольні напої та тютюнові вироби становили відповідно 1,5 % та 1,7 % сукупних витрат домогосподарств.

Частка неспоживчих сукупних витрат склала більше 12 % усіх витрат домогосподарств (рис. 3.1.2).

Показовими також є дослідження витрат у сфері охорони здоров'я. На запитання соціологічного дослідження, проведеного у 2008 р. Українським центром економічних і політичних досліджень ім. О. Разумкова [8]: *«Чи доводилося Вам відмовлятися від медичного огляду, медичної допомоги (операції, лікування в стаціонарі, придбання необхідних ліків) з причини відсутності на це коштів?»*, 30,3 % респондентів дали ствердну відповідь, 69,6 % зазначили, що не доводилося і 0,1 % не відповіли на запитання. Така ситуація демонструє вплив матеріального становища на стан здоров'я людини.

Отже, основним джерелом формування грошових доходів молоді виступає оплата праці за основним місцем роботи, що спонукає молодь до пошуку постійного місця працевлаштування. Низький рівень оплати праці на основній роботі молодь намагається компенсувати додатковою зайнятістю. При цьому спостерігається поступовий відхід молоді від сільськогосподарської діяльності та зростання уваги до приватного підприємництва.

Спосіб життя та ціннісні орієнтації молоді корелюють значною мірою з наявністю житла та побутовими умовами проживання. Сьогодні в Україні реалізується Державна програма забезпечення молоді житлом на 2002-2012 роки, затверджена постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми забезпечення молоді житлом на 2002 — 2012 роки».

Згідно із даними Державного фонду сприяння молодіжному житловому будівництву за час його роботи (з 1998 р.) молодим сім'ям було надано 9 061 пільгових кредитів, та

⁷ Харченко Н. До 15-річчя КМІС: Основні результати досліджень КМІС зв'язків соціальних структур та соціальних орієнтацій, 2008. Доступно з: <http://www.kiis.com.ua/index.php?id=4&sp=1>

⁸ Дослідження проведене соціологічною службою Українського центру економічних і політичних досліджень імені Олександра Разумкова з 19 по 25 червня 2008 року. Було опитано 2014 респондентів віком від 18 років у всіх областях України, Києві та АР Крим за вибіркою, що репрезентує доросле населення України за основними соціально-демографічними показниками. Теоретична похибка вибірки (без врахування дизайн-ефекту) не перевищує 2,3% з імовірністю 0,95.

за допомогою програми часткової компенсації відсоткової ставки кредитів комерційних банків було укладено 17 210 угод. Найбільший попит на ці програми зафіксовано у 2004-2005 роках, коли було укладено відповідно 1 601 та 15 800 угод за програмами пільгового кредитування молодіжного будівництва і часткової компенсації відсоткової ставки комерційних банків для будівництва (реконструкції) та придбання житла. Починаючи з 2006 року, умови укладання угод за програмою часткової компенсації погіршилися, адже користуватися компенсацією можна тільки протягом 5 років. Тому в 2006 році не було укладено жодного договору.

* Включаючи вартість харчування поза домом.

** Без вартості харчування поза домом

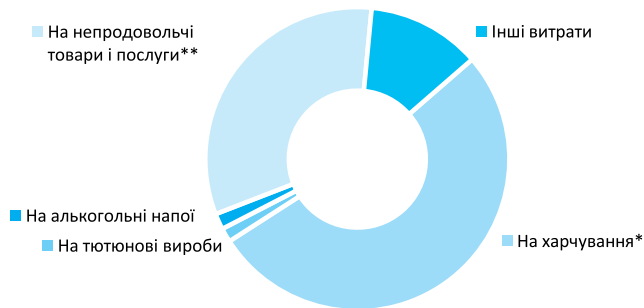


Рис. 3.1.2. Структура сукупних витрат домогосподарств, %

Головною причиною низького рівня ефективності слід вважати обмежене фінансування з Державного бюджету України. За 10 років існування програми пільгового кредитування було виділено всього 663 млн гривень, а з місцевих бюджетів — 194 млн. Починаючи з 2003 року, коли була запроваджена програма часткової компенсації, було використано 240 млн. гривень. У бюджеті на 2009 рік не було передбачено витрат на програму пільгового кредитування, а програма часткової компенсації була профінансована лише на 50 млн гривень.

Держава на сучасному етапі ще не може гарантувати молодим сім'ям повноцінну реалізацію їх права на житло через програми надання пільгових кредитів та часткової компенсації банківської ставки. Головною проблемою обох програм слід вважати той факт, що взяти кредит може тільки та родина, рівень доходів якої дозволить робити щоквартальні або щомісячні виплати.

Нині спостерігається ситуація, коли молодь не бажає жити з батьками, а хоче створювати сім'ю у власному помешканні. Найдоступнішим способом реалізації свого права на житло залишається найм: соціальний, комерційний та користування гуртожитками. [9].

Наразі у черзі на отримання соціального житла в Україні перебуває близько 1,25 млн сімей, з яких молоді сім'ї складають 90 тисяч. Незважаючи на те, що молоді сім'ї мають право на першочергове отримання житла, швидкість просування черги становить близько 18 років. Відповідно, зважаючи на відсутність власного житла, значна частка молоді відкладає шлюбні стосунки та дітонародження на невизначений термін.

Так, за даними соціологічного дослідження «Становище студентської молоді», проведеного у 2008 р. Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді, відповіді

⁹ Харитонов Є.О., Галянич М.К., Лічман Л.Г., Дрішлюк А.І., Дрішлюк В.І. та ін. Правове регулювання житлових відносин в Україні: Навчально-довідкове видання /За ред. Харитонova Є.О.-Х.:ТОВ «Одіссей».- 2008.- С. 143

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

респондентів на запитання «В якому віці Ви плануєте створити сім'ю?» розподілилися наступним чином: 17,8 % планує створення сім'ї у 17-22 роки; 23,4 % – у 23-24 роки; 24,8 % – у 25 років; 28,2 % – у 26 років і старше. Цікавим також є взаємозв'язок житлових умов та народження дітей – 22 % молодих пар відкладають народження дітей саме через житлові проблеми.

Важливою ознакою сучасного стану економічного розвитку українського суспільства стає підвищення ролі вищої освіти як чинника забезпечення більш високих доходів і стандартів життя. Про це свідчать дослідження Київського міжнародного інституту соціології^[10], які підтверджують позитивний вплив освіти на рівень матеріального добробуту. Населення з неповною середньою освітою продовжує мати найнижчий рівень матеріального добробуту, а в результаті економічного підйому після 2000 року підвищувало його значно повільніше, ніж особи з вищою професійною освітою.

Ціннісні орієнтації молоді стосовно того чи іншого професійного фаху формуються під впливом суспільства. Тому дуже часто мотивацією при виборі професії є перспектива працевлаштування на високооплачувану роботу.

Саме через це останніми роками ринок праці активно наповнюється великою кількістю юристів, економістів, менеджерів, яких неможливо (через перенасичення ринку) працевлаштувати в межах держави. Перекваліфікація таких спеціалістів поки що ефективно не налагоджена, а значна частка молоді шукає роботу за кордоном.

Не дивлячись на труднощі, що виникають після закінчення вищих навчальних закладів, простежується стійка тенденція щодо зростання кількості випускників вишів (далі - ВНЗ) та зменшення кількості випускників професійно-технічних навчальних закладів (див. рис.3.1.3.).

Описана ситуація показує, що в країні продовжує зростати кількість освічених молодих людей, здатних до саморозвитку та самовдосконалення. Всі вищезазначені тенденції потребують більш детальних соціологічних досліджень та оцінки.

Слід зазначити, що українська молодіжна політика, як і інші напрями державної політики, переживає серйозні процеси трансформації. Вони зумовлені, з одного боку, перебудовою політичної системи українського суспільства, а з іншого - прагненнями України щодо інтеграції до Європейського Союзу. Тому без створення сприятливих соціально-економічних умов, на рівні європейських, буде складно досягти суттєвих зрушень у молодіжній сфері.

Цю тезу підтверджують дані опитування, що проводилося в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група» з метою вивчення потреб та поглядів молоді щодо розвитку молодіжної політики¹¹. За цими даними, 65,63 % молодих людей вважають, що держава має розробляти спеціалізовані програми по роботі з молоддю. В той же час 54,13 % респондентів вказали, що зовсім не обізнані з державною молодіжною політикою, 37,38% знають про це зовсім небагато. Серед основних напрямків молодіжної політики 73,7% респондентів виділяють *соціально-економічний* (забезпечення житлом, транспортом, побутовими послугами, професійна підготовка, працевлаштування, допомога молодим підприємцям, тощо); 48 % - *підтримку молодих родин* (підготовка до створення родини, консультації зі здорового харчування, виховання, здоров'я дітей тощо); 45,6 % мають потребу в більш активному впровадженні програм з *оздоровлення та охорони здоров'я* (участь у спортивних секціях, туристичних походах, змаганнях; навчання здоровому харчуванню, навичкам допомоги у надзвичайних випадках тощо).

Проведений аналіз основних тенденцій щодо соціально-економічного стану молоді та ціннісних орієнтацій у сфері освіти свідчить про існування значної диференціації доходів

¹⁰ Харченко Н. До 15-річчя КМІС: Основні результати досліджень КМІС зв'язків соціальних структур та соціальних орієнтацій, 2008. Доступно з: <http://www.kiis.com.ua/index.php?id=4&sp=1>

¹¹ виконавець - Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України (на замовлення ЮНІСЕФ) Київ - 2010 р.

залежно від віку, а головним джерелом наповнення бюджету виступає оплата праці за основним місцем роботи. Рівень доходів істотно впливає на співставлення самооцінки з можливостями й реаліями ринкового становища. Відсутність житла та умов для його отримання створює певну нестабільність в житті молодих сімей та негативно впливає на їх бажання народжувати дітей.

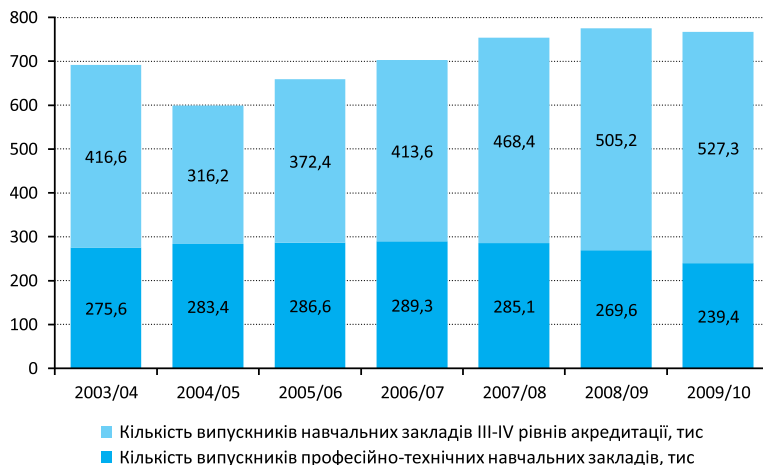


Рис. 3.1.3. Випускники вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації та випускники професійно-технічних навчальних закладів, тис.¹²

Вища освіта залишається важливим чинником для успішного соціального становлення та розширює можливості інтеграції у суспільство. У цьому аспекті важливо, аби програми формування здорового способу життя стали невід'ємною частиною підготовки майбутніх спеціалістів, які в процесі творчого життя запроваджуватимуть технології здоров'я не тільки в родинному колі, але й на робочому місці.

Змістовне організоване дозвілля слід розглядати як альтернативу негативним проявам, яка сьогодні залежить від різних соціально-економічних факторів. Це не тільки заняття фізичною культурою, які в деяких випадках можуть відбуватися і без особливих умов (ранкова гімнастика дома, ранковий біг у парку чи сквері, заняття на саморобних тренажерах), але й тематичні акції та заходи, які традиційно користуються популярністю серед молоді. Духовний розвиток також потребує коштів на придбання книг, платівок, білетів до театрів та на виставки.

¹² http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/osv_rik/osv_u/ptu_u.html; http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2005/osv_rik/osv_u/vuz_u.html

3.2. Світові культурно-інтеграційні процеси та їх вплив на спосіб життя української молоді

Участь України у світових культурно-інтеграційних процесах активно впливає на спосіб життя молоді. В повсякденному житті поширюються нові цінності та моделі поведінки, які можна спостерігати в економічній, політичній, культурній та соціальній сферах життя. Європейська культура здоров'я все більше покладається на дії, пов'язані з покращенням екології, виробництвом якісних продуктів харчування, поширенням рухової активності. Особлива увага приділяється ініціативам молоді щодо здорового способу життя та активізації цього процесу не тільки в навчальних закладах, але й за місцем проживання та відпочинку.

Складні соціально-економічні умови та загальний стан здоров'я населення дають підстави сумніватися у можливості та доступності таких дій у нашій державі. Чому також сприяє громадська думка. Наприклад, за матеріалами міжнародного дослідження «Світові цінності», яке проводилося в 2005–2008 рр., самооцінка здоров'я з боку українців була визначена «як набагато гірша, ніж в інших країнах світу». З 77 країн, які брали участь у цьому дослідженні, наша зайняла умовне передостаннє місце, випередивши лише Грузію (скорочений варіант таблиці самооцінки здоров'я країн див. табл. 3.2.1).

Таблиця 3.2.1

**Самооцінка стану здоров'я населенням деяких країн світу
віком від 18 років і старше, %***

	Добре	Задовільне	Погане
Україна	47	37	16
Австралія	75	20	5
Бразилія	74	23	3
Болгарія	55	31	14
Канада	82	14	4
Китай	62	24	14
Фінляндія	67	27	6
Франція	72	23	5
Грузія	42	38	20
Німеччина	72	23	5
Польща	56	32	12
Румунія	54	32	14
Росія	40	46	14
Швеція	78	19	3
Великобританія	74	18	8
США	82	14	4

* За матеріалами міжнародного дослідження «Світові цінності», яке проводилося в 2005–2008 рр.

Слід зазначити, що молодь не поділяє думки більш старших категорій населення та досить оптимістично оцінює своє здоров'я. За даними національного моніторингового дослідження Інституту соціології НАН України, проведеного у квітні 2010 р., 36 %

респондентів віком 18–35 років вказали, що вважають своє здоров'я «відмінним» та «добрим», ще 58 % визнали його «задовільним» і лише 6 % засвідчили, що мають «погане» здоров'я.

Схожий стан речей продемонструвало й дослідження «Молодь України: спосіб життя та ціннісні орієнтації», проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка (УІСД/ЦСМ) на замовлення ГО «Український центр соціальних реформ». За їх даними, 94 % молоді віком від 15 до 34 років оцінюють стан свого здоров'я як «дуже добрий», «скоріше, добрий» та «задовільний» і лише близько 6 % дають негативну оцінку.

Науковці цієї дослідницької установи стверджують, що якщо у 2003 р. серед 15–28-річних респондентів добру оцінку своєму здоров'ю давали 56 % опитаних, то в 2010 р. їх кількість суттєво зросла до 67 %. Але молодим людям притаманний юнацький максималізм, тому з віком відбувається більш реалістичне переоцінювання. Про що свідчать наступні дані. «Дуже добрим» та «скоріше добрим» у 2010 р. стан свого здоров'я назвали: серед 15–19-річних 75 % опитаних, серед 20–24-річних – 66 %, серед 25–29-річних – 59 %, а серед 30–34-річних тільки 48 %. Подібні настрої панують серед молоді й інших країн. Так, за даними вищезазначеного міжнародного дослідження «Світові цінності», лише 3 % молодих людей вказали, що мають «погане» або «дуже погане» здоров'я.

Отже, українська молодь, як і молодь інших країн, має схожі підходи до самооцінки свого здоров'я, що характеризуються завищеними загальними очікуваннями. Здоровий спосіб життя не завжди обирається свідомо, існують думки, що його можна зберегти тільки через фізичну активність, а, наприклад, харчування чи здорова поведінка не є суттєвими.

Існує багато аспектів з питань, пов'язаних зі способом життя, які об'єднують українську та європейську молодь. Сьогодні молодь вже не є пасивним реципієнтом тих інновацій, що надходять ззовні, а приймає в їх розвитку активну участь.

Зауважимо, що участь молодих людей в інтеграційному процесі може бути повноцінною лише у випадку, якщо сама держава визнає та заохочує молодь через політичні партії, профспілки і громадські об'єднання і, найголовніше, коли докладаються зусилля для сприяння формуванню молодіжних об'єднань за участю і силами самих молодих людей.

Важливо, що більшість з означених дій окреслена у законодавчих документах, що стосуються реалізації молодіжної політики в Україні. Основним документом у цій діяльності є Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2009–2015 роки, яка була затверджена Постановою КМУ від 28 січня 2009 р. № 41 [13].

Інтеграційна політика для молоді досить широко впроваджується у сфері освіти, яка активізувалася після приєднання України до Болонського процесу. Нова освіта передбачає інтеграцію знань про Європу та її цінності до системи освіти України, розробку навчальних курсів, програм, реалізацію проектів, організацію співпраці з вищими навчальними закладами європейських країн. Також існує студентський та учнівський обмін через державні та міжнародні програми щодо приєднання до Болонського процесу через узгодження, відповідно до вимог, певних норм і стандартів.

Інтеграція у сфері освіти також активно впроваджується на місцях. Наприклад, делегація від Харківської області наприкінці червня 2010 р. взяла участь у роботі міжнародного центру «Слов'янська співдружність» (Краснодарський край, Російська Федерація), до участі в якій було залучено представників творчої молоді, молодіжного громадського руху області.

Також відбулася міжнародна конференція «VI Дринівські читання», присвячена темі «Болгарія – Україна: від Євразійських імперій до Європейського Союзу»; Східний міжнародний форум Європейського молодіжного парламенту за темою: «Технології та

¹³ Постанова КМУ від 28.01.2009 № 41 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2009–2015 роки. / Офіційний вісник України від 09.02.2009 - 2009 р., № 7, стор. 50, стаття 217, код акту 45654/2009

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

інновації – шлях до сталого розвитку». Цього ж року пройшли урочисті заходи з нагоди святкування Дня Європи в Україні за участі молоді з числа учнів, студентів, вихованців волонтерських шкіл і центрів області.

Однак такі інтеграційні процеси в освіті можуть мати як конструктивний (розширення кругозору, знайомство з іншими культурами, надання можливостей та конкурентоспроможність на світовому ринку праці), так і деструктивний характер (орієнтація на виїзд до інших країн). Наприклад, дослідження Державного інституту розвитку сім'ї та молоді¹⁴ свідчить, що 20,6 % студентської молоді планує у найближчій перспективі поїхати до однієї з країн далекого зарубіжжя (крім країн СНД) на навчання. Важливо, аби в процесі такої інтеграції молодь не втратила свого ціннісного ставлення до суспільства і держави, сформованого в традиційному національному контексті.

З цією метою Міністерство освіти і науки пропонує здійснювати відповідні заходи. *По-перше*, виокремити патріотичне виховання у виховній роботі в навчальних закладах. *По-друге*, запроваджувати виховні теми, спрямовані на підвищення національної самосвідомості, уміння осмислювати моральні та культурні цінності, історію, звичаї, обряди, символіку. *По-третє*, виховувати повагу та любов до рідної мови.

Наступною важливою частиною інтеграції молоді, що впливає на її спосіб життя, є приведення вітчизняного ринку праці до стандартів європейського (робочі місця, трудові відносини, законодавство, норми та інші фактори). Тут найбільшою проблемою постає зовнішня трудова міграція з країнами, куди виїжджає на тимчасову роботу українська молодь. Така тимчасова міграція для багатьох молодих українців стає початковим етапом еміграційного процесу, що є вкрай негативним явищем для українського суспільства, адже внаслідок трудової міграції країну залишає найактивніша, найосвіченіша і конкурентоспроможна молодь.

Вже сьогодні 23,8 % студентської молоді планує виїхати за кордон на постійне місце проживання, мотивуючи основну причину свого виїзду тим, що за кордоном вищий матеріальний рівень життя (49,4 % тих, хто планує виїхати).

Значний вплив на такі настрої має пропагування європейської цінності успіху, де матеріальні атрибути й зовнішні ознаки (розкішне житло, персональний транспорт, ексклюзивний одяг, коштовні прикраси, престижне дозвілля) є головним мірилом для активних дій.

Також можна спостерігати тенденцію зміни ціннісних орієнтацій молоді від загальносуспільних до особистісних. Наприклад, сьогодні сім'я як стримуючий фактор для виїзду за кордон є важливою лише для 37 % студентської молоді, а Батьківщина - для 25,9 %. Наша країна з часом може втратити значний людський потенціал та мати проблеми з розвитком громадянського суспільства. Також важливо створити умови для духовного й культурного розвитку, зробивши акцент на культурну спадщину та цінність самої людини як особистості для країни.

Серед не менш важливих галузей інтеграції молоді у світову та європейську спільноту є створення умов для забезпечення здорового способу життя. Наприклад, результати соціологічних досліджень свідчать, що для 96,9 % студентської молоді здоров'я є «дуже цінним» (79,4 %) або «цінним» (17,5 %). На другому місці за цінністю вони визначають «сімейне благополуччя» - 96,6 %. Велике значення студентська молодь надає хорошим стосункам з оточуючими людьми (95,6 %), матеріальному добробуту (94,4 %) та економічній незалежності (93%).

Тобто здоров'я посідає перше місце у ціннісних орієнтаціях молоді віком 18-24 років.

¹⁴ Дослідження «Становище студентської молоді України», проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка. Опитування проводилося у лютому-грудні 2008 року в усіх областях України, АР Крим та місті Києві. Всього опитано 5103 респонденти 2-го, 3-го, 4-го, 5-го, 6-го курсів ВНЗ III-IV рівнів акредитації. Стандартні відхилення при достовірних 95 відсотках і співвідношенні змінних від 0,1 : 0,9 до 0,5 : 0,5 становлять 0,84 – 1,40 відсотка.

На його рівень суттєво впливає здоровий спосіб життя, який поєднує фізичну активність, здорове харчування, відсутність шкідливих звичок. Практична реалізація цих постулатів виглядає по-різному. Соціологічні дослідження серед молоді цієї категорії показали, що серед проявів рухової активності найбільш популярними є прогулянки містом, що роблять щоденно 26 % молоді, лише 7,8 % щоденно займаються фізкультурно-оздоровчими заняттями і 7,5 % - спортивними іграми. Натомість 35,6 % молодих людей у вільний час надають перевагу пасивному відпочинку. Зниження рухової активності у вільний час стало характерною ознакою способу життя молодих людей.

Така ситуація, на думку фахівців Національного університету фізичного виховання та спорту, свідчить про те, що у суспільній свідомості ще не сформувалося новітнє ставлення до збереження здоров'я та розуміння можливостей масового спорту. За рівнем охоплення організованою руховою активністю наша країна поступається європейським країнам у 3-4 рази.

Наразі окремі практики з формування цінностей здоров'я впроваджуються на регіональному рівні. Зокрема в Харківській обл. щороку проводиться Міжнародний форум молоді «Молодь ХХІ століття», в ході якого, за участю представників молоді з різних областей України, країн близького зарубіжжя розглядається проблематика формування здорового способу життя в молодіжному середовищі. З відповідними структурними підрозділами Курської і Белгородської обл. Російської Федерації, Мінської обл. республіки Білорусь укладено договори про співпрацю у сфері підтримки молоді, у тому числі у частині, що стосується заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, відповідального ставлення до власного здоров'я.

Спосіб життя молоді тісно взаємопов'язаний з комунікативною діяльністю та спілкуванням, в першу чергу, через використання електронних засобів інформації: мобільного зв'язку, персональних комп'ютерів з доступом до мережі Інтернет тощо. Дослідження Державного інституту розвитку сім'ї та молоді показало, що 85,1 % студентської молоді дали ствердну відповідь на запитання: «Чи вважаєте Ви для себе за необхідне добре знати іноземну мову?». Зважаючи на все це, дуже складно прослідкувати той потік інформації, що отримує та засвоює молодь. Сьогодні замість участі у молодіжних групах, об'єднаннях (лише 1,9% це роблять щоденно і 87,8 % – майже ніколи) перевага надається віртуальному спілкуванню.

Позитивним впливом культурно-інтеграційних процесів на молодь є зміна у ставленні до вживання наркотиків та алкоголю, що є неприпустимим для 82,8 % та 21,3 % відповідно. Хоча вживання слабоалкогольних напоїв давно стало невід'ємним атрибутом молодіжних вечірок, зустрічей та вечірніх прогулянок.

Отже, можна зробити висновок, що вплив світових культурно-інтеграційних процесів спричинив певні зміни світогляду, ціннісних орієнтацій, соціального самопочуття та способу життя молоді. Ці зміни проявляються майже в усіх сферах життя, мають як позитивний, так і негативний вплив та суперечливі наслідки.

Основні молодіжні проблеми пов'язані з отриманням фахової освіти, працевлаштуванням, дозвіллям, оздоровленням. В багатьох країнах світу ці умови не тільки створені, але й постійно покращуються, що спонукає наших молодих людей їхати за кордон, поступово асимілюючись з місцевим населенням.

Запровадження доктрини національного виховання молоді з акцентом на формування здорового способу життя та можливості професійного й соціального розвитку може стати важливим кроком на шляху вирішення ситуації. Молодь має знати та розуміти, що без її активної участі не можливо побудувати не тільки майбутнє держави, але й її власне.

3.3. Духовний, освітній та культурний розвиток молодії людини

Формування здорового способу життя є складним довготривалим процесом, якому передуює відповідна державна політика, розробка цільових та регіональних програм, створення сприятливого середовища з необхідною організаційною структурою (через культурні, освітні, оздоровчі заклади) та підготовка кваліфікованих спеціалістів та волонтерів.

Без свідомої участі молоді, яка бере на себе відповідальність за своє здоров'я, цей процес може так і залишитися на рівні інформаційно-просвітницької роботи. Для того, аби молоді люди зробили свій вибір на користь здоров'я, потрібна клопітка праця з боку суспільства, держави, громади, сім'ї через підвищення духовного, освітнього та культурного рівня особистості.

Наразі існують певні тенденції, що показують готовність молоді до сповідуння здорового способу життя. За даними опитування, проведеного в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група»¹⁵, тільки третину вільного часу молоді люди приділяють спорту (34 %), заняттям танцями і музикою (19,9 %) та вивченню іноземної мови (16,7 %). Між тим, рівень пасивного дозвілля є дещо вищим: на спілкування з друзями у мережі Інтернет вказали 42 % осіб, а більшість часу за комп'ютерними іграми проводять 22,6 % (див. табл. 3.3.1).

Таблиця 3.3.1
Основні форми дозвілля молоді (віком від 15 до 24 років)

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповіли
Вивчаю іноземну мову	135	16.88	17.09
Займаюся спортом	272	34.00	34.43
Займаюся музикою, танцями, співом	159	19.88	20.13
Займаюся художньою творчістю	37	4.63	4.68
Займаюся тваринами / рослинами	95	11.88	12.03
Воджу машину/мотоцикл	102	12.75	12.91
Займаюся громадськими справами	27	3.38	3.42
Спілкуюся з друзями через Інтернет	336	42.00	42.53
Граю в комп'ютерні ігри	181	22.63	22.91
Інше (напишіть):	86	10.75	10.89
Домогосподарство, декретна відпустка	48	6.00	6.08

Очевидно, що ця проблема пов'язана більше з особистісними чинниками, ніж з зовнішніми (відсутністю стадіону, спортивного майданчику). Про що свідчать відповіді на запитання щодо доступності закладів фізичної культури та спорту за місцем проживання, навчання чи роботи. Більш ніж половина опитаних (51,5 %) свідчить, що має достатній доступ до цих закладів, до участі у заходах з туризму та інших форм активного відпочинку. В той же час більш ніж третин респондентів позбавлена такої можливості (36,5 %).

Іншим чинником, що провокує пасивність молоді, є її бездіяльність та інертність. Так, на безцільне проведення часу, яке має місце кожного дня, вказало 48,6 % респондентів, щотижня – 22 % і тільки 8 % респондентів стверджують, що вони собі цього майже ніколи

¹⁵ виконавець - Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України (на замовлення ЮНІСЕФ)
Київ - 2010 р.

не дозволяють. Відповіді на запитання щодо причин такої поведінки показали, що серед головних чинників перше місце посідає безробіття та бездіяльність (33,7 %); на другому - відсутність будь-яких умов для занять у вільний час (22,6 %); на третьому - погана робота влади та байдужість держави (17,3 %). Певний відсоток респондентів визнає свою пасивність та власну невихованість (14,7 %). Про розпусту та відсутність культури молоді зазначили ще 7,7 % осіб (див. табл. 3.3.2).

Таблиця 3.3.2

Причини бездіяльності молоді (віком від 15 до 24 років)

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповіли
Незадоволення життям	13	1.63	1.90
Нема чим зайнятися у вільний час	181	22.63	26.50
Безробіття, бездіяльність	270	33.75	39.53
Поганий вплив суспільства, оточення	52	6.50	7.61
Вживання алкоголю, наркотиків	50	6.25	7.32
Погана робота органів контролю	24	3.00	3.51
Пасивність, безладність, відсутність інтересів	118	14.75	17.28
Низький рівень життя, відсутність грошей	69	8.63	10.10
Погана робота в сім'ях, невихованість	118	14.75	17.28
Погана робота влади, байдужість держави	138	17.25	20.20
Погана робота інститутів освіти	17	2.13	2.49
Розпущеність, відсутність культури у молоді	62	7.75	9.08
Кризова ситуація в країні, регіоні	64	8.00	9.37
Неорганізованість молоді, відсутність лідерів	13	1.63	1.90
Відсутність перспектив, немає впевненості в майбутньому	23	2.88	3.37
Інше	18	2.25	2.64
Беззаконня, корупція	6	0.75	0.88
Екологія, проблеми зі здоров'ям	12	1.50	1.76
Типові проблеми молоді	6	0.75	0.88
Вплив ЗМІ	8	1.00	1.17

Зазначені тенденції не є сприятливими для формування здорового способу життя та вимагають значних зусиль для зміни мотивації молоді: переходу від пасивних до активних дій за сприяння не тільки держави, але й громади, сім'ї та близьких. Суспільство має бути готовим до такої роботи.

Іншим важливим чинником, який тісно пов'язаний з мотивацією до здорового способу життя, є загальний культурний рівень молоді. Наразі доступність до закладів культури та культурного життя громади перебуває на оптимістичній межі, оскільки 46,5 % респондентів на це запитання відповіли ствердно, 40 % - негативно, а 13 % не змогли визначитися.

Тобто майже половина опитаних має можливість розвивати свій культурний рівень, що дає підстави говорити про важливість залучення закладів культури до роботи з формування здорового способу життя.

Дані дослідження щодо доступності молоді до заходів, які проводяться в різних галузях культури та мистецтва, надані в таблицях 3.3.3 та 3.3.4.

Таблиця 3.3.3.

Доступність молоді до участі в програмах, конкурсах, фестивалях, виставках молодіжної творчості в різних галузях культури та мистецтва (віком від 15 до 24 років)

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Так	369	46.13	46.13
Ні	308	38.50	38.50
Важко відповісти	123	15.38	15.38

Таблиця 3.3.4.

Доступність молоді до участі в роботі пошукових, етнографічних, археологічних, історичних експедицій, громадських об'єднань, клубів (віком від 15 до 24 років)

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Так	178	22.25	22.25
Ні	459	57.38	57.38
Важко відповісти	163	20.38	20.38

Огляд отриманих результатів свідчить, що можливості молоді до участі у конкурсах, фестивалях, виставках (46 %) майже в два рази вищі, ніж доступ до гуртків, клубів, громадських об'єднань (22,2 %).

Значна частина молоді має потребу в діяльності більш широкої мережі позашкільних культурних, освітніх та спортивних закладів, доступність до яких різниться за регіональною ознакою (див. рис. 3.3.1).

Загалом масові заходи є більш поширеними та доступними для молоді, ніж діяльність закладів дозвілля та відпочинку за місцем проживання чи навчання. Дану інформацію слід взяти до уваги профільним органам виконавчої влади, аби внести необхідні зміни при формуванні програм та заходів, спрямованих на організацію змістовного дозвілля серед дітей та молоді, з урахуванням регіональної специфіки та рівня доступності.

Проведений аналіз свідчить, що сповідування здорового способу життя вимагає від людини високої внутрішньої свідомості та дисципліни, контролю й постійного саморозвитку. До цього процесу неможливо залучити людину бездуховну, з низьким освітнім та культурним рівнем розвитку.

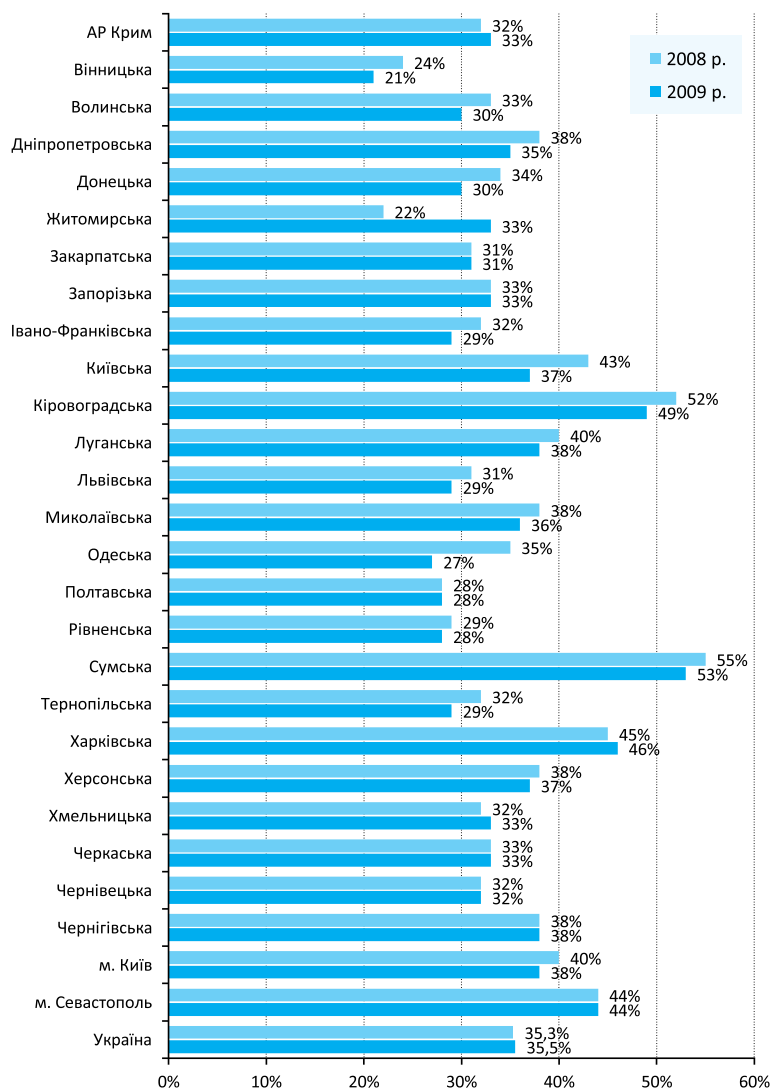
У нашій країні духовні та культурно-освітні потреби молоді покликані задовольняти державні заклади освіти та культури. Робота освітніх закладів побудована таким чином, аби навчальна діяльність обов'язково була поєднана з виховною роботою, в той час, коли заклади культури такої можливості позбавлені - вони займаються організацією змістовного дозвілля молоді в залежності від уподобань та мотивації. Відповідно стратегія та тактика роботи між собою відрізняються. Перейдемо до окремого аналізу діяльності кожної з них.

Протягом минулого року відбулися певні зрушення в *освітній сфері* щодо розвитку навичок сповідування здорового способу життя молоді. При організації цієї роботи було здійснено розробку моделі здоров'я під назвою «Школа сприяння здоров'ю» (Наказ МОН від 10 листопада 2008 р. № 1023) на основі концептуальних засад здорового способу життя. Змістом діяльності стало залучення до роботи батьків, проведення спеціальної підготовки вчителів, вироблення механізму співпраці з органами самоврядування та моніторинг проведеної роботи.

Впродовж минулих років відбувалося створення «Школи сприяння здоров'ю» у багатьох регіонах країни. Технологія роботи цієї моделі опирається на різні форми та методи роботи: батьківські лекторії, виховні години «Сімейні реліквії та свята з відзначення Дня

Матері, Батька, Дідуса і Бабусі, Дня родини», спортивні свята «Мама, тато і я – спортивна сім'я»; батьківські збори «Сім'я є першоосновою духовного, економічного, соціального виховання дітей» та «Все – і добре і погане людина отримує в сім'ї». Долю успішності таких заходів багато в чому визначає людський фактор (вчителі, батьки та самі учні). З метою підготовки спеціальних навичок серед вчителів в рамках моделі проводилися семінари-тренінги, практичні заняття; авторські програми, видавалися профільні навчальні та методичні посібники.

Рис. 3.3.1. Охоплення молоді позашкільною освітою



Водночас було активізовано співпрацю педагогічних колективів з органами учнівського та батьківського самоврядування щодо формування у дітей та молоді духовності, моральної культури, толерантної поведінки, уміння жити в громадянському суспільстві. Для цього у загальноосвітніх і позашкільних навчальних закладах освіти проводилися різнопланові тематичні інформаційно-просвітницькі заходи: прес-конференції, диспути, засідання правових центрів (клубів), конкурси ораторів, виховні години, батьківські збори, конкурси

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

малюнків та стіннівок, фестивалі культур національних меншин та відеолекторії.

Психологічними службами відділів, управлінь освіти проведено дослідження на виявлення рівня агресивності серед підлітків та схильності до протиправних дій, а також причин ксенофобії, расизму та антисемітизму в українському суспільстві¹⁶. Наразі потребує додаткового дослідження практична сторона цієї моделі, оскільки необхідних матеріалів для аналізу не поступало. В перспективі йтиметься про розробку стандартів роботи моделі та критеріїв оцінки зміни способу життя й поведінки молоді, яка навчалася в таких школах.

Іншим важливим кроком стало впровадження програми «Основні орієнтири виховання учнів 1-12 класів загальноосвітніх навчальних закладів України», затвердженої наказом МОН від 17 грудня 2007 р. №1133.

Відповідно до цієї програми, у кожному навчальному закладі має діяти цілісна система виховної роботи з поєднанням пізнавальної, оздоровчої, трудової, художньо-естетичної, спортивної, екологічної, ігрової діяльності шляхом спонукання до саморозвитку та самовдосконалення. Такі кроки є дуже важливими у контексті здорового способу життя, оскільки формують у молоді особисту мотивацію та пріоритети практичних дій.

За даними Міністерства освіти та науки, в початкових закладах на *рівні регіонів* також проводиться багато важливих заходів. Так, для учнівської молоді пропонувалася різноманітна тематика навчальних занять, серед яких найбільш популярними темами стали: «Розмаїття релігій і культур світу», «Етика: духовні засади», «Моральне виховання», «Психологія духовного розвитку».

Однак, на думку освітян, сьогодні молодь більше цікавлять активні заняття, організоване дозвілля, можливість не тільки отримувати інформацію під час теоретичних занять, але й розвивати корисні практичні навички.

Міськими, районними органами управління освітою, республіканськими навчальними закладами протягом року було організовано проведення соціально-педагогічних і психологічних тренінгів із залученням фахівців-тренерів з питань виховання дітей за програмою «Формування здорового способу життя у дітей і підлітків» (проект «Діалог»), розробленою Всеукраїнською добродійною організацією «Громадська Рада з соціальних проблем розвитку підростаючого покоління», рекомендованої для роботи Міністерством освіти і науки.

Заслуговує уваги діяльність *Сумської області* з впровадження спільної програми МОН України/ПРООН «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя» шляхом проведення тренінгової роботи. Цю програму протягом 2009 р. було впроваджено у 136 навчальних закладах (охоплено 3054 учнів 6-11 класів) та підготовлено 148 тренерів, які на волонтерських засадах працюють на місцевому рівні, створюючи осередки здорового способу життя.

Для популяризації здорового способу життя серед студентської молоді було розроблено сучасну парадигму виховання. В її основі - запровадження новітньої моделі виховання майбутнього фахівця, де серед переліку необхідних якостей закладено професійні вміння та навички щодо формування здорового способу життя.

Вже є перші успішні кроки. Так, на факультеті перепідготовки вищої професійної освіти Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка викладачами кафедри теорії й методики психології було запроваджено модель профілактики й формування здорового способу життя (тренінгові заняття, круглі столи, тематичні лекції) з тематики «Вибір молоді – здоров'я» та «ВІЛ – стосується кожного», яка адаптована до специфіки й потреб місцевого студентського середовища.

У Національному педагогічному університеті ім. М. П. Драгоманова (м. Київ) впродовж

¹⁶ Освіта України – 2009: Інформаційно-аналітичні матеріали діяльності Міністерства освіти і науки України у 2009 році / Уклад.: О.А. Удод, К.М. Левківський, С.В. Прокопов, А.В. Кошель, О.Г. Єфіменко, Т.П. Дараган, Н.І. Тимошенко. За заг. ред. О.А. Удода

останніх років викладається навчальна програма «Формування здорового способу життя» для майбутніх соціальних педагогів, які будуть працювати в позашкільних, оздоровчих та соціальних закладах з дітьми та молоддю.

У НаУКМА «Києво-Могилянська академія» прийнято стратегію, відповідно до якої майбутня еліта країни має володіти знаннями та навичками здорового способу життя. З цієї метою всі студенти молодших курсів слухають навчальний курс «Здоровий спосіб життя», що входить до переліку обов'язкових навчальних дисциплін.

Проте проведеної роботи не достатньо. Особливо це відчувається на галузевому рівні. У країні створено цілу низку соціальних служб, спеціалізованих формувань та закладів для роботи з окремими категоріями дітей та молоді. Специфіка роботи вимагає від фахівців, які надають соціальні послуги, відповідних знань, навичок та умінь (пов'язаних з роботою алко- чи наркозалежної молоді, людьми, які мають ВІЛ-позитивний статус тощо).

Вища школа поки що не готує таких фахівців, тому більшість з них, проходить необхідну перепідготовку в Науково-навчальному центрі підвищення кваліфікації працівників галузі соціальної сфери Державного інституту розвитку сім'ї та молоді. Однак багатьом слухачам не вистачає необхідної базової освіти.

З цієї причини Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту виступає з ініціативою щодо відновлення системи державних замовлень у сфері підготовки майбутніх спеціалістів для роботи у закладах соціального спрямування з різними категоріями дітей, сім'ї та молоді. Мова йде про наступні спеціальності:

1. Соціальний працівник/соціальний педагог за спеціальністю *«маркетолог з організації інформаційно-просвітницьких кампаній»* для роботи з формування здорового способу життя та профілактики негативних явищ серед дітей та молоді у соціальних закладах різного спрямування Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту.

2. Вчитель фізкультури/тренер/соціальний працівник/соціальний педагог за спеціальністю *«рекреолог»* для роботи у дитячих оздоровчих закладах; для мережі «Спорт для всіх».

3. Соціальний працівник/соціальний педагог за спеціальністю *«соціальний коректолог»*, *«соціальний реабілітолог»* *«соціальний адаптолог»* для роботи у спеціалізованих закладах для дітей та молоді.

Сфера мистецтва й культури відіграє важливу роль у формуванні духовної складової здоров'я. Залучення молоді до культурно-мистецької діяльності у якості споживача чи активного учасника процесу закладає основи сучасного світосприйняття та успішної поведінки у суспільстві. Чим активніше молодь долучатиметься до надбань української та світової культури, чим вищим буде її власний рівень, тим більше зростатиме культурний рівень українського суспільства.

На сьогодні заклади культури і мистецтв працюють не тільки над створенням умов для проведення дозвілля, але й займаються патріотичним, естетичним вихованням та створюють умови для пропагування здорового способу життя.

До інфраструктури закладів культури і мистецтв в Україні належать бібліотеки, клубні заклади, театри, музеї, кінотеатри, парки, цирки, школи естетичного виховання. За даними Державного комітету статистики, протягом останніх чотирьох років мережа деяких закладів постійно змінювалася. Якщо у 2005 р. в Україні існувало 19,1 тис. клубних закладів та 3,3 тис. демонстраторів фільмів, то у 2009 р. було відповідно 18,7 тис. та 2,2 тис. Варто зауважити, що за даними Міністерства культури і туризму, протягом 2009 р. в Україні фактично працювало набагато менше демонстраторів фільмів, ніж вказано у статистичних звітах: 412 - у міських поселеннях і 466 - у сільській місцевості.

У минулому році відбулося незначне скорочення концертних організацій та парків культури і відпочинку. Разом з тим, кількість інших закладів культури і мистецтв протягом зазначеного періоду зросла. Наприклад, у порівнянні з 2005 р., кількість музеїв зросла на 62 одиниці і становила в 2009 р. 499 закладів (тоді як у 2005 р. – 437). Окремо необхідно

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

відзначити суттєве збільшення за вказаний період кількості масових та універсальних бібліотек, мережа яких у 2009 р. становила 20 057 (у 2005 р. – 19 821 тобто на 236 більше). У минулому році бібліотечний фонд складав 338 228 тис. примірників документів, що на 8 726,6 тис. більше, ніж у 2005 р.

Система бібліотек в Україні виконує не лише функції забезпечення молоді різноманітними документами та інформацією, але й впроваджує різні форми культурно-освітньої діяльності, проводячи лекції, виставки, застосовуючи інші форми роботи, що розширюють спектр послуг цих закладів культури (див. табл. 3.3.5).

Таблиця 3.3.5

Мережа закладів культури і відпочинку, (2005 – 2009 рр.)

Назва закладу	Кількість закладів у сфері культури і мистецтв	
	2005 рік	2009 рік
Універсальні та публічні бібліотеки	19821	20057
Клубні заклади	19149	18718
Демонстратори кіно- та відеофільмів	3330	2153
Музеї	437	499
Професійні театри	135	136
Концертні організації	78	77
Парки культури та відпочинку МКТ	100	99
Цирки	11	11
Школи естетичного виховання	1486	1480

За статистичними спостереженнями Держкомстату, у 2009 р. музеї відвідали 10 051,3 тис. учнів, слухачів та студентів, що на 91,4 тис. більше, ніж у 2005 р.. Однак кількість відвідувачів екскурсій у музеях зменшилася на 241 тис. осіб.

Показники відвідування театрів за чотири роки теж знизилися. Якщо у 2005 р. 30,005 тис. вистав відвідало 6 228,4 тис. осіб, то в 2009 р., не дивлячись на збільшення репертуару на 662 вистави, – на 40,8 тис. осіб менше.

Таким чином, не зважаючи на збільшення пропозицій цього виду культурного продукту, спостерігалось зменшення кількості його цільових споживачів – дітей та молоді. Інформація щодо відвідування заходів, проведених закладами культури та мистецтв, надана в таблиці 3.3.6.

Таблиця 3.3.6

Відвідування заходів, проведених закладами культури і мистецтв (у 2009 році)

Види заходів	Кількість заходів на рік, тис. одиниць	Кількість відвідувачів на рік, тис. осіб	Кількість відвідувачів у середньому на захід, осіб
Культурно-масові заходи для дітей у клубних закладах	509 660	42 871,0	84
Екскурсії в музеях	428 483	4403,8	10
Вистави у театрах	30 667	6187,6	202
Вистави у цирках	2 933	1444,5	492
Кількість концертів	16 445	3791,5	231

Мережа закладів культури і мистецтв в Україні розповсюджена нерівномірно, що

робить актуальним питання рівного доступу до різних видів культурного продукту та послуг сільської молоді. Основна інфраструктура закладів культури сільської місцевості – будинки культури (клуби) та бібліотеки. Кількість таких закладів у селі перевищує міську мережу відповідно у 7,6 - 3,2 – 3 рази, що є спадком радянських часів, коли відповідно до нормативів забезпечення населення майже в кожному селі діяли культурно-мистецькі заклади. Наразі саме бібліотеки й клуби залишаються основними місцями проведення організованого дозвілля для сільської молоді.

Головними проблемами в роботі закладів культури залишаються недостатнє фінансування, застаріла матеріально-технічна база та низький рівень забезпечення цих закладів кваліфікованими кадрами. Вирішення цих проблем необхідне для пошуку нових і активізації існуючих форм роботи з молоддю, надання якомога більших можливостей для організації її цікавого дозвілля.

Одним зі стаціонарних типів закладів сфери культури в сільській місцевості залишаються школи естетичного виховання системи Міністерства культури і туризму, які хоч і належать до позашкільної освіти, разом з тим є осередками мистецтва та художньої культури, переважно завдяки організації публічних виступів учнів в межах навчального процесу та естетичному розвитку молоді вікової категорії 14-17 років.

Мережа шкіл естетичного виховання з 2005 по 2008 рр. поступово зменшилася з 1486 до 1478 одиниць. Тобто спостерігається погіршення ситуації з цими закладами в сільській місцевості.

Соціально-економічна криза також позначилася на активності споживання платного культурного продукту (відвідування музеїв, театрів, концертів тощо)¹⁷. Через брак коштів молоді люди долучалися до безоплатних видів творчої діяльності в клубних закладах, але через відсутність статистики не можливо визначити якість такої роботи та рівень задоволеності з боку відвідувачів.

З метою покращення ситуації силами Міністерства проводилися всеукраїнські культурно-мистецькі акції для широкого загалу населення: сільський фестиваль мистецтв «Боромля», фестиваль «Мистецькі береги Ворскли», літературно-мистецький фестиваль «Кролевецькі рушники», фестиваль духової музики «Сурми Конституції», дитячий конкурс академічного співу «Поліська рапсодія», міжрегіональний фестиваль – конкурс юних музикантів «Пролісок» тощо. Під час проведення цих заходів найбільш активними були дитячі та молодіжні творчі колективи.

Певна робота з молоддю проводилася *регіональними культурними осередками*, про що свідчить інформація регіональних органів управління культури та мистецтв. Так, в *Хмельницькій обл.* було проведено соціологічне дослідження на тему «Молодь і наркотики» силами обласної бібліотеки для юнацтва. Результати дослідження стали підґрунтям для розробки цільової бібліотечної програми профілактичних дій «Молодь проти наркотиків», партнерами якої стали обласний та міський центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та лікувально-профілактичні заклади міста.

Працівники обласних закладів культури приділяють увагу діяльності з формування здорового способу життя у молодіжному середовищі. З цією метою при бібліотеках діють тематичні молодіжні клуби, в яких приймають участь лікарі гінекологи, наркологи, психологи. В практику роботи обласних бібліотек запроваджено інноваційні форми роботи, як, наприклад, медичні діалоги, диспути, тренінги.

Поряд з цим, гострою залишається проблема щодо створення сучасних відеоматеріалів (а також інших матеріалів соціальної реклами) з популяризації здорового способу життя для їх подальшого використання в роботі з підлітками та молоддю.

Державними органами влади створено Національну експертну комісію, яка покликана сприяти піднесенню культури та духовності українського народу, утвердженню здорового

¹⁷ Аналіз щодо існуючої динаміки відсутній, оскільки від Міністерства культури та туризму України відповідної інформації не поступало

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

способу життя та належного стану моральності в суспільстві тощо. Огляд наданих матеріалів дає підстави говорити про епізодичну роботу з формування здорового способу життя на рівні проведення разових акцій для дітей та молоді.

Все подане вище свідчить про наявність мережі культурно-мистецьких закладів в усіх регіонах країни. Їх діяльність спрямована на розвиток культурного й духовного рівня населення, в тому числі дітей та молоді. Наразі спостерігається формування осередків здорового способу життя при бібліотеках та закладах культури на регіональному рівні за участю соціальних та медичних закладів у ролі партнерів.

Виявлено, що недостатнє фінансування культурно-мистецьких закладів привело до зменшення кількості гуртків, клубів, секцій та інших закладів з організації змістовного дозвілля молоді. В той же час збільшилася кількість масових акцій, фестивалів, конкурсів, що сприяють культурному й духовному розвитку молоді.

Для запровадження діяльності з формування здорового способу життя через культурно-мистецькі заклади необхідно дослідити потреби молоді у цій сфері та започаткувати запровадження необхідних програм з боку виконавчих органів влади. Особливої уваги потребує розробка цих програм у сільській місцевості, де заклади культури є важливими осередками роботи з молоддю.

Зазначимо, що в країні функціонує широка мережа освітніх та культурно-мистецьких закладів, пов'язаних з розвитком духовної складової здоров'я. Їх діяльність спрямована на виховання культури та підвищення освітнього рівня молодшої людини, а запровадження здорового способу життя визнається важливим напрямком роботи. Наразі в освітній сфері вже зроблено практичні кроки для створення моделі здорового способу життя. Діяльність у культурно-мистецькій сфері більш спрямована на духовно-патріотичний розвиток молоді, тому запровадження цієї роботи через заклади культури потребує значних зусиль на місцях.

Вивчення особливостей розвитку та потреб духовного й культурного рівня молоді віком 25-35 років надано у додатку до доповіді (див. аналітичний звіт «Ставлення молоді до здорового способу життя»)¹⁸.

3.4. Роль соціальних інститутів у процесі формування здорового

¹⁸ За результатами дослідження, яке було проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді, за сприянням ЮНІСЕФ в Україні у 2010 році

СПОСОБУ ЖИТТЯ

В громадянському суспільстві функціонує велика кількість соціальних інститутів, що впливають на вибір молоді щодо здорового способу життя: сім'я, громада, освітні, культурні та соціальні заклади. Важливою ланкою у цьому процесі виступає сім'я, найближче соціальне оточення (друзі, сусіди, однолітки) та засоби масової інформації. Тобто з появою доступних широких інформаційних мереж, все більша кількість молодих людей звертається за допомогою та відповідями до Інтернету, телебачення та спеціалізованої літератури.

Молодь по-різному оцінює їх важливість для себе, надаючи свої аргументи на користь того чи іншого напрямку. Так, за даними дослідження, яке проводилося Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України¹⁹, основними джерелами інформування щодо здорового способу життя для молодих людей є телебачення, про що зазначила половина опитаних, на другій позиції – спеціальні друковані видання (спеціальна література з даної тематики). Спеціальну літературу найчастіше вивчають старші за віком респонденти: студенти і працююча молодь, тоді як учні більш зорієнтовані на телебачення.

Третім джерелом інформування визначено батьків та інші близьких дорослих та друзів. Привертає увагу наявність незначної кількості опитаних, які взагалі не цікавляться інформацією про здоровий спосіб життя (1,8 %). Якщо шкільні вчителі ще відіграють більш-менш помітну роль щодо відповідного інформування учнів (23,3 %), то з процесом дорослішання підлітків роль вчителів/викладачів помітно зменшується (див. табл. 3.4.1).

Таблиця 3.4.1

«З яких джерел Ви переважно отримуєте інформацію про здоровий спосіб життя?», залежно від соціального статусу респондентів, %

	Учні ЗОШ*	Учні ПТНЗ**	Студенти	Працююча молодь
від друзів, знайомих	9,8	8,4	9,4	11,9
від батьків, інших близьких дорослих	20,5	26,5	13,6	9,8
від братів, сестер	1,3	2,6	2,0	2,2
зі спеціальної літератури (з друкованих джерел)	33,9	37,4	48,8	52,8
з телебачення	53,6	51,0	52,0	49,1
від учителів, викладачів	23,3	11,0	12,8	5,4
від лікарів	2,2	5,8	4,2	3,7
від психологів	0,6	2,6	1,5	1,2
з інших джерел	12,6	14,2	19,0	19,9
важко відповісти	0,9	–	1,2	0,8
мене це не цікавить	0,9	3,2	2,2	1,6

Примітка: сума перевищує 100%, оскільки респонденти мали можливість вказувати кілька варіантів відповіді; *ЗОШ – загальноосвітні заклади; **ПТНЗ – професійно-технічні навчальні заклади

Дані щодо джерел інформування молоді про здоровий спосіб життя спонукають до серйозних роздумів, оскільки демонструють невинувато малу роль у процесі надання

¹⁹ Всеукраїнське опитування Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (проведене у 2008 р.) / О.Т. Барішполець, к. іст. н., пров. н. сп.

РОЗДІЛ 3. СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

інформаційно-просвітницьких послуг з боку вчителів, викладачів, лікарів, шкільних психологів та соціальних педагогів.

Серед переважної більшості молоді панує думка щодо схожості їх способу життя до батьківського. Очевидно, що батьки не завжди готові сприймати цю думку та бути прикладом для дітей, оскільки лише третина опитаних вказала, що їх батьки частіше дотримувалися здорового способу життя, ніж вони самі.

Відповідно 80 % респондентів воліли би, щоб їх діти дотримувалися більш здорового способу життя у майбутньому, ніж вони самі (див. 3.4.2).

Таблиця 3.4.2

«Чи хотіли б ви, щоб ваші діти дотримувалися більш здорового способу життя, ніж ви», за ознакою статі респондентів, %

	По вибірці в цілому	Чоловіки	Жінки
Я хочу, щоб мої діти дотримувалися більш здорового способу життя, ніж я	81,5	82,6	80,5
мої батьки дотримувалися більш здорового способу життя, ніж я	34,2	37,1	31,5

Примітка: сума перевищує 100%, оскільки респонденти мали можливість вказувати кілька варіантів відповіді.

Було виявлено, що батьки формують навички здорового способу життя дітей з акцентом на заняття спортом чи, принаймні, ранкову гімнастику, дотримання режиму дня й проведення загартування. На цей чинник найбільше вказує учнівська молодь, найменше - працююча. Інші дії батьків пов'язані із заборобою та моральним засудженням вживання алкоголю, тютюну чи наркотиків. Вони також акцентують увагу на необхідності якісного, здорового, збалансованого харчування. Крім цього респонденти виділяють психологічний клімат в родині, наявність оптимістичного настрою та позитивного мислення як запоруку збереження психічної складової здоров'я.

Уявлення про здоровий спосіб життя, яке передають батьки своїм дітям, є формальним і часто не підкріплюється їх власним прикладом, тому скоріше сприймається як гасло типу: «щоб бути здоровим, потрібно не мати негативних звичок та добре харчуватися». Такі суперечності становлять чималу небезпеку, оскільки істотно зменшують пропагування цінностей здорового способу життя у родинному колі.

Стрімке поширення негативних явищ у молодіжному середовищі також пов'язане з відсутністю належної підтримки в родині. Дану тезу можна підтвердити результатами дослідження, що проводилося в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група» Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України на замовлення ЮНІСЕФ²⁰. Більшість названих причин, які провокують негативну поведінку, пов'язана з родиною: безробіття (11 %), сварки (6 %), бійки (4 %), завантаженість роботою понад силу (3 %) тощо.

В цьому ж дослідженні проводилося вивчення страхів, що породжують невпевненість у власних силах. Молоді люди найбільше бояться втратити сім'ю, близьких (63 %), роботу (46 %); тяжко захворіти (40 %); втратити друзів (24 %); стати об'єктом зневаги, насміхань або знущання з боку однолітків (15 %).

Чинниками свого благополучного стану респонденти вважають позитивні соціальні обставини (сім'я, друзі, робота); психологічну та духовну стійкість, стійкі риси характеру,

²⁰ Опитування молоді віком 15-24 роки для вивчення їх потреб та поглядів щодо розвитку молодіжної політики

силу волі; здоровий спосіб життя; достатню матеріальну забезпеченість; хорошу освіту.

За оцінками опитаних, до найбільш уразливих груп населення можна віднести категорії осіб, які втратили підтримку сім'ї (61 %); є вихідцями з неблагополучних сімей (батьки сваряться або мають шкідливі звички) – 46 %; мають шкідливі звички (алкоголь, наркотики) – 31 %; бідну, незможну сім'ю – 27 %; самі мають слабе здоров'я – 26 %; потрапили у погану компанію однолітків (не в ладу з законом) – 21 %; чиї батьки сильно хворіють – 19 %, та тих, чиї батьки не мають постійної роботи (14 %). Тобто благополучність сім'ї, підтримка й доброзичливе ставлення та особистий приклад батьків щодо здорового способу життя є запорукою для успішного збереження психічного та фізичного здоров'я дітей та молоді.

Як правило, спосіб життя сім'ї має двосторонній вплив на спосіб життя молоді людини. З одного боку, сім'я виступає як захисний чинник, що перешкоджає появі та розвитку шкідливих звичок, з іншого – як особливий чинник, що стимулює розвиток шкідливих звичок у дітей. Захисні чинники сім'ї найбільшою мірою проявляються коли між її членами існують добрі, відверті стосунки; виховання дітей передбачає прояв душевного тепла, виключає постійні ультимативні претензії; батьки вірять у життєві успіхи дітей, проявляють високі батьківські очікування; діти підключені до прийняття сімейних рішень та мають свої власні завдання стосовно інших членів сім'ї; стосунки між батьками базуються на емоційній взаємній підтримці тощо.

Негативний вплив сім'ї на спосіб життя дітей пов'язаний з внутрішньою кризою сім'ї: сімейною дезорганізованістю, яка призводить до того, що сім'я перестає вирішувати навіть елементарні проблеми утримання дитини; сімейними конфліктами, які є причиною різних стресів у дітей; проявом насилля (фізичного, психічного, сексуального); наявністю шкідливих звичок (алкоголізм, наркоманія тощо) серед членів сім'ї; невимогливістю та непослідовністю санкцій стосовно проявів шкідливих для здоров'я звичок у дітей; нереалізованим очікуванням стосовно розвитку та успіхів дитини.

Наявність дітей в домогосподарстві суттєво зменшує його ресурсні можливості в аспекті створення умов для формування здорового способу життя та на забезпечення елементарних потреб утримання дитини. Так, в домогосподарствах з дітьми на одного умовного дорослого припадало 1 218,3 грн. сукупного доходу в середньому на місяць, що складає лише 80 % від рівня цього показника в домогосподарствах без дітей (табл. 3.4.3).

Розмір доходів домогосподарства безпосередньо залежить від кількості дітей – чим їх більше, тим менші доходи. Відповідно зменшуються можливості для розвитку дітей, що пов'язані зі створенням необхідних умов для їх повноцінного розвитку.

Традиційно спостерігаються значні відмінності у доходних характеристиках домогосподарств з дітьми, які мешкають у різних типах населених пунктів. Тільки проживання у великих містах забезпечує відносно достатній рівень еквівалентного доходу, в той час як в сім'ях малих міст та сільської місцевості він значно менший – на 23 % та 27 % відповідно²¹. Отже, можна говорити про різний рівень умов для сповідування здорового способу життя в залежності від типу поселення.

Рівень життя населення та окремих його груп залежить від рівня їх доходів, що в свою чергу формують споживчі можливості та є вирішальними при виборі продуктів харчування, зокрема їх кількості та якості. У 2009 р. в структурі сукупних витрат домогосподарств України витрати на харчування складала 51,8 %.

Загалом споживання населення у 2009 р. все ще залишається на досить низькому рівні, однак слід відмітити, що навіть при наявності надмірної енергетичної цінності добового раціону, дефіциту в ньому білків, вуглеводів, вітамінів і мікроелементів, надмірної кількості жирів, нераціональності та незбалансованості харчування, низької культури харчування намітилися позитивні зрушення.

²¹ Розрахунки ІДСД

Таблиця 3.4.3

Сукупні еквівалентні доходи та витрати, грн. в місяць, 2009 р.

	Сукупні еквівалентні доходи	Сукупні еквівалентні витрати	Співвідношення доходів та витрат
Україна	1358,1	1290,2	1,053
Домогосподарства без дітей	1524,7	1445,4	1,055
Домогосподарства з дітьми	1218,3	1159,8	1,050
Кількість дітей в домогосподарстві:			
одна дитина	1275,1	1225,0	1,041
дві дитини	1059,2	1009,1	1,050
три та більше	974,0	943,7	1,032
Домогосподарства з дітьми до 3-х років	1290,1	1188,2	1,086
Місце проживання домогосподарств з дітьми:			
Велике місто	1434,6	1387,2	1,034
Мале місто	1106,1	1073,3	1,031
Сільська місцевість	1047,0	956,3	1,095

Джерело: Розрахунки співробітників ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України за даними обстеження умов життя домогосподарств України Держкомстату²²

Оскільки основна частина витрат домогосподарств, в тому числі з дітьми, спрямована на забезпечення харчування та оплату житлово-комунальних послуг, рівень споживання залишається досить низьким.

При цьому не менш важливі статті витрат на придбання непродовольчих товарів (зокрема одягу, взуття, товарів особистого догляду) та послуги (охорона здоров'я, освіта, культурне дозвілля) є майже недоступними для більшої частини населення. Так, для сімей з дітьми більш вагомим проблемою з року в рік постає спроможність забезпечити собі бажану освіту (рівень, якість, певний заклад), відвідати заклади культури чи належно відпочити.

Впродовж всього періоду дослідження ситуації з бідністю (починаючи з 1999 р.) актуальними залишаються дві основні проблеми – високі ризики бідності серед сімей з дітьми та серед сільського населення. За національним критерієм рівень бідності серед домогосподарств з дітьми традиційно з року в рік в 1,7 – 2,0 рази перевищує показник по домогосподарствах без дітей. В 2009 р. він становив відповідно 32,0 % проти 19,6 %. Відповідно в таких сім'ях мало уваги приділяється не тільки способу життя дітей, але й задоволенню їх базових потреб.

Вищевикладене дає підстави говорити про важливість сім'ї як соціальної інституції у процесі формування здорового способу життя. Сьогоднішні молоді люди, досягнувши

²² Тут і далі: з метою усунення впливу статистичних викидів на розподіл доходів та витрат домогосподарств скоригована система статистичних ваг багатодітних домогосподарств м. Києва з урахуванням рівня їх середньодушових доходів та результатів попередніх раундів ОУЖД

періоду батьківська у майбутньому, мають бути готовими власним прикладом формувати здорову поведінку своїх дітей. Для цього необхідно розробити та запровадити стратегії й практики роботи відповідно до концептуальних засад здорового способу життя через сучасну мережу соціальних інститутів. За такого підходу наша держава може суттєво скоротити державні витрати на профілактичні й лікувальні цільові програми.

Описані чинники слід враховувати при формуванні державної та місцевої політики щодо проведення заходів з підвищення ролі сім'ї з формування здорового способу життя, де має йтися не тільки про роботу з молоддю, але також обов'язково з батьками та іншими членами родини. Тільки за умови комплексного підходу їх ефективність може дати позитивні результати та сформувати необхідну суспільну думку на майбутнє.

Вплив на формування здорового способу життя інших соціальних інституцій (закладів освіти та культури) було розглянуто в п. 3.3. Про особливості впливу на цей процес дитячих і молодіжних громадських організацій йдеться в наступному параграфі (п. 4.1).

РОЗДІЛ 4 ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗА УЧАСТЮ МОЛОДІ

4.1. Діяльність громадських організацій у сфері збереження та розвитку здоров'я

Погіршення стану здоров'я населення ставить проблему формування здорового способу життя в ранг пріоритетів держави. Наразі існує потреба реалізації системного підходу щодо здорового способу життя в усіх соціальних інституціях, серед яких значну роль відіграють дитячі та молодіжні громадські організації та об'єднання. Сьогодні громадські організації виступають не просто суб'єктами громадянського суспільства, а й реальними партнерами органів державної влади у вирішенні нагальних проблем дітей і молоді.

На початок 2010 р. Міністерством юстиції було зареєстровано 173 всеукраїнських молодіжних і 18 дитячих громадських організацій, а також 19 всеукраїнських спілок молодіжних та дитячих громадських організацій, територіальними органами юстиції – 751 місцева дитяча громадська організацію, метою яких визначено різнобічну діяльність в інтересах дітей та молоді.

Їх головна місія – захист та представлення інтересів, активізація молодіжної участі у прийнятті рішень та реалізація молодіжних ініціатив. За даними опитування, що проводилося в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група»¹, 72 % опитаних вказали про необхідність діяльності громадських організацій, які здатні представляти та захищати їх інтереси, і тільки 12 % не бачать в цьому сенсу.

Нині ця потреба не є вирішеною, оскільки на запитання «Чи є у Вашому місті/селі молодіжна організація, здатна представляти та захищати Ваші інтереси?», тільки 10,1 % відповіли ствердно, інші респонденти такою інформацією не володіли (див. табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Наявність у місті/селі молодіжних організацій, здатних представляти та захищати молодіжні інтереси

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Так	81	10.13	10.13
Ні	548	68.50	68.50
Важко відповісти	171	21.38	21.38

Пропагування діяльності громадських організацій здійснюється шляхом проведення різних тематичних акцій. Найбільшою увагою з боку цільової аудиторії користуються заходи з організації змістовного дозвілля (спортивних змагань, туристичних походів, активного відпочинку) – 16,4 %; культурно-просвітницького характеру (відвідування фестивалів, концертів, виступів творчих колективів) – 14 % та організації цікавого відпочинку для дітей, молоді, сімей – 6, 2 % осіб.

У той же час молоді люди практично не приймали участі в акціях протесту проти рішень влади (2,8 %) та на підтримку свободи слова (2,1 %). Всі тенденції надано в таблиці 4.1.2.

¹ виконавець - Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України (на замовлення ЮНІСЕФ)
Київ - 2010 р.

Вищезазначене дає підстави говорити про більшу зацікавленість молоді в участі у діях, що стосуються дозвілля та активного способу життя. Крім цього є потреби в організаціях, які займаються вирішенням соціальних потреб молоді (45,1 %), різнобічним вихованням (34 %), підтримкою творчої молоді (28,6 %) (див. рис. 4.1.1)².

Таблиця 4.1.2

«В яких громадських рухах, організаціях, проектах Ви брали участь впродовж останніх 12 місяців» (вказати не більше 3-х відповідей)

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Акція або рух протесту проти рішень влади	23	2.88	7.01
Акція або рух на підтримку актуальних політичних рішень	16	2.00	4.88
Акція або рух на підтримку свободи слова	17	2.13	5.18
Акція або рух на захист прав та інтересів молоді	43	5.38	13.11
Акція або рух на захист прав та інтересів групи людей, права яких зазнали утиску (люди з особливими потребами, ВІЛ-інфіковані, безпритульні тощо)	45	5.63	13.72
Акція на захист етнічних меншин (вказіть, яких)	5	0.63	1.52
Проект соціальної реклами на підтримку молодіжного руху	11	1.38	3.35
Організація навчання молоді поза програмою навчального закладу (семінари, тренінги, курси тощо)	47	5.88	14.33
Організація, акція щодо підтримки чистоти довкілля, захист рекреаційних зон	39	4.88	11.89
Організація цікавого відпочинку для дітей, молоді, сімей	50	6.25	15.24
Організація свят, фестивалів, концертів, виступів творчих колективів	111	13.88	33.84
Організація спортивних змагань, туристичних походів, активного відпочинку	131	16.38	39.94
Інше	11	1.38	3.35

Існує ряд проблем, що необхідно вирішити для більш активного залучення молоді до громадської діяльності. Суть проблематики знаходиться у площині соціальних, психологічних та педагогічних аспектів організації їх діяльності. Соціальний аспект дитячих громадських організацій полягає у потребі сучасного суспільства організаційно сформувати соціальну активність підростаючого покоління через різноманітні форми громадських об'єднань; оволодіння соціальними ролями не тільки для збагачення досвідом взаємодії з людьми, але й реалізації можливостей лідерського, творчого потенціалу дітей у вирішенні соціально-значущих справ суспільства і держави.

² За даними дослідження «Становище студентської молоді України», яке проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді у лютому-грудні 2008 року в усіх областях України, АР Крим та місті Києві. Всього опитано 5103 респонденти 2-го, 3-го, 4-го, 5-го, 6-го курсів ВНЗ III-IV рівнів акредитації. Стандартні відхилення при достовірних 95 відсотках і співвідношенні змінних від 0,1 : 0,9 до 0,5 : 0,5 становлять 0,84 – 1,40 відсотка



Рис. 4.1.1. «Як Ви вважаєте, які молодіжні організації, перш за все, сьогодні потрібні таким молодим людям?»

Психологічний аспект актуалізується можливостями сучасної дитячої громадської організації у пошуку дитиною своєї ідентичності, задоволення своїх інтересів та власних переживань, розширення сфери спілкування з однолітками й реальної співпраці у практичних соціально-значущих справах, формування позитивних особистісних якостей, довіри і відповідальності у становленні соціальних відносин, можливістю вибору дитиною способів виконання своїх обов'язків перед собою, друзями, організацією, суспільством; сприяє саморозвитку і самоствердженню особистості.

Педагогічний аспект характеризує сучасне дитяче громадське об'єднання як організовану виховну систему з унікальною можливістю виховного впливу однолітків один на одного та дитячого колективу на особистість

Цінність громадського об'єднання у контексті впровадження здорового способу життя полягає у системності процесу виховання молоді; наявності ідеологічних засад, заснованих на моральних нормах та загальнолюдських цінностях, які є значущими та важливими у цьому віці; їх активізації до спільної колективної діяльності, поєднання яскравих, значущих заходів з реальним життям; набуття впевненості у своїх силах; ствердження почуття самоцінності та значущості, можливість досягнення публічного успіху; отримання знань та навичок здорового способу життя, самовдосконалення й саморозвиток тощо.

У діяльності переважної більшості дитячих організацій напрям збереження здоров'я та формування здорового способу життя серед дітей та молоді визначений як пріоритетний, оскільки допомагає через різноманітні форми, методи і заходи навчити зберігати своє здоров'я.

Сприяння діяльності громадських організацій здійснюється Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту шляхом надання державної підтримки через грантові проекти, спрямовані на вирішення молодіжних актуальних програм. Серед пріоритетних напрямків: профілактика тютюнопаління, алкоголізму, вживання наркотиків, запобігання поширенню серед дітей та молоді ВІЛ/СНІДу, туберкульозу; залучення дітей та молоді до змістовного дозвілля, занять фізичною культурою та спортом; формування у дітей та молоді свідомого ставлення до власного здоров'я й усвідомлення особистої відповідальності за можливі наслідки безпечної поведінки.

Щорічно в державному бюджеті України передбачаються кошти на підтримку проектів програм, розроблених громадськими організаціями стосовно дітей, молоді, жінок та сім'ї. На жаль, у 2009 р. обсяги видатків державного бюджету на цю мету в порівнянні з 2008 р. зменшилися більш ніж втричі (2008 р. – 15 млн 350 тис. грн., 2009 р. – 5 млн грн.).

У 2009 р. на виконання постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення конкурсу проектів програм, розроблених громадськими організаціями щодо дітей, молоді, жінок та сім'ї», Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту провело

конкурс молодіжних програм. Було подано 123 програми від 94 молодіжних та дитячих організацій. Переможцями стали 63 програми, серед яких більшість присвячена організації дозвілля, фізичній активності та екології («У злагоді з природою» – Всеукраїнської дитячої спілки «Екологічна варта»; «Дитячі альпійські ігри», «Золотий льодоруб», «Тигри скал», «Саламандра», «Бистра вода», «Батьківські збори») – Дитячого альпійського руху України; «Активний відпочинок дітей кризових категорій» - оздоровлення дітей-сиріт та дітей «вулиці» засобами фізкультури, спорту, туризму Федерації сноубордингу та скі-туру України та багато інших.

Багато з проектів, здійснюваних громадськими організаціями, поєднують організацію змістовного дозвілля з розвитком фізичних та духовних якостей дітей і молоді. Так, федерація дитячих організацій України протягом майже двох десятиліть об'єднує місцеві організації, їх спілки у різних областях України у цікавих та корисних справах. Ігрові, конкурсні, освітньо-виховні програми дитячого громадського руху допомагають дітям оволодівати додатковими знаннями з основ безпеки життєдіяльності людини, здорового способу життя.

Всеукраїнська гра-випробування «Котигорошко» з 1998 р. стала для майже півмільйона дітей з усіх регіонів України практичним здобутком до шкільного, родинного виховання. Ігрові форми роботи з дітьми стосовно опанування знаннями та вміннями з надання долікарської допомоги, розуміння необхідності збереження та укріплення здоров'я.

Всеукраїнська дитяча акція «Спасибі! – Ні!», запроваджена ФДО України, активізує дію дитячої громади щодо попередження негативних проявів людської моралі і життя без наркотиків та алкоголю. Традиційно акції щодо захисту дитячого здоров'я відбуваються за підтримки педагогічної, батьківської громадськості.

ВДГО «Федерацією «Айкі Те Гатана Рю» України» протягом декількох років реалізується програма «Здорова дитина – здорова нація», головна мета якої - залучення дітей та молоді до активних занять фізичною культурою та спортом, формування у підростаючого покоління навичок здорового способу життя, відповідальності за власне здоров'я, а також обмін досвідом роботи та методиками впровадження здорового способу життя в дитячому середовищі. Вже традиційними стали фестивалі-конкурси «Київська сакура» та «Юний самурай», «Енергія духу», постійно працює «Школа фізичного та духовного розвитку дитини «Бусідо». Заходами було охоплено понад 2 тис. дітей майже з усіх областей України.

В рамках програми діти та молодь зі всієї України брали участь у навчально-оздоровчих таборах на березі Чорного моря (м.Феодосія, Євпаторія), а також у м. Києві, Кам'янці-Подільському, Кременчузі, Полтаві та Житомирі. Під час перебування у таборах діти опановують мистецтво боротьби айкідо, фехтування на мечях та палицях, знайомляться з азами японської мови. Водночас проведення тематичних зборів у період літніх канікул сприяє дитячому оздоровленню, доцільно поєднується з різноманітними спортивними змаганнями та естафетами, купанням у морі, спілкуванням та культурно-просвітницькими заходами. У практику діяльності місцевих осередків організації в рамках програми увійшло проведення семінарів для батьків та молоді з формування навичок здорового способу життя.

Всеукраїнська дитяча спілка «Екологічна варта» об'єднує дітей, підлітків, молодь, яким небайдужа сьогоднішня екологічна криза, які хочуть віддати силу своїх маленьких долонь на захист природи. Сьогодні «Екологічна варта» об'єднує 40 000 дітей, які активно долучаються до розв'язання регіональних екологічних проблем. Організація працює за власною тренінговою програмою «Безпечний спосіб життя» метою якої є формування здорового та безпечного способу життя дітей та молоді, екологічне навчання, залучення до охорони довкілля, формування активної життєвої позиції, оздоровлення, формування екологічної свідомості шляхом пропаганди знань про стан навколишнього природного середовища.

РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Програмою передбачається участь дітей та молоді у навчальних лекціях, тренінгах та семінарах, в ході яких вони отримують необхідні знання з профілактики тютюнопаління, алкоголізму, вживання наркотиків, із запобігання поширенню серед дітей та молоді ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, із залученням дітей та молоді до занять фізичною культурою та спортом, з виховання лідерських якостей. Організація виконує дослідження «Огляд ризиків для довкілля і здоров'я людей», в ході якого проводиться активна просвітницька робота з дітьми та молоддю.

У практику діяльності Всеукраїнської дитячої громадської організації «Гармонійний розвиток» увійшло проведення різноманітних туристсько-спортивних заходів за участю тинейджерів інших країн (Росія, Білорусь, Молдова, США). Зокрема в активі організації проведення традиційного 20-денного наметового табору у лісі (конкурсні завдання на виявлення та підтримку рівня фізичного розвитку складають до 30 % часу). Діти разом з дорослими готують їжу, яка перевіряється керівником групи і медичним працівником, майданчики і реквізит для проведення спортивних та рухливих ігор, інших культурно-розвивальних заходів.

Чимало цікавих проектів було здійснено громадськими організаціями на *регіональному рівні*. Так, найбільшу популярність серед молодіжної громади Сумщини мали: проведення *Сумським* обласним комітетом молодіжних організацій (СОКМО) молодіжної акції «Міжрегіональна освітньо-виховна мандрівка «Єднання», Молодіжний вишкільний табір «Відвага» ім. Івана Гавдики, дівочий вишкільний табір «Руса коса 2009», туристична мандрівка «Героїчними шляхами минулого», СОМГО «Студентське братство Сумщини».

Управлінням у справах сім'ї та молоді *Львівської* облдержадміністрації здійснювалася державна підтримка громадських організацій на виконання загальнодержавних програм і заходів за напрямками «Формування здорового способу життя та профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі» та «Оздоровлення та відпочинок дітей і молоді». Впродовж лютого – квітня та у жовтні 2009 р. спільно з Благодійним фондом «Допомога дітям Чорнобиля» проведено цикл тренінгів на тему: «Формування засад збереження репродуктивного здоров'я», що відбулися в Стрийському, Жидачівському та Радехівському районах, участь в яких взяли понад 100 молодих людей.

Обласною громадською організацією «Дорога-плюс» за підтримки управління у справах сім'ї та молоді в рамках програми «Формування здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі» було проведено цикл тематичних тренінгів у виправних колоніях № 30, № 48 та серед учнів шкіл та професійно-технічних училищ; з 26 травня по 8 червня – у спортивно-туристичному таборі, де перебували 10 наркозалежних осіб. Влітку 2009 р. проведено 7 оздоровчих таборів спільно з молодіжними громадськими організаціями, серед яких Львівська обласна молодіжна громадська організація «Юнацтво», Львівська округа Пласту Національної Скаутської Організації України, Львівська обласна молодіжна громадська організація «Українська молодь – Христові». Табори як інноваційна форма роботи користуються великою увагою серед молоді. Крім формування здорового способу життя проводяться тренінги та семінари, на яких обговорюються основні моральні принципи суспільного розвитку молодої людини.

В *Івано-Франківській* області реалізується програма «Сприяння просвітницькій роботі «Рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя». В межах цієї програми проведено більш ніж 500 тренінгів за різними модулями («Прояви турботу та обачність», «Твоє життя – твій вибір», «Профілактика шкідливих звичок» тощо). Всього в тренінгах взяли участь понад 4,5 тис. учнів. Створена регіональна мережа Шкіл сприяння здоров'ю, впроваджено матеріали інноваційних просвітницько-оздоровчих програм «Рівний – рівному», «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю», «Школа проти СНІДу» тощо. На території області діють та активно співпрацюють з управлінням у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації в рамках підтримки здорового способу життя такі

обласні молодіжні громадські організації: НСОУ Пласт, «Осмомисли», Спілка української молоді в Україні, «Українська молодь – Христові», «Студентське братство», товариство українських студентів-католиків «Обнова», «Молода Просвіта», «Прикарпатська студентська спілка», Республіканська Християнська Молодь, Молодіжний громадський центр «Еталон», «Молодий рух», Українська соціал-демократична молодь, Локальний комітет AIESEK, Молодіжний Національний Конгрес, Асоціація молодих медиків.

В усіх містах та районах *Донецької області* громадськими організаціями підтримано проведення акції «Рятівне коло» під гаслом «SOS! Врятуй Україну від СНІДу!». У січні 2009 р. Донецьким обласним управлінням у справах сім'ї та молоді спільно зі Жданівською міською організацією Всеукраїнської молодіжної громадської організації «Союз молоді регіонів України» реалізовано проект «Здорова дитина-здорова країна». Одним з важливих напрямів діяльності молодіжних і дитячих організацій області є здійснення превентивної роботи щодо негативних проявів у молодіжному середовищі, зокрема профілактика тютюнопаління, алкоголізму, вживання наркотиків, запобігання поширення серед дітей та молоді ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, для вироблення у молоді чіткого усвідомлення того, що її здоров'я є головним багатством.

На виконання Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 03 вересня 2009 р. № 940, в різних областях України було здійснено ряд практичних заходів. Зокрема, *Луганським* управлінням у справах сім'ї, молоді та спорту облдержадміністрації, обласним центром підтримки молодіжних ініціатив та соціальних досліджень спільно з обласною молодіжною громадською організацією «Демократичний альянс» реалізовано проект «Активне дозвілля – здорове покоління», метою якого стала популяризація здорового способу життя серед учнівської та студентської молоді області. Окрім того, спільно з обласним благодійним фондом «Підліток» забезпечено реалізацію соціального проекту «Луганщина без тютюнового диму».

Запорізьким обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді налагоджено співпрацю з Проектом «Разом до Здоров'я» за підтримки Агентства США з Міжнародного Розвитку (USAID). У співпраці з проектом проводяться тренінгові заняття з підлітками та молоддю професійно-технічних, вищих навчальних закладів, з вихованками колонії для дівчат, учнями інтернатних закладів щодо збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, а також заходи, приурочені до Місячника планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я.

У *Волинській області* діє ряд громадських організацій, основним завданням яких є пропаганда здорового способу життя, профілактика негативних проявів у молодіжному середовищі. Активну інформаційно-освітню роботу з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, наркоманії та пропаганди здорового способу життя в області проводять такі зареєстровані неурядові організації: Волинський обласний благодійний фонд «Шанс»; Волинський обласний туристичний клуб «Ми»; Волинське молодіжне об'єднання «Хорс»; Громадська організація «Імпульс»; Волинська обласна громадська організація «Християнська асоціація сім'ї та молоді» та інші.

У сучасних умовах актуалізуються питання якіснішої співпраці міських та районних центрів соціальних служб для сім'ї та молоді, дитячих та молодіжних організацій з відділеннями Товариства Червоного Хреста України. Так, в практику діяльності Херсонського учнівського парламенту увійшли «Дні спорту та здоров'я», Дні надання першої допомоги, Дні боротьби зі СНІДом, місячники здорового способу життя, які проводяться спільно обласним Центром здоров'я та спортивної медицини, обласною та районними організаціями Товариства Червоного Хреста України; місячники та акції «Запобігти, врятувати, допомогти», «Щоб життя було безпечним».

Чимало цікавих справ здійснюється обласною федерацією дитячих громадських організацій *Херсонської області* «Веселкова країна дитинства». В активі федерації -

РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

організація системної роботи у впровадженні здорового способу життя, підготовка лідерів для здійснення цієї роботи, проведення конкурсів стіннівок, малюнків, агітаційних листів, агітбригад «Бути здоровим – це мало», що допомагає дітям утверджувати здоровий спосіб життя.

Вищезначене дає підстави говорити про наявність тенденції до скорочення фінансування програм щодо діяльності громадських молодіжних організацій на рівні обласних державних адміністрацій. Наразі громадські організації мають гостру потребу в отриманні системної державної підтримки молодіжного руху, своїх ініціатив та залученості до участі у прийнятті рішень спільно з державними органами влади. Думка молоді має бути не тільки почутою, але й отримати необхідну державну підтримку, інакше вона залишиться тільки на рівні ініціатив.

Для поширення здорового способу життя необхідно подолати існуючу розмежованість діяльності відомчих структур, спрямувати вектор державної політики на координацію спільних зусиль з громадою та інтегрувати всі ресурси зацікавлених організацій, діяльність яких пов'язана з формуванням здорового способу життя нашої молоді.

4.2. Молодіжне лідерство та волонтерство як важливий чинник популяризації здорового способу життя серед молоді

Роль держави у процесі запровадження здорового способу життя молоді є визначальною, оскільки на органи державної влади покладено велику кількість різнобічних функцій: розробку необхідного законодавства; створення моделі роботи з відповідним механізмом реалізації на регіональному та місцевому рівнях; запровадження новітніх технологій роботи через мережу державних закладів освітнього, соціального та культурно-мистецького характеру; підготовку спеціалістів та залучення фахівців, створення сприятливого середовища на рівні місцевих громад тощо.

Але всі ці дії матимуть невисокий рівень ефективності, якщо головний об'єкт цих дій – молодь – залишиться на рівні пасивного спостерігача. Саме тому держава та молодь мають виступати партнерами та спільними виконавцями, з акцентом на особисту зацікавленість, послідовну систематичну роботу та внутрішню самодисципліну кожної молодої людини. Тобто йдеться про принцип молодіжної участі як обов'язкової складової процесу формування здорового способу життя.

Реалізація молодіжної участі повинна проявлятися в усіх суспільних діях, що пов'язані з програмами збереження здоров'я та способу життя серед дітей та молоді. За такого підходу важливим принципом роботи виступає популяризація волонтерського руху та лідерства, відповідно до якого молоді люди, ставши активними учасниками процесу, поширюють діяльність серед однолітків за методом «рівний-рівному».

Наразі волонтерський рух не є надто популярним. Довгий час його популяризацією займалися лише соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді. Так, за даними досліджень Державного інституту розвитку сім'ї та молоді, 84 % осіб вказали, що ніякої участі у волонтерській роботі не беруть. Серед ствердних відповідей: 8 % працювали у студентських соціальних службах, 6 % – в соціальних службах області /міста/району і тільки 2 % вказали на роботу в інших організаціях³.

Соціальні служби продовжують значну роботу з підтримки та розвитку волонтерського руху. Так, протягом 2009 р. проведено близько 4500 заходів, спрямованих на його популяризацію (лекції, бесіди, відеолекторії, тренінги), до яких залучилося понад 80 000 осіб. Робота супроводжувалася інформаційно-просвітницькими акціями, в межах яких було виготовлено та розповсюджено 6 видів плакатів (загальним накладом близько 710 прим.), 80 видів буклетів (13 тис. прим.), 276 видів листівок (понад 6,5 тис. прим.), 10 аудіороликів та 12 відеороликів. Відбувалося розміщення радіо- та телепередач і соціальної реклами з даної тематики на радіоканалах (75 виходів), на телеканалах (більш ніж 360 виходів). Також центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді розміщували зовнішню рекламу з даного питання (близько 50 площин), рекламу на транспорті та на електронних носіях.

З метою професійної підготовки волонтерів до надання соціальних послуг ще у 2004 р. у регіонах країни розпочалося створення спеціалізованих формувань, які дістали назву «Школи волонтерів». У 2009 р. Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді було затверджено Примірну програму підготовки волонтерів в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Наказом від 23 листопада 2009 р. № 68).

На початок 2010 р. у всіх регіонах країни діяло 515 таких шкіл, що на третину більше, ніж в 2005 р.. Загалом, починаючи з 2005 р.⁴ в «Школах волонтерів» пройшли підготовку 64 287 осіб. За своїм соціальним статусом це були лікарі, юристи, студенти, учні старших класів середніх шкіл. Найбільше волонтерів підготовлено в Харківській, Луганській, Сумській, Житомирській областях та в м. Києві.

³ За даними дослідження «Становище студентської молоді України», яке проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді у лютому-грудні 2008 року

⁴ Включно з даними за I квартал 2010 року

РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Наприклад, до волонтерської діяльності в Київській міській соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді протягом 2009 р. було залучено 134 волонтери віком від 14 до 28 років, а в районних соціальних службах - 677 осіб. З метою популяризації волонтерства силами цих служб було проведено понад 100 акцій, в яких взяло участь близько 8 тис. підлітків та молоді у якості волонтерів.

У 2009 р., за даними Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді, загальна кількість волонтерів, залучених до соціальної роботи, складала 18 572 особи. Найбільше вони залучалися до роботи з профілактики правопорушень та негативних явищ у молодіжному середовищі (10 565 осіб), з сім'ями (3 105 осіб), дітьми та молоддю з особливими потребами (2 476 осіб).

Крім надання соціальних послуг, волонтерські загони залучалися до участі у масових заходах соціального спрямування: Всеукраїнської благодійної акції «Почуйте всі!», акції «Свічкова хода» з метою профілактики ВІЛ/СНІДу, акції «Діди Морози – волонтери», Фестивалю соціальної реклами тощо.

Серед проблем, що потребують нагального вирішення, слід назвати недостатнє фінансування мережі «Школи волонтерів», слабку навчально-методичну базу, складнощі у роботі з волонтерами у сільській місцевості тощо.

З метою їх вирішення Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді працює над налагодженням взаємодії існуючих «Шкіл волонтерів» з урядовими, неурядовими та міжнародними організаціями та запровадженням єдиної Типової програми підготовки волонтерів.

На противагу нашій країні, популярність волонтерства за кордоном набагато вища. За деякими міжнародними дослідженнями, 19 % населення Франції хоча би раз у житті долучалися до волонтерських акцій; кожен третій німець є волонтером та принаймні 15 годин на місяць працює у громадських організаціях, проектах і групах взаємодопомоги; а серед жителів Японії майже третина (26 %) населення має досвід волонтерства.

У розвинених країнах цей вид діяльності є суспільно значимим та затребуваним з боку громадян. Більшість громадських лідерів, видатних діячів, політичних лідерів в минулому також мають досвід волонтерської діяльності.

Вивчення громадської думки українських волонтерів щодо ключових аспектів здійснення волонтерської діяльності показало, що для більшості з них є важливою можливість допомагати людям (57,1 %) та реалізація особистісного потенціалу (55,9 %)⁵. Ця теза корелює з даними опитування, що проводилося в рамках проекту «Огляд молодіжної політики. Дослідницька група»⁶. Дослідники визначили, що молодь цікавиться різнобічною волонтерською роботою, зокрема формуванням здорового способу життя та благодійністю (див. табл. 4.2.1).

Дані цього ж дослідження свідчать про активізацію роботи з популяризації здорового способу життя серед молоді, оскільки більш ніж половина опитаних стверджувала, що обізнана щодо громадських акцій, які проводилися за місцем проживання чи навчання (див. табл. 4.2.2).

⁵ Дослідження проведено Вайнілович Наталією (викладач факультету соціології і права НТУУ «КПІ»), в травні-червні 2010 р. «Стан та тенденції розвитку волонтерства в Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» за сприяння Науково-дослідницького центру прикладної соціології «Соціоплюс» при Національному технічному університеті України «Київський політехнічний інституту»

⁶ виконавець - Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України (на замовлення ЮНІСЕФ) Київ - 2010 р.

Таблиця 4.2.1.

Перелік напрямків роботи, до яких готові долучитися молоді люди у якості волонтера

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Шкідливі звички, наркоманія, алкоголь	5	0.63	3.38
Медицина, хворі люди	16	2.00	10.81
Захист прав	4	0.50	2.70
Діти, підлітки	14	1.75	9.46
Спорт	9	1.13	6.08
Благодійність, «соціальні питання»	15	1.88	10.14
Туризм, відпочинок	3	0.38	2.03
Бідні, безпритульні	13	1.63	8.78
Пристарілі, пенсіонери	7	0.88	4.73
Екологія, тварини	31	3.88	20.95
Загальна відповідь (будь-які питання)	15	1.88	10.14
Молодь, молоді сім'ї	8	1.00	5.41
Дозвілля, розваги	6	0.75	4.05
Чистота, облаштування населеного пункту	8	1.00	5.41
Здоровий спосіб життя	9	1.13	6.08
Політичні питання	5	0.63	3.38
Соціокультурні питання	5	0.63	3.38
Інше	8	1.00	5.41
Самотні люди	3	0.38	2.03

Таблиця 4.2.2

Обізнаність щодо громадських акцій відносно сприяння поширенню серед молоді здорового способу життя, осіб

	Частота	% до всіх	% до тих, хто відповів
Зовсім не обізнаний	379	47.38	47.38
Посередньо обізнаний	267	33.38	33.38
Добре обізнаний	106	13.25	13.25
Важко відповісти	48	6.00	6.00

Волонтерство та лідерство дуже взаємопов'язані, але існують також суттєві розбіжності. Наприклад, не всі волонтери можуть бути лідерами. У більшості випадків вони займаються благодійною діяльністю з метою надання конкретних соціальних послуг населенню.

Тому існує велика кількість волонтерів, які мало обізнані з діяльністю молодіжних громадських організацій, де членство вимагає значних лідерських якостей та є важливою умовою участі (див. табл. 4.2.3)⁷.

⁷ За даними дослідження «Становище студентської молоді України», яке проводилося Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді у лютому-грудні 2008 року

Таблиця 4.2.3

Участь волонтерів у молодіжних громадських об'єднаннях, % осіб

	Громадських організація	Політичних партій	Молодіжних організацій	Студентському само- врядуванні
1. Я є членом такої і беру активну участь у діяльності організації	4,9	1,9	6,5	14,9
2. Я є членом і беру участь в окремих заходах	2,5	3,1	7,0	7,3
3. Я не є членом, але іноді відвідую їх окремі заходи	11,3	8,5	17,3	19,9
4. Дізнаюсь про їхню діяльність із ЗМІ	28,6	43,2	23,0	14,4
5. Взагалі нічого не знаю про такі організації	48,9	39,3	42,5	38,5
6. Інше	3,8	3,9	3,8	5,0

Нині організація роботи волонтерів у державних і громадських організаціях виходить на якісно новий рівень. Порівняно з минулими роками, актуалізується питання менеджменту волонтерських програм, відпрацьовуються механізми залучення волонтерів до різних напрямів соціально-педагогічної діяльності. Волонтерство приносить у соціальну сферу нові, творчі та сміливі ідеї щодо вирішення найгостріших і найскладніших проблем та допомагає всім бажаючим приймати участь у покращенні якості життя.

Підтримка волонтерства, що здійснюється на добровільній та безоплатній основі, може принести державі значну соціальну допомогу, оскільки не потребує значних фінансових затрат і додаткових ресурсів.

На сьогодні державою створено необхідну нормативно-правову базу, яка регулює волонтерську діяльність. Серед важливих державних документів закони України «Про соціальні послуги», «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю», де виписано роль та функції волонтерів, постанова Кабінету Міністрів України від 10 грудня 2003 р. № 1895 «Про затвердження Положення про волонтерську діяльність у сфері надання соціальних послуг», розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. № 225-р «Про утворення Координаційної ради з питань розвитку та підтримки волонтерського руху», розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 жовтня 2004 р. N 748-р «Про схвалення Концепції проекту Закону України «Про волонтерський рух».

На виконання прийнятої Концепції за останні п'ять років Верховна Рада України кілька разів розглядала законопроекти про волонтерську діяльність, але відхиляла як такі, що викликають негативний резонанс в українській громаді.

У 2005 р. своїм правом вето скористався Президент України, оскільки громадські організації визнали цей документ як такий, що обмежує свободу та розвиток волонтерської діяльності.

13 квітня 2010 р. Верховна Рада України ухвалила Постанову (№ 2118-VI) про прийняття за основу (в першому читанні) нового проекту Закону України про волонтерський рух, але він також потребує доопрацювання з урахуванням зауважень та пропозицій, що надійшли від багатьох зацікавлених організацій та представників державних установ.

На сьогодні волонтерською допомогою користуються майже всі державні соціальні установи та громадські організації.

На всеукраїнському рівні запроваджуються щорічні конкурси, спрямовані на визнання праці добровольців та відзначення найкращого досвіду волонтерської діяльності. Державний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з 2001 року проводить конкурс «Волонтер року», де відзначає добровільних помічників цієї соціальної мережі. Серед громадських організацій слід відзначити подібний конкурс, ініційований Центром волонтеріату «Добра воля».

Окрім того, щорічно (5 грудня) відзначається Всесвітній день волонтерів, у рамках якого проводяться численні акції. Наприклад, у 2009 р. до Всесвітнього дня волонтерів відзначили переможців «Міжнародного молодіжного конкурсу волонтерських проектів-2009». Організатором конкурсу, що проходив за підтримки Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, виступила Всеукраїнська молодіжна громадська організація «Служіння заради миру».

Головною метою конкурсу була активізація миротворчого та волонтерського руху серед дітей та молоді світу і сприяння поширенню волонтерських проектів служіння і милосердя у контексті проголошеного ООН Десятиріччя культури миру і не насильства в інтересах дітей планети (2001-2010 рр.).

Міжнародний молодіжний конкурс волонтерських проектів був спрямований на спонукання молодих людей до конкретних вчинків у допомозі незахищеним категоріям населення (людям з функціональними обмеженнями; які мають проблеми зі здоров'ям та потребують домашнього догляду тощо). Конкурсом заохочувалася просвітницька робота з профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі, дії щодо подолання безпритульності, бідності, насильства над дітьми, ескалації насильства, зневаги моральних, громадських, загальнолюдських, сімейних цінностей.

На конкурс було представлено та реалізовано 47 проектів, серед їх авторів було 18 молодіжних організацій, 27 навчальних закладів та 2 зарубіжні молодіжні організації. У рамках конкурсу проведено 233 акції, в яких взяли участь понад 2700 волонтерів. Сама цифра вказує на наявність ресурсної бази для більш широкої роботи у цьому напрямку.

З метою пропагування здорового способу життя серед дітей та молоді, розвитку молодіжного та дитячого волонтерського руху за підтримки Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Міністерства культури та туризму, Всеукраїнського благодійного фонду «Серце до серця» з 3 по 23 травня 2010 р. на території України була проведена щорічна Всеукраїнська благодійна акція допомоги дітям з різними вадами розвитку. Цього року збір коштів відбувся з метою закупівлі обладнання для діагностики та попередження різних вад у дітей та подальшої передачі обладнання дитячим неонатальним центрам.

В рамках акції було проведено ряд розважальних, мистецьких, спортивних та інших заходів, під час проведення яких волонтери проводили збір коштів. Протягом цього періоду скриньки благодійної допомоги були розташовані в більшості шкіл, вищих навчальних закладів, лікарень, приватних підприємств, державних установ тощо.

Нині в Україні діє низка волонтерських громадських організацій, які представлені у багатьох регіонах країни: Всеукраїнський громадський центр «Волонтер» (Київ), Центр волонтеріату «Добра Воля» (Київ), Західноукраїнський центр «Жіночі перспективи» (Львів), Донецька обласна Ліга ділових і професійних жінок (ДОЛДПЖ) (Донецьк), Молодіжна громадська організація «Центр соціально-активної молоді «Ожина» (Чернігів), Харківський громадський центр «Молодь за демократію» (Харків), Полтавська філія Суспільної Служби України (Полтава), Еколого-культурний центр «Бахмат» (м. Артемівськ, Донецька обл.), Благодійний фонд «Підліток» (Луганськ), Подільський центр прав людини (Вінниця) та багато інших.

З метою координації діяльності та обміну досвідом створені Центри волонтеріату – своєрідні місця «зустрічі» громадських організацій, які шукають волонтерів та суспільних активістів для роботи. Вони створюють можливість популяризувати волонтерство у

РОЗДІЛ 4. ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

суспільстві, поширити успішний досвід реалізації волонтерських програм і передати цей професійний досвід іншим організаціям, які розвиваються.

Наразі назріла потреба щодо ширшої законодавчої підтримки волонтерської діяльності через внесення відповідних змін до законів про громадські та благодійні організації та державної програми «Про підтримку волонтерства», що особливо актуально для України у зв'язку з наближенням ЄВРО-2012. Подібні заходи, як показує досвід Олімпіади в Пекіні 2008 року, стають успішними завдяки добре організованій участі численних волонтерів.

Вищевикладене дає підстави стверджувати, що залучення волонтерів до процесу формування здорового способу життя є дуже важливим, оскільки без масової популяризації здоров'я через створення суспільної позитивної думки цей процес буде суттєво сповільнюватися. Сучасна молодь виявляє бажання долучатися до цієї роботи, оскільки визнає її корисною та змістовною не тільки для себе, але й для громади.

В країні створена широка мережа волонтерських організацій, які володіють необхідними ресурсами для роботи. Крім широкої мережі «Шкіл волонтера» при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді існує значна кількість громадських волонтерських об'єднань. Наразі вимагає вирішення питання щодо налагодження їх активної співпраці та взаємодії.

ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАВДАННЯ ЩОДО ПОДАЛЬШОЇ АКТИВІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ В УКРАЇНІ

Серед основних дій держави, спрямованих на активізацію процесу впровадження здорового способу життя у молодіжному середовищі, слід назвати засідання Громадської гуманітарної ради, де Президентом України було вказано на важливість збереження здоров'я як найвищої людської цінності та формування відповідального ставлення до вибору способу життя кожної людини.

На принципово новий державний рівень ставлення до вищезазначеної проблематики вказує ініціатива українських парламентарів, учасників парламентських слухань про становище молоді в Україні «Молодь за здоровий спосіб життя», які відбулися 3 листопада 2010 року. На цьому засіданні було заявлено про наміри щодо створення міжфракційного депутатського об'єднання «Здорова і спортивна Україна» з метою формування здорового способу життя населення. Першими дієвими кроками має стати надання допомоги органам центральної та місцевої виконавчої влади з питань повного відновлення спортивних об'єктів за місцем навчання, проживання та дозвілля.

З 1 січня 2011 року вводиться в дію нова редакція Закону України «Про фізичну культуру і спорт», якою встановлено, що державна політика у цій галузі ґрунтується на засадах визнання фізичної культури і спорту важливим чинником всебічного розвитку особистості та необхідною складовою формування здорового способу життя. Наразі розробляється проект Загальнодержавної цільової програми з розвитку фізичної культури і спорту на 2012-2016 роки.

3 листопада 2010 року Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію Державної цільової соціальної програми оздоровлення та відпочинку дітей на 2011-2015 роки. У цьому контексті важливо зазначити, що в 2010 році, не зважаючи на затримку з прийняттям бюджету та аномальні кліматичні умови, українській владі вдалося на високому рівні забезпечити оздоровлення та відпочинок дітей. В результаті, за літній період цього року оздоровленням та відпочинком забезпечено 2 мільйони 333 тисячі дітей шкільного віку, що склало 53,9 % від загальної кількості дітей шкільного віку в Україні (для порівняння: в 2009 році було оздоровлено лише 41 % дітей). Таким чином, вперше Україна виконала взяті на себе зобов'язання щодо оздоровлення не менш ніж 50 % дітей шкільного віку, що передбачено національним планом дій по реалізації концепції ООН про права дитини на період з 2016 року.

Кабінетом Міністрів України розроблено проект Концепції Загальнодержавної соціальної програми підтримки сім'ї та демографічного розвитку на період до 2015 року. Нині розробляється Державна стратегія реформування системи захисту прав дитини з метою вдосконалення законодавства щодо запобігання поширення соціального сирітства й забезпечення права дитини на виховання в сім'ї.

2010 рік став визначальним для Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту: впровадження здорового способу життя серед дітей та молоді визначено основним пріоритетом діяльності молодіжного відомства на довгострокову перспективу. На виконання Програми Президента України Віктора Януковича «Україна для людей» Міністерство, починаючи з 2011 року, планує розбудову спортивної інфраструктури. Мова йде про будівництво 500 багатофункціональних спортивних майданчиків, 15 басейнів та 15 льодових катків по всій країні, що дозволить дітям і молоді займатися фізкультурою та спортом за місцем проживання та в місцях масового відпочинку. При цих закладах

планується впровадження соціальних програм, спрямованих на популяризацію та сповідання здорового способу життя молоді, в тому числі й для сімей з дітьми.

Для стримування поширення алкоголізації та тютюнопаління серед молоді, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту ініціювало цілий ряд змін, що були прийняті Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 червня 2010 року № 1196-р. «Про затвердження плану заходів щодо виконання в 2010 році Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу». Вперше передбачено підготовку нормативно-правових документів з метою реформування податкової системи України. Законом України від 11 лютого 2010 року № 1883-VI підвищено ставки акцизного збору на спиртові дистиляти та спиртні напої.

Разом з тим, окреслюючи позитивні тенденції реалізації державної політики, спрямованої на вирішення питань здоров'я молоді, потрібно виділити ряд найбільш гострих проблем, що потребують державного підходу та системного вирішення.

1. Проблема народжуваності. Зростає частка дітей, народжених поза шлюбом (у 2009 р. вона склала п'яту частину від усіх новонароджених). Нині кожна 6-та дитина народжується з відхиленнями здоров'я. Значну шкоду репродуктивному здоров'ю молоді наносять онкологічні захворювання. Хвороби, що передаються статевим шляхом також негативно впливають на дітонародження, провокуючи безплідність і хронічні захворювання. Нині ця проблема торкається до 20 % усіх українських сімей. У зв'язку з цим, питання діагностики і лікування безпліддя у молодих людей є вкрай актуальним та потребує конкретних рішень не тільки в сфері охорони здоров'я, але й в соціальній та освітній сферах через активізацію інформаційно-просвітницької роботи з акцентом на вироблення навичок здорового способу життя.

2. Проблема смертності. Не дивлячись на те, що у 2009 році зафіксовано найменший показник рівня смертності серед населення за весь період розбудови держави, народжуваність все ще в 1,4 рази нижча за смертність. Найвищий рівень смертності спостерігається серед молодих людей найбільш репродуктивного віку (30-34 роки). Головні причини смертей серед чоловіків пов'язані з хворобами системи кровообігу, інфекційними хворобами та органів травлення, а у жінок – з інфекційними хворобами та новоутвореннями, що деякою мірою пов'язано з неблагополучною екологічною ситуацією в Україні та низькою якістю харчових продуктів.

3. Проблема здорового харчування. За складних соціально-економічних умов знижується контроль за якістю сільськогосподарської продукції, з'являються нові джерела харчової сировини, змінюється технологія її переробки, що негативно впливає на забезпечення дітей і молоді здоровим харчуванням. Неякісне харчування не здатне забезпечити організм молодої людини необхідною кількістю вітамінів, що призводить до зниження працездатності, успішності у навчанні, погіршення зору та пам'яті. Вже зараз від ожиріння в Україні страждає 7 % чоловіків та 19 % жінок молодого віку, а в підлітковому віці цей показник сягнув майже 10 % межі.

4. Проблема стану екології. Екологічні чинники стану дозвілля викликають стурбованість населення країни. Так, протягом 2009 р. в повітряний басейн, водні та земельні ресурси країни потрапило 11,3 млн. т небезпечних забруднювальних речовин, з яких 57 % припало на шкідливі викиди в атмосферу, 40 % – у поверхневі водойми, 3 % – на небезпечні відходи, якими забруднюються земельні ресурси. Неблагополучна екологічна ситуація провокує цілий ряд серйозних захворювань не тільки серед дорослого населення, але й дітей та молоді, що негативно впливає на стан здоров'я загалом.

5. Проблема рухової активності дітей та молоді. Лише кожен п'ятий школяр та кожен десятий студент мають достатній рівень рухової активності оздоровчої спрямованості, що є одним з найнижчих показників у Європі. Водночас 60 % українських школярів неспроможні виконати вимоги загальноєвропейських тестів фізичної підготовленості «Єврофіт». З віком, рухова активність учнівської молоді знижується та збільшується

відсоток тих, хто не практикує у звичайному розкладі дня будь-яких фізичних вправ або тренувань: від 3% серед дітей у шостому класі до 9–10% серед студентів вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації. Загалом, в залежності від віку та місця навчання, майже 76 % молоді віддають перевагу пасивним формам проведення дозвілля (перед телевізором або за комп'ютером). Серед молоді віком 18–24 роки 50 % осіб мають незадовільну фізичну підготовку. У зв'язку з цим постає питання всебічної активізації фізкультурно-спортивної роботи як генеруючого чинника здорового способу життя учнівської та студентської молоді.

6. *Проблема ризикованої статевої поведінки молоді.* За дослідженнями, проведеними в межах підготовки даної доповіді, досвід статевого життя у віці 15–17 років вже мають 42% учнівської молоді (55% – хлопців та 31% дівчат). Від 7 % до 15% підлітків (залежно від місця навчання) вступили в статеві стосунки до 15 років. Значна частина дівчат незалежно від місця навчання, практикує незахищений секс: майже кожна четверта дівчина з тих, що мали статеві стосунки, під час останнього статевого акту не користувалася презервативом. Найчастіше молоді люди отримують знання щодо методів контрацепції з телепрограм (41%), Інтернету, від друзів й однокурсників (по 31%) та медичних працівників (25%). Тобто нагальним продовжує залишатися питання первинної профілактики з попередження ризикованої поведінки молоді та протидії поширенню соціально-небезпечних хвороб.

7. *Проблема поширеності соціально небезпечних хвороб серед дітей та молоді.* Йдеться про зростання захворюваності на ВІЛ-інфекції та туберкульоз. За даними Міністерства охорони здоров'я, з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції (у 1987 р.) до 2009 р. включно, в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед українських громадян, більшість яких молодого віку. Рівень поінформованості учнівської молоді щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІД залишається незадовільним: тільки 11,5% учнів/студентів правильно визначають всі шляхи передачі ВІЛ та зазначають, що у них є достатній рівень знань щодо того, як ВІЛ не передається (12,3% – хлопців та 10,8% – дівчат). Майже половина (52%) учнів та студентів вважають, що ризик ВІЛ-інфікування їм взагалі не загрожує або є малоімовірним. Тобто існує певна безпечність з боку молоді щодо ставлення до свого здоров'я та не усвідомлення важливості його збереження.

8. *Проблема наркозалежності.* Епідемії ВІЛ-інфекції та туберкульозу збіглися в часі з епідемією ін'єкційної наркоманії. За останні 10 років частка хворих на наркоманію серед неповнолітніх збільшилася у 6–8 разів. За різними експертними оцінками, близько 80 % наркозалежних – молоді люди від 14 до 35 років. В Україні 13 % молоді вживають, так звані, «легкі» наркотики. Досвід вживання марихуани або гашишу мають 16% учнівської молоді віком 15–17 років (24% – хлопці, 9 % – дівчата). Загалом, не дивлячись на реалізацію багатьох профілактичних програм, ситуація щодо поширення вживання наркотиків продовжує залишатися дуже гострою. Це свідчить про необхідність зміни стратегічних підходів у цій сфері та активізації процесу популяризації здорового способу життя.

9. *Проблема вживання алкоголю.* Найчастіше перші спроби алкогольних напоїв припадають на вік 13–15 років. Популярними алкогольними напоями, які найчастіше вживає учнівська молодь, є пиво, слабоалкогольні напої та вино. Дослідження показали, що 3% молоді вживають пиво щодня, ще 21% – вживають пиво хоча б раз на тиждень; слабоалкогольні напої хоча б раз на місяць вживає 15% учнівської молоді, а 14% – хоча б раз на тиждень; вино хоча б раз на місяць вживають 14% респондентів, а 4,5% – хоча б раз на тиждень; міцні алкогольні напої хоча б раз на місяць вживають 8% учнівської молоді та 4% – хоча б раз на тиждень. Дана проблема є дуже гострою та потребує уваги не тільки з боку держави, але й кожної родини, в першу чергу, батьків.

10. *Проблема поширення тютюнопаління.* Досвід паління цигарок серед учнівської та студентської молоді мають від 20 % до 77,5% осіб (залежно від їхнього віку і місця навчання). Пробували хоча б коли-небудь палити 55% хлопців і 41% дівчат цього віку. Перші спроби тютюну серед хлопців найчастіше відбувалися в 11- річному віці і ще

меншому. Серед дівчат – перші спроби тютюну сталися у 13–15 років (7–8%). Досліджено, що 11% учнівської молоді палять щодня, а 4% – хоча б раз на тиждень.

Покращення вищезазначеної ситуації потребує активізації процесу формування здорового способу життя та зростання рівня відповідального ставлення до вибору способу життя з боку молоді. Для цього потрібна сприятлива державна політика та активізація молодіжної участі у реалізації відповідних програм.

Слід зазначити, що центральними органами виконавчої влади впроваджується понад 15 загальнодержавних, державних, міжвідомчих програм, що містять окремі розділи щодо пропагування здорового способу життя, які часто-густо дублюються.

Існує постійний дефіцит бюджетного фінансування, потребує більш дієвої координації робота різних суб'єктів діяльності як на національному, так і на регіональному рівнях. Давно назріла потреба виокремити здоровий спосіб життя в пріоритетний напрям державної молодіжної політики.

Не завжди є розуміння з боку органів виконавчої влади щодо важливості сприяння ініціативі та активності молоді, розширення її участі у різних соціальних програмах з формування здорового способу життя як на центральному, так і на місцевому рівнях. Відповідні соціальні заклади, установи та громадські об'єднання давно потребують зміцнення матеріально-технічного та фінансового забезпечення. Відкритими залишаються питання щодо підготовки кадрів з формування здорового способу життя, розробки та впровадження необхідних методик роботи та затвердження відповідних стандартів.

Необхідно також, щоб міжсекторальне багатогалузеве співробітництво було переорієнтовано з охорони здоров'я та лікування хвороб на розширення спектру соціальних проектів з посилення компоненту профілактики та активізації процесу формування здорового способу життя молоді.

Тематичні інформаційно-просвітницькі кампанії, як правило, розраховані на вузьку цільову аудиторію (окремі вікові та соціальні групи) та поширення роздаткового матеріалу. Однак, ефективність таких кампаній є відносно невисока, а вартість одного ефективного контакту з цільовою аудиторією досить значна. Тому наразі актуальними є використання принципово нових підходів при організації інформаційно-просвітницьких кампаній.

Тобто, робота центральних органів виконавчої влади все ще не має системності, відсутня координація та послідовність дій відносно надання різних послуг населенню. Наразі, виконання координаційної функції з питань реалізації державної політики з формування здорового способу життя ініціювало Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, яке безпосередньо впливає на дітей, молодь та родини.

На порядку денному постало питання створення **державної системи формування здорового способу життя молоді** на основі концептуальних підходів, спрямованих на конкретну молоду людину та сім'ю, що співпадає з основними завданнями Програми Президента України «Україна для людей».



Рис. 5.1. Схема державної системи формування здорового способу життя

Державна система формування здорового способу життя вимагає підходу, за якого буде водночас спрямована на людину, сім'ю (з урахуванням поселення, категорій, кількості дітей, вікових особливостей) та громаду з її ресурсами та потенційними можливостями. (рис. 5.1).

Державна система формування здорового способу життя має будуватися на *принципі взаємної суспільної відповідальності*: якщо є обов'язки у держави, то вони мають бути і у кожного з учасників процесу формування здорового способу життя.

Мова йде про наступне:

- | | |
|----------------------------|---|
| Обов'язки людини: | <ul style="list-style-type: none">● усвідомлювати власне здоров'я як особисту та суспільну цінність;● докладати зусиль для оволодіння необхідними знаннями та навичками щодо сповідування здорового способу життя;● дотримуватися здорового способу життя у повсякденному житті;● нести відповідальність за негативні дії, які наносять шкоду як власному здоров'ю, так і здоров'ю інших осіб; |
| Держава для людини: | <ul style="list-style-type: none">● формувати громадську думку на дотримання здорового способу життя як норму успішної людини;● стимулювати дотримання здорового способу життя за місцем навчання, роботи, відпочинку тощо;● проводити переорієнтацію закладів охорони здоров'я з лікувальних дій на профілактичні;● розвивати доступну інфраструктуру для формування здорового способу життя з урахуванням чотирьох складових здоров'я;● сприяти виготовленню та розміщенню програм щодо популяризації здорового способу життя на українському телебаченні та радіо. |
| Обов'язки сім'ї: | <ul style="list-style-type: none">● виховувати та мотивувати дітей до сповідування здорового способу життя;● слугувати позитивним прикладом для дітей шляхом особистого сповідування здорового способу життя;● забезпечувати позитивну сімейну атмосферу в родині;● дотримуватися моральних устоїв сім'ї, які стимулюються державним запитом на здорову особистість;● відповідати за нанесення шкоди здоров'ю дитини, здійсненого шляхом психічного тиску, фізичного покарання чи інших насильницьких дій; |

- Держава для сім'ї:**
- проводити інформаційно-просвітницьку роботу щодо мотивації членів сім'ї на сповідування здорового способу життя;
 - розробити та запровадити Програму управління стресом на робочому місці, як основи збереження психічної складової здоров'я дорослого населення;
 - забезпечити створення широкого ринку пропозицій щодо занять масовим спортом та фізкультурою відповідно до запиту населення (тип поселення, регіональний підхід, з урахуванням вікових потреб);
 - надати необхідний комплекс соціальних послуг для сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах;
 - стимулювати розвиток соціальних програм, пов'язаних з організацією сімейного дозвілля, рекреації та активізації фізичного розвитку та туризму;
 - розвивати програми збереження екології та довкілля;
 - забезпечити можливість вживання здорових продуктів харчування з повною заборобою використання генно-модифікованих організмів (ГМО) для їх виробництва.
- Обов'язки громади:**
- виступати координаторами та громадськими контролерами діяльності різних організацій і установ щодо ефективності роботи з формування здорового способу життя;
 - нести громадянську відповідальність за популяризацію та впровадження здорового способу життя серед дітей та молоді;
 - забезпечити громадське заохочення сімей та членів сімей, які сповіднують здоровий спосіб життя через організацію публічних заходів, ЗМІ, тощо;
 - підтримувати молодіжні ініціативи та заходи, спрямовані на активізацію молодіжної участі у діях з пропагування здорового способу життя;
 - виділяти місцеві ресурси для поширення діяльності з формування здорового способу життя безпосередньо у громаді;
 - розвивати місцеві програми зі збереження екології та довкілля;
- Держава для громади:**
- сприяти місцевим та регіональним ініціативам у сфері формування здорового способу життя;
 - брати до уваги пропозиції з боку громади та виносити відповідні рішення на публічне обговорення;
 - внести роботу з формування здорового способу життя до функціональних обов'язків працівників соціальних закладів як основного компоненту професійної діяльності;
 - створити систему підготовки фахівців та спеціалістів здорового способу життя в різних сферах діяльності та запровадити необхідні навчальні програми у вищих навчальних закладах;
 - забезпечити управління якістю роботи з формування здорового способу життя та оперативне внесення корективів в разі необхідності;
 - запровадити соціальну рекламу на підтримку здорового способу життя населення та державний контроль щодо її якості;
 - забезпечити проведення моніторингу та оцінки діяльності з боку державних наукових установ, публічне оголошення та публікація результатів дослідження.

Враховуючи вищезазначене, до першочергових завдань щодо подальшої активізації політики формування здорового способу життя слід віднести наступні дії:

Верховній раді України:

1. Розробити та запровадити необхідне законодавче забезпечення з формування здорового способу життя дітей та молоді. На сьогодні особливої уваги потребують такі напрями законотворчості:

1.1. Розробка та прийняття Державної програми формування здорового способу життя молоді з обов'язковим щорічним виділенням необхідного фінансування з Державного бюджету України на відповідний рік. Ця програма не повинна відмінити чи підмінити раніше прийняті загальнодержавні, державні, галузеві програми, які тією чи іншою мірою націлені на вирішення проблем формування здорового способу життя молоді, а має опиратися на основні концептуальні підходи здорового способу життя, інтегрувати основні напрями діяльності та активізувати роботу в цій сфері з боку держаних структур та громади.

1.2. Прийняття Загальнодержавної цільової соціальної програми з розвитку фізичної культури і спорту на 2012-2016 рр. з виробленням новітніх стратегічних підходів та чіткого механізму його реалізації на основі концептуальних засад формування здорового способу життя.

1.3. Прийняття Загальнодержавної цільової соціальної програми патріотичного виховання населення з метою посилення особистісної відповідальності населення за свій спосіб життя та стан здоров'я.

1.4. Створення Всеукраїнського центру формування здорового способу життя з відповідними повноваженнями та фінансуванням.

1.5. Забезпечити розробку та впровадження Програм управління стресом на робочому місці. Питання зменшення впливу стресу на робочому місці мають бути в обов'язковому порядку враховані при розробці та прийнятті нового Кодексу законів про працю як важливий чинник збереження здоров'я працівників та підвищення ефективності праці.

1.6. Надання більших повноважень органам місцевої влади з питань, що пов'язані з розробкою та фінансуванням програм здорового способу життя з урахуванням специфіки та особливостей регіону.

1.7. Запровадження правового механізму відповідальності суб'єктів суспільних відносин (органів державної влади та місцевого самоврядування, підприємств різних форм власності) за порушення чи невиконання вимог чинного законодавства щодо сприяння збереженню здоров'я;

1.8. Удосконалення законодавства щодо реклами тютюнових та горілчаних виробів, продуктів харчування, медикаментів тощо.

1.9. Забезпечення молодіжної участі та територіальних громад як основних учасників процесу формування здорового способу життя (спільно з державними органами влади через дорадчі комітети, координаційні ради, громадські слухання тощо);

1.10. Проведення моніторингу та оцінки ефективності виконання вже прийнятих законодавчих актів, наказів та постанов, зокрема у сфері охорони здоров'я, з формування здорового способу життя;

1.11. Здійснення державного та громадського контролю щодо витрат коштів, передбачених законодавством на державні, регіональні та місцеві програми з обов'язковим оприлюдненням результатів.

Кабінету Міністрів України:

2. Запровадити державну систему формування здорового способу життя на основі концептуальних підходів, спрямованих на конкретну людину, сім'ю та громаду «людина – сім'я – громада – держава» на основі концептуальних засад, що акцентують увагу

суспільства на наступних засадах: державна політика має стосуватися одночасно людини – сім'ї – громади та будуватися на принципах їх щільної взаємодії. Відповідно, якщо є обов'язки у держави, то вони також мають бути у кожного з учасників процесу формування здорового способу життя. Для цього необхідно:

2.1. Виробити стратегічні підходи з формування здорового способу життя на основі визнання здоров'я як цілісної системи, що інтегрує в собі чотири складові здоров'я (соціальну, психічну, фізичну та духовну) та забезпечити комплексний підхід щодо забезпечення практичної реалізації серед населення.

2.2. Запровадити дієві заходи стимулювання рухової активності молоді, регулярних занять фізкультурою та спортом через розбудову та відродження фізкультурної, оздоровчої та спортивної інфраструктури.

2.3. Створити доступну мережу соціальних закладів для проведення здорового дозвілля (за місцем навчання, проживання та відпочинку).

2.4. Забезпечити фінансування програм, проектів та заходів, спрямованих на протидію негативним явищам, які мають місце у молодіжному середовищі з альтернативним запровадженням дій щодо формування здорового способу життя.

2.5. Сприяти активізації державної інформаційної політики щодо пропагування здорового способу життя через запровадження широкої мережі відповідної соціальної реклами.

2.6. Сприяти вирішенню проблем бідності та безробіття серед сімей з дітьми.

2.7. Підвищувати соціальні стандарти життя населення, що базуються на основних концептуальних засадах здорового способу життя шляхом покращення якості життя та подовження тривалості активного життя населення, в тому числі серед людей літнього віку; покращення екологічної ситуації та стану довкілля; забезпечення населення доступним здоровим харчуванням тощо.

2.8. Вирішити системні проблеми молодого покоління, пов'язані з різними видами залежності та поширенням соціально небезпечних хвороб шляхом профілактики шкідливих звичок та формування відповідального ставлення до збереження здоров'я; приведення діючих норм у відповідність до прийнятих законів щодо продажі алкоголю та тютюну в публічних місцях та інших громадських установах і закладах.

2.9. Створити необхідні умови для активізації молодіжних ініціатив щодо формування здорового способу життя через фінансування та надання інших необхідних ресурсів.

2.10. Сприяти розширенню можливостей територіальних органів влади з питань затвердження місцевих програм здорового способу життя.

2.11. Започаткувати процес щодо створення громадського телебачення з питань популяризації здорового способу життя на тему «Здоров'я для здорових людей» та «Формування здорового способу життя» й сприяти запровадженню відповідної соціальної реклами.

2.12. Активізувати інформаційно-просвітницьку роботу з акцентом на раціональну організацію інформаційно-просвітницьких кампаній, яка має будуватись на основі двох принципів: тотальності та адресності.

2.13. Перед початком розповсюдження піддавати експертизі зразки соціальної реклами, які розроблятимуться за державний кошт; створити відповідний експертний орган та розробити єдину методику оцінки; сприяти поширенню практики добровільної оцінки зразків соціальної реклами, виготовленої громадськими організаціями та благодійними фондами.

Регіональним та місцевим органам влади

3. Розробити та затвердити місцеві програми щодо здорового способу життя, які передбачали б пропагування ідеї відповідальності молоді за збереження свого здоров'я, впровадження активної молодіжної політики стосовно покращення рівня життя молоді;

стимулювання дотримання здорового способу життя за місцем навчання, роботи, відпочинку; сприяння молодіжним ініціативам щодо формування здорового способу життя через фінансування та надання інших необхідних ресурсів.

4. Сприяти розвитку соціальної інфраструктури для забезпечення можливості підтримувати здоровий спосіб життя через створення широкого та доступного ринку пропозицій щодо масового спорту відповідно до запиту населення (тип поселення, регіональний підхід, з урахуванням вікових потреб); розвиток мережі рекреаційних та дозвіллевих закладів.

5. Сприяти розвитку інфраструктури, що покликана долати негативні явища у молодіжному середовищі шляхом розширення профілактичних послуг для молоді у медичних закладах; розвиток мережі доступних реабілітаційних закладів для бажаючих позбутися шкідливих звичок, в тому числі вживання алкогольних та тютюнових виробів (наприклад, розвиток центрів комплексної медико-соціально-психологічної реабілітації молоді, залежної від алкоголю та наркотиків, та забезпечення фінансової підтримки таких центрів).

Науково-дослідним та навчальним закладам

6. Проводити систематичну оцінку способу життя молоді шляхом розробки та запровадження відповідної дослідницької методології.

6.1. Не рідше ніж один раз на два роки проводити соціологічні моніторинги – періодичні опитування української молоді у віці 14-24 роки та молодих сімей щодо сповідування здорового способу життя.

6.2. Впровадити критерії та оцінку діяльності з формування здорового способу життя державних органів виконавчої влади, передбачивши на це відповідне фінансування у державному бюджеті.

6.3. Здійснювати публічне оголошення та публікації результатів моніторингової діяльності.

7. Розробити методичні рекомендації для фахівців з наступної тематики:

7.1. Формування здорового способу життя та профілактична діяльність серед дітей та молоді за місцем проживання, навчання та дозвілля.

7.2. Інформаційно-просвітницька робота з питань здорового та збалансованого харчування.

7.3. Психологічна допомога молоді у зміні ризикованої поведінки.

7.4. Молодіжна участь та волонтерство як важлива умова запровадження здорового способу життя в Україні.

8. Активізувати підготовку фахівців, здатних проводити ефективну профілактичну роботу.

8.1. У програмах підготовки шкільних педагогів, соціальних педагогів, лікарів та інших фахівців передбачити проведення курсів з формування здорового способу життя.

8.2. У програмах курсів підвищення кваліфікації вчителів та шкільних психологів передбачити інтерактивні форми навчання для опанування навичками формування у різних вікових груп, передовсім у дітей та підлітків, цінності активного життя, творчості та здорового способу життя.

Молодіжним та іншим громадським організаціям

9. Розробляти та втілювати молодіжні ініціативи щодо формування здорового способу життя.

10. Активізувати волонтерську діяльність щодо розширення кола інструкторів, тренерів та консультантів з питань здорового способу життя.

11. Проводити публічні акції з пропагування ідей здорового способу життя та відповідальності людини, сім'ї, громади за збереження здоров'я.

12. Проводити спортивні та дозвілєві заходи з метою пропагування активного способу життя. Активізувати роботу серед молоді та батьків щодо занять фізкультурою та спортом як важливої складової здоров'я.

13. Долучатися до розробки та розповсюдження соціальної реклами щодо здорового способу життя, зокрема щодо дотримання адекватного режиму роботи та відпочинку, фізичної активності, якісного харчування, відмови від вживання тютюнових та алкогольних виробів.

14. Здійснювати громадський контроль за впровадженням програм, покликаних підтримувати здоровий спосіб життя, зокрема щодо заборони продажу тютюнових та алкогольних виробів неповнолітнім, паління у публічних місцях тощо.

Реалізація комплексу вищезазначених заходів щодо впровадження здорового способу життя молоді, окрім соціально-економічного ефекту дозволить отримати і політичний: підвищити довіру населення до влади, прискорити консолідацію українського суспільства, дозволить ширше залучати молодь до активної участі в діяльності органів державного влади та місцевого самоврядування.

СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ПРО СТАНОВИЩЕ МОЛОДІ

Таблиця 1

Розподіл постійного населення за статтю, віком та типом поселень на 1 січня 2010 року та середня чисельність населення за 2009 рік
(За даними Держкомстату України)

Міські поселення та сільська місцевість (осіб)						
	На 1 січня 2010 року			Середня чисельність населення за 2009 рік		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
В с ь о г о	45782592	21107067	24675525	45872976	21146000	24726976
у тому числі:						
14	479825	245807	234018	489507	250889	238618
15	499029	255861	243168	513932	263316	250616
16	528755	270710	258045	549273	281290	267983
17	569782	291807	277975	590623	302645	287978
18	611415	313419	297996	627491	321643	305848
19	643322	329649	313673	659039	337531	321508
15 – 19	2852303	1461446	1390857	2940358	1506425	1433933
20	674299	345022	329277	696584	356358	340226
21	718201	367163	351038	730964	373792	357172
22	742963	379818	363145	765986	391284	374702
23	788135	402037	386098	777152	396102	381050
24	765217	389456	375761	774468	394313	380155
20 – 24	3688815	1883496	1805319	3745154	1911849	1833305
25	782606	398324	384282	789675	402204	387471
26	795452	405079	390373	761154	388310	372844
27	725546	370536	355010	714890	363343	351547
28	702763	355053	347710	710860	359009	351851
29	717361	361814	355547	698578	352164	346414
25 – 29	3723728	1890806	1832922	3675157	1865030	1810127
30	677887	341131	336756	676653	339716	336937
31	673445	336872	336573	663761	331406	332355
32	651925	324375	327550	669845	333437	336408
33	685529	340843	344686	679871	337210	342661
34	671920	331881	340039	664533	328084	336449
30-34	3360706	1675102	1685604	3354663	1669853	1684810

Міські поселення	(осіб)					
	На 1 січня 2010 року			Середня чисельність населення за 2009 рік		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
Всього	31269164	14317883	16951281	31300155	14333713	16966442
у тому числі:						
14	293439	150388	143051	299625	153618	146007
15	309595	158491	151104	320053	163840	156213
16	335334	171311	164023	349368	178383	170985
17	383412	194199	189213	400314	203226	197088
18	426225	216143	210082	439483	222752	216731
19	450274	228555	221719	463342	234973	228369
15 – 19	1904840	968699	936141	1972560	1003174	969386
20	472331	239586	232745	490469	248541	241928
21	504205	255188	249017	513037	259723	253314
22	514389	260735	253654	537161	271599	265562
23	554938	279578	275360	551784	277687	274097
24	547570	274696	272874	563148	282236	280912
20 – 24	2593433	1309783	1283650	2655599	1339786	1315813
25	578419	289014	289405	591209	299313	291896
26	603865	309061	294804	574521	296087	278434
27	545165	282629	262536	531364	271495	259869
28	517387	259812	257575	521052	260846	260206
29	524326	261267	263059	507103	252385	254718
25 – 29	2769162	1401783	1367379	2725249	1380126	1345123
30	489095	242682	246413	487419	241520	245899
31	484918	239481	245437	476268	234883	241385
32	466537	229350	237187	479792	236351	243441
33	491903	242360	249543	485660	238550	247110
34	478140	233658	244482	470400	229996	240404
30-34	2410593	1187531	1223062	2399539	1181300	1218239

Сільська місцевість				(осіб)		
	На 1 січня 2010 року			Середня чисельність населення за 2009 рік		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
В с ь о г о	14513428	6789184	7724244	14572821	6812287	7760534
у тому числі:						
14	186386	95419	90967	189882	97271	92611
15	189434	97370	92064	193879	99476	94403
16	193421	99399	94022	199905	102907	96998
17	186370	97608	88762	190309	99419	90890
18	185190	97276	87914	188008	98891	89117
19	193048	101094	91954	195697	102558	93139
15 – 19	947463	492747	454716	967798	503251	464547
20	201968	105436	96532	206115	107817	98298
21	213996	111975	102021	217927	114069	103858
22	228574	119083	109491	228825	119685	109140
23	233197	122459	110738	225368	118415	106953
24	217647	114760	102887	211320	112077	99243
20 – 24	1095382	573713	521669	1089555	572063	517492
25	204187	109310	94877	198466	102891	95575
26	191587	96018	95569	186633	92223	94410
27	180381	87907	92474	183526	91848	91678
28	185376	95241	90135	189808	98163	91645
29	193035	100547	92488	191475	99779	91696
25 – 29	954566	489023	465543	949908	484904	465004
30	188792	98449	90343	189234	98196	91038
31	188527	97391	91136	187493	96523	90970
32	185388	95025	90363	190053	97086	92967
33	193626	98483	95143	194211	98660	95551
34	193780	98223	95557	194133	98088	96045
30-34	950113	487571	462542	955124	488553	466571

**Розподіл померлих за віковими групами та основними причинами смерті
по Україні у 2009 році
(За даними Держкомстату України)**

	Всього, осіб	у тому числі у віці				
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
обидві статі						
Всього померлих	706739	629	1864	4645	7772	11620
у тому числі від						
Деяких інфекційних та паразитарних хвороб	15137	18	46	376	1337	2472
Новоутворень	88605	98	150	313	459	785
Хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму	317	5	4	9	13	8
Ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин	2683	11	18	45	86	57
Розладів психіки та поведінки	2073	3	6	20	77	117
Хвороб нервової системи	6229	57	117	180	279	377
Хвороб системи кровообігу	460609	27	94	328	720	1426
Хвороб органів дихання	21089	13	48	139	375	517
Хвороб органів травлення	30079	6	27	226	726	1549
Вагітності, пологів та післяпологового періоду	129	0	10	33	41	28
Окремих станів, що виникають в перинатальному періоді	2537	0	0	0	0	0
Природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій	1952	44	45	51	36	30
Зовнішніх причин смерті	48937	319	1237	2780	3359	3883
з них від						
випадкових отруєнь та дії алкоголю	6089	0	8	88	262	449
навмисних самоушкоджень	9717	53	298	756	812	878

	Всього, осіб	у тому числі у віці				
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
чоловіки						
Всього померлих	351395	387	1351	3554	5905	8726
у тому числі від						
Деяких інфекційних та паразитарних хвороб	11539	11	24	220	943	1826
Новоутворень	49100	50	82	177	230	344
Хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму	159	1	0	5	7	5
Ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин	1111	6	11	27	32	31
Розладів психіки та поведінки	1459	1	3	14	65	98
Хвороб нервової системи	3909	31	76	124	179	264
Хвороб системи кровообігу	199465	16	61	243	562	1086
Хвороб органів дихання	14861	7	24	91	244	374
Хвороб органів травлення	19355	5	20	162	514	1128
Вагітності, пологів та післяпологового періоду	X	X	X	X	X	X
Окремих станів, що виникають в перинатальному періоді	1460	0	0	0	0	0
Природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій	1066	24	25	35	18	15
Зовнішніх причин смерті	38482	218	983	2358	2919	3283
з них від						
випадкових отруєнь та дії алкоголю	4971	0	6	72	239	396
навмисних самоушкоджень	7992	34	244	662	734	770

	Всього, осіб	у тому числі у віці				
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
жінки						
Всього померлих	355344	242	513	1091	1867	2894
у тому числі від						
Деяких інфекційних та паразитарних хвороб	3598	7	22	156	394	646
Новоутворень	39505	48	68	136	229	441
Хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму	158	4	4	4	6	3
Ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин	1572	5	7	18	54	26
Розладів психіки та поведінки	614	2	3	6	12	19
Хвороб нервової системи	2320	26	41	56	100	113
Хвороб системи кровообігу	261144	11	33	85	158	340
Хвороб органів дихання	6228	6	24	48	131	143
Хвороб органів травлення	10724	1	7	64	212	421
Вагітності, пологів та післяпологового періоду	129	0	10	33	41	28
Окремих станів, що виникають в перинатальному періоді	1077	0	0	0	0	0
Природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій	886	20	20	16	18	15
Зовнішніх причин смерті	10455	101	254	422	440	600
з них від:						
випадкових отруєнь та дії алкоголю	1118	0	2	16	23	53
навмисних самошкоджень	1725	19	54	94	78	108

Таблиця 3

**Розподіл зареєстрованих шлюбів за віком та дошлюбним станом подружжя
в Україні у 2009 році
(За даними Держкомстату України)**

	Всього зареєстрували шлюб, осіб	у тому числі ніколи не перебували у шлюбі	удівці або удови	розлучені
Чоловіки-всього	318198	239498	5747	72953
у тому числі у віці, років				
до 18	314	314	-	-
18-19	8422	8413	-	9
20-24	105535	103552	14	1969
25-29	94780	84201	102	10477
30-34	42609	27118	238	15253
Жінки-всього	318198	242123	8510	67565
у тому числі у віці, років				
до 18	9465	9453	-	12
18-19	34520	34323	5	192
20-24	130378	124248	191	5939
25-29	67503	52107	607	14789
30-34	29434	13765	893	14776

Таблиця 4

Розподіл новонароджених за віком матері в Україні та регіонах у 2009 році
(За даними Держкомстату України)

	Всього народжених, осіб	в тому числі за віком матері, років			
		15-19	20-24	25-29	30-34
Україна	512525	44332	173481	160829	91149
Автономна Республіка Крим	23524	1630	7581	7641	4439
Вінницька	18053	1779	6503	5353	3068
Волинська	15290	1102	5488	4849	2598
Дніпропетровська	37309	3409	12346	11513	6747
Донецька	43373	3737	14338	13837	7937
Житомирська	15108	1462	5292	4408	2717
Закарпатська	18219	2456	6932	5122	2559
Запорізька	18409	1644	6162	5716	3318
Івано-Франківська	17333	1748	6741	5236	2475
Київська	20616	1701	6909	6605	3682
Кіровоградська	10916	1291	3962	3052	1716
Луганська	21671	2007	7590	6731	3714
Львівська	30079	2118	10956	9996	4865
Миколаївська	13093	1418	4435	3994	2175
Одеська	28986	2623	9201	8806	5532
Полтавська	14755	1376	5209	4383	2618
Рівненська	17544	1298	6229	5450	2965
Сумська	10681	975	3865	3183	1888
Тернопільська	12404	1219	4864	3847	1759
Харківська	27226	2023	8836	8880	5050
Херсонська	12323	1299	4256	3551	2130
Хмельницька	14690	1401	5426	4389	2426
Черкаська	12594	1284	4308	3767	2190
Чернівецька	11050	1177	4089	3241	1689
Чернігівська	10534	905	3508	3261	1988
м. Київ	32488	1007	7269	12527	7981
м. Севастополь	4257	243	1186	1491	923

YOUTH FOR HEALTHY LIFESTYLES

The State Institute for Family and Youth Development of the Ministry of Family, Youth and Sports of Ukraine each year prepares a Report to Ukraine's President, Verkhovna Rada and Cabinet of Ministers about the conditions of the country's youth in the context of various social issues. The report includes suggestions about possible ways to address these conditions.

The Report for 2010, titled 'Youth for Healthy Lifestyles', concerns health and the formation of healthy lifestyles, a topic discussed during the Parliamentary hearings on the condition of Ukrainian youth on 3 November 2010. The hearings demonstrated the state's intention to develop a new youth policy based on conceptual approaches towards healthy lifestyles.

These initiatives were driven by the need for profound social and economic reforms aimed at preserving and developing Ukraine's human and social capital to ensure its accession to the company of the world's most competitive countries.

The Presidential Programme of Economic Reforms for 2010-2014, 'Wealthy Society, Competitive Economy, Effective Government', establishes specific objectives in terms of creating incentives for healthy lifestyles among the population by developing an infrastructure for mass sporting activity and physical fitness. In addition there are plans to raise excise tax rates for alcohol and tobacco products and channel the money raised to a special State Budget that finances health care facilities, an infrastructure for active recreation, etc.

In developing informational and analytical materials, the authors used data from the central and local government authorities and from academic and non-governmental organisations. In particular, they obtained relevant analytical and statistical materials from Ukraine's Ministry of Education and Science, Ministry of Culture and Tourism, Ministry of Health, Ministry of Labour and Social Policy, State Committee for Television and Radio Broadcasting, State Statistics Committee and National Expert Commission for the Protection of Public Morals. They also obtained materials from the departments for family and youth affairs of the Autonomous Republic of Crimea, the oblast, Kyiv and Sevastopol city state administrations, the National University of Physical Education and Sport of Ukraine, the National Academy of Medical Sciences, the National Academy of Pedagogical Sciences, the Institute of the Economy and Forecasting of the NAS of Ukraine and the Ukrainian Institute for Strategic Research of the Ministry of Health.

Preparing the Report's text and analytical analysis was possible due to active the involvement of UNICEF Ukraine, which provided financial support to conduct three parallel studies concerning youth: 'Attitudes of Youth towards Healthy Lifestyles' (which studied people aged 14–35 for the first time since Ukraine achieved independence); 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC); and 'Review of Youth Policy in Ukraine'. The comprehensive scope of the work made possible using a broad variety of research materials.

Overall, the Report consists of four sections, conclusions, recommendations and annexes. The main part of the Report analyses general trends in health and young people's attitudes towards healthy lifestyles. It presents the results of the survey 'Attitudes of Youth towards Healthy Lifestyles', which the State Institute for Family and Youth Development conducted in 2010; it describes current practices in the area of developing healthy lifestyles at the national, regional and local levels; and it focuses on various methods and ways of influencing youth and on perspectives for introducing healthy lifestyles in the nearest future.

Annex 1 presents an analytical report on the results of the sociological study conducted by the O. Yaremenko Ukrainian Institute of Social Research in 2010 within the framework of the international project 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC).

Annex 2 describes research materials obtained within the project 'Review of Youth Policy'. The project was implemented by the Institute of Sociology of NAN in 2010 and commissioned by UNICEF.

This report was prepared by a team of authors, including: A.V. Vakulenko, candidate of pedagogical sciences (sec. 1.1); N.E. Husak (sec. 3.1, 3.2); N.Y. Zhylyka, candidate of medical sciences (sec. 2.1, 2.3); T.M. Kolos (sec. 3.3); N.M. Komarov, candidate of economic sciences (sec. 3.4); A.S. Lozovyt'skyi, candidate of political sciences (sec. 4.1, 4.2); A.A. Myshyn, candidate of political sciences (Introduction, Conclusions and Recommendations); T.K. Okushko, candidate of pedagogical sciences (sec. 4.1); N.F. Romanova, candidate of pedagogical sciences (sec. 1.4, 3.3, 4.2); V.A. Sanovska (sec. 1.3); T.V. Semyhina, candidate of political sciences (sec. 2.2); G.A. Slabkyi, doctor of medicine, professor (sec. 2.1, 2.3); and V.A. Uznychenko (sec. 1.2, 3.3.).

The team leader was N.F. Romanova.

The Report provides evidence for the following conclusions and recommendations regarding future intensification of government policy for encouraging healthy lifestyles among youth.

Conclusions

A systemic approach towards developing and implementing the government's youth policy as a key component of the national policy to ensure responsible attitudes to the population's health on the basis of physical training and mass sporting activity has significantly contributed to introducing healthy lifestyles in the youth environment.

A meeting of Public Humanitarian Council took place at the end of August 2010. At it the President of Ukraine emphasised the importance of ensuring public health as the highest human value; he also pointed out the need to develop responsible attitudes towards health on the part of every citizen.

The Parliamentary hearings under the heading 'Youth for Healthy Lifestyles', which took place on 3 November 2010, are another sign that healthy lifestyle development has reached a new, governmental level. Participants expressed their intention to establish an inter-faction deputy association called Healthy and Athletic Ukraine that will encourage healthy lifestyles among the population. Initial steps in this area should include helping central and local executive bodies to fully rebuild sports facilities at schools and in residential and recreational areas.

Beginning on 1 January 2011 the new version of the Law of Ukraine 'On Physical Training and Sports' will take force. It says that state policy should recognise physical training and sports as important factors in all-round personal development and as necessary components of healthy lifestyle development. Currently the government is developing a Concept for the National Targeted Social Programme on the Development of Physical Training and Sports and the Formation of Healthy Lifestyles for 2012–2016.

On 3 November 2010 the Cabinet of Ministers approved the Concept for the National Targeted Social Programme for Health Improvement and Recreation of Children for 2011–2015. We should note that despite delays in adopting the State Budget and abnormal weather conditions in 2010, the Ukrainian authorities managed to provide children with health improvement and recreational measures. As a result, during summer 2010, 2,333,000 school-age Ukrainian children received health improvement and recreation services. That number accounts for 53.9 per cent of the country's total population of school-aged children (for comparison's sake, in 2009 only 41 per cent of children received such services). For the first time, therefore, Ukraine managed to fulfil its obligations to provide health improvement services to at least 50 per cent of school-age children (as envisaged by the National Action Plan on the Implementation of the UN Convention of the Rights of the Child until 2016).

The Cabinet of Ministers has developed a draft Concept for the National Social Programme on Family Support and Population Development until 2015. The development of the Government Strategy for reforming the system for protecting children's rights is underway; its goal is to improve legislation to prevent social orphanage and to ensure the rights of children to grow up in a family environment.

The current year (2010) has been decisive for the Ministry of Family, Youth and Sports. Fostering healthy lifestyles among children and young people became a key long-term priority for it. In line with the Programme of the President of Ukraine 'Ukraine for People', the Ministry

plans to begin developing a sports infrastructure in 2011. This envisages construction of 500 multifunctional athletic grounds, 15 swimming pools and 15 skating rinks all over Ukraine. The goal is to allow children and young people to become more actively involved in physical activity where they live and play.

To curb further use of alcohol and tobacco among young people, the Ministry of Family, Youth and Sports has initiated a number of changes approved by the Resolution of the Cabinet of Ministers No. 1196-p 'On Approval of the Plan of Measures for 2010 on Implementation of the National Programme for Approximation of Legislation of Ukraine to the Legislation of the European Union', issued on 9 June 2010. For the first time, the government envisages developing regulatory and legal acts to reform Ukraine's tax system. The Law of Ukraine No.1883-VI as of 11 February 2010 increases excise rates for alcohol distillates and hard liquors.

Despite a number of positive trends in addressing youth health issues in Ukraine, however, there exist *urgent problems* that require government attention and systemic solutions.

1. Mortality. Despite that in 2009 Ukraine registered the lowest mortality rate during the entire period of its development, its birth rate is still 1.4 times lower than its mortality rate. The highest mortality rates are among young people of the most intense reproductive age (30–34 years). The main causes of death among men include blood circulation system diseases, infectious diseases and digestive tract ailments. For women, the majority of deaths occur due to infectious diseases and tumors, which can be partially explained by the adverse ecological situation in Ukraine and by the poor quality of food products.

2. Fertility/reproduction. The percentage of children born out of wedlock continues to grow in Ukraine – in 2009 out-of-wedlock children comprised about 20 per cent of all newborns. Today every sixth child is born with abnormalities. Oncological diseases significantly affect the reproductive health of young people; so do sexually transmitted diseases, which can lead to infertility and chronic diseases. Currently this problem is acute for up to 20 per cent of all Ukrainian families. Diagnostics and treating infertility in young people is therefore extremely important. It is necessary to make specific decisions not only in the health sector, but also in the social and educational areas spheres by intensifying informational and awareness-raising activities with a particular focus on developing healthy lifestyle skills.

3. Healthy nutrition is a particularly acute issue. Given difficult social and economic conditions, we can observe a decrease in quality control over agricultural commodities; the emergence of new sources of raw food materials; and changes in food processing methods. All these have a negative impact on providing children and youth with high-quality nutrition. Poor nutrition fails to supply a young person with the necessary quantities of vitamins, which reduces working capacity, harms academic progress and degrades eyesight and memory. Some 7 per cent of young men and 19 per cent of young women in present-day Ukraine suffer from obesity; almost 10 per cent of adolescents do.

4. Environmental factors are another area of concern for Ukrainians. During 2009, Ukraine's air, water and land resources absorbed 11.3 million tons of dangerous contaminating agents. Of that amount 57 per cent consisted of atmospheric emissions; 40 per cent consisted of surface water pollutants; and 3 per cent consisted of dangerous wastes discharged into the soil. The adverse ecological situation provokes a number of serious diseases both in the adult population and among children and youth; it has an extremely negative impact on overall health condition.

5. Falling levels of motion/physical activity for children and young people are an important new factor in the lifestyle equation. Only every fifth schoolboy or schoolgirl and every tenth university student maintains a sufficient level of physical activity and Ukraine has one of the lowest physical activity rates in Europe. A mere 60 per cent of Ukrainian schoolchildren can fulfil the requirements of the Eurofit European Test of Physical Fitness and 50 per cent of young people aged 18–24 have unsatisfactory physical conditioning. There must be comprehensive growth in athletic activity as a key factor in the healthy lifestyles of school and university students.

6. The situation as regards the spread of socially dangerous diseases among children and youth remains very serious. The incidence of HIV and tuberculosis among the young generation is rising. There are currently 161,119 officially registered cases of HIV infection in Ukraine, and the majority of HIV positive individuals are young people. HIV and TB epidemics have occurred simultaneously with an epidemic of injecting drug use. In the last 10 years the number of drug addicts among underage persons has increased by six to eight times. According to various experts, young people aged 14–35 make up about 80 per cent of drug addicts. Some 13 per cent of young Ukrainians consume so-called light drugs; 68 per cent of young men and 64 per cent of girls drink alcohol; and 45 per cent of young men and 35 per cent of young women smoke.

The only way to improve the current situation is to intensify the process of forming healthy lifestyles and to help young people make responsible lifestyle choices. To do this, we need favourable government policy and more active youth involvement in the implementation of relevant programmes.

Various central executive bodies implement more than 15 national, state and intersectoral programmes. These include specific objectives as far as goes promoting healthy lifestyles, yet the programmes often duplicate each other. At the same time, there remain unresolved such issues as training staff about healthy lifestyles; developing and introducing relevant methodologies; and approving appropriate working standards. There is a permanent budget funding deficit and the issue of more efficiently coordinating various players at the national and regional levels needs to be addressed.

The activities of the central executive bodies still lack systematisation, coordination and consistency in terms of providing services to the population. The Ministry of Family, Youth and Sports has offered its services as a coordinator of government policy on forming healthy lifestyles.

An important item on the agenda is establishing a government system for forming healthy youth lifestyles. This system should be based on conceptual approaches and focused on the individual young person and his/her family. Such an approach will generally conform to the overall objectives of the Presidential Programme ‘Ukraine for People’.

The government system for forming healthy lifestyles requires an approach focused on the individual and on his/her interests and family (taking into account residence, categories, number of children, age peculiarities) and on the community, with its resources and capacities. In other words, if the state has certain obligations, then so does every participant in the process of forming a healthy lifestyle.

Responsibilities of the citizen:

- to recognise one’s own health as a value;
- to make efforts to master the necessary skills and knowledge;
- to practice a healthy lifestyle.

Responsibilities of the state to the citizen:

- to develop public opinion so that healthy lifestyle is perceived as the norm for a successful individual;
- to stimulate observance of healthy lifestyles in schools, workplaces, recreational areas etc.;
- to reorient health care facilities from treatment to prevention;
- to establish the necessary easily accessible infrastructure that will foster healthy lifestyle skills.

Responsibilities of the family:

- to form and encourage healthy lifestyles among children;
- for parents – to serve as healthy lifestyle role models in everyday life;
- to preserve the family’s moral foundations, which the presence of healthy individuals will only encourage.

The state's responsibility to the family:

- to undertake informational and educational activities in order to motivate family members to practice healthy lifestyles;
- to create conditions in which employers can encourage healthy lifestyles among their workers;
- to expand mass sporting offerings depending on type of settlement, age, accessibility of infrastructure, income level and so on.

Responsibilities of civil society:

- to ensure coordination and control over the activities of various organisations and institutions that deal with healthy lifestyle issues;
- to bear responsibility for forming healthy lifestyles among the country's children and youth;
- to provide incentives for young people who lead healthy lives by organising public events; to support the youth subculture 'Health for the Healthy';
- to support youth initiatives and to intensify the involvement of young people in activities that promote healthy lifestyles.

The state's responsibility to civil society:

- to introduce social advertisement that supports healthy lifestyles; to exercise relevant governmental control;
- to include mandatory activities on healthy lifestyle formation in the work of social institutions (such activities should be included in functional charts as a component of professional activity);
- to establish systems for training specialists in healthy lifestyle formation by introducing courses of study in institutions of higher education;
- to monitor and evaluate the performance of state academic institutions; to publish results for open discussion; to make necessary adjustments in activities.

Recommendations

Key objectives for promoting healthy lifestyle formation should include the following:

1. Establishment of a government system for forming healthy lifestyles based on conceptual approaches, focused on the individual young person and on his/her family and community and governed by principles of close cooperation with specific obligations and rights for every actor.
2. Development of strategic approaches to forming healthy lifestyles by recognising health as an integral system, based on four components (social, mental, physical and spiritual). The system should include: encouraging youth to participate in healthy lifestyle formation; regular physical training and sports; healthy leisure-time activities; developing and reviving the fitness, health and sports infrastructure; organising outdoor activities; introducing an optimal work and education regime; rejecting alcohol and tobacco use; intensifying an informational policy to promote healthy lifestyles; and introducing a broad social advertisement network.
3. Development and adoption of a set of legislative initiatives on forming healthy lifestyles among children and youth.
4. Contributing to improving the population's well-being as an important precondition for forming healthy lifestyles by addressing poverty, unemployment, homelessness and violence; and establishing a broad network of entertainment, cultural, artistic and extracurricular facilities.
5. Improving social standards based on conceptual frameworks for a healthy lifestyle (peace, shelter, social justice, education, healthy nutrition, stable income, a healthy ecosystem, permanent resources).
6. Improving quality of life and increasing the active life of the population, including the elderly; improving the ecological and environmental situation; providing citizens with affordable and healthy nutrition.
7. Addressing systemic youth problems associated with dependencies and the spread of socially dangerous diseases by preventing harmful habits and developing more responsible

attitudes towards health; bringing current norms in line with laws on selling alcohol and tobacco products in public places and other public institutions.

8. Supporting youth initiatives in the area of healthy lifestyle formation by funding relevant programmes and providing other necessary resources.

9. Building local authorities' capacities regarding local programmes to promote healthy lifestyles.

10. Developing TV programmes to promote healthy lifestyles and introducing social advertising to that effect.

Besides the positive social and economic impact, these measures will have a political effect that includes increasing public trust in government authorities; consolidating Ukrainian society; and involving young people in the work of government institutions and local governments.

ОФІЦІЙНЕ ВИДАННЯ

МОЛОДЬ ЗА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

ЩОРІЧНА ДОПОВІДЬ ПРЕЗИДЕНТУ УКРАЇНИ, ВЕРХОВНІЙ РАДІ УКРАЇНИ, КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ПРО СТАНОВИЩЕ МОЛОДІ В УКРАЇНІ

(ЗА ПІДСУМКАМИ 2009 РОКУ)

Підписано до друку 30.11.2010. Формат 70х100/16. Папір офсетний.
Гарнітура Таймс. Тираж 1200 прим. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 29,1 Ум.-друк. арк. 29,1

Зам. 380

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту,
вул. Еспланадна, 42, м. Київ, 01601, телетайп "Теніс" 131866,
факс: (044) 289-12-94, тел.289-03-66, 289-12-64, E-mail:correspond@msms.gov.ua

СПД Крячун Ю.В.
04211, м. Київ, вул. М. Залки, 10-в. кв. 7
тел/факс 501-44-63

Свідोцтво про внесення до державного реєстру видавців
ДК №2 від 10.02.2000.

Надруковано: СПД Крячун Ю.В.