

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра спортивної медицини, здоров'я людини

Руденко Р. Є.

«Вступ» в дисципліну «Профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань у навчальних закладах». Аналіз стану здоров'я молоді в Україні

Лекція №1 з навчальної дисципліни

Профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань у навчальних закладах

для студентів 2 курсу за спеціальністю: 014. 14 середня освіта (здоров'я людини); кваліфікація – бакалавр освіти за предметною спеціалізацією (здоров'я людини)

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на засіданні кафедри
спортивної медицини, здоров'я людини
„29” серпня 2018 р. протокол № 1
Зав.кафедри _____ О. І. Шиян

Вступ.

1. Освітня політика з питань забезпечення ЗСЖ молоді.
2. Методи зменшення рівнів ризику щодо короткострокових і довгострокових наслідків поведінки сучасної молоді.
3. Вплив факторів ризику на здоров'я молоді та тривалість життя в Україні та країнах Центральної Європи.
4. Аналіз причин передчасної смертності та захворюваності в Україні.

1. Освітня політика з питань забезпечення ЗСЖ молоді.

Необхідною умовою процвітання будь-якої країни, в епоху глобалізації і світової спільноти була, є і буде наявність людського капіталу, основу якого складає здоров'я молоді.

Зміни, які передбачає глобалізація, стосуються всіх аспектів нашого життя і, в тому числі способу життя, здоров'я і його збереження. Глобалізація, на думку дослідників світової освітньої політики - це складний комплекс важливих для розвитку суспільства напрямів і рухів, що включає:

1. Людей, які мігрують у межах країни (робітники, біженці, туристи тощо).
2. Інформацію в наукових доповідях, у випусках новин, у статистичних даних і документальних фільмах.
3. Нові технології комунікації, виробництва й розподілу, які радикально змінюють організацію, стандарт життя й розподіл багатства.
4. Рух капіталу, якому сприяють нові технології.
5. Обмін думками й ідеями.

На думку науковців, зміст і обсяг цих складових впливає не тільки на те, чого ми вчимо, а й на те, як ми вчимо і як ми використовуємо вивчене. На сучасному етапі глобалізація впливає на формування освітньої політики більшості держав світу, оскільки змінює політичну та інтелектуальну привабливість різних технологій виробництва, вимоги до знань, умінь,

цінностей. Тому, варто розкрити докладніше зміст зазначених напрямів у контексті освітньої політики з питань забезпечення ЗСЖ молоді.

Мігруючі робітники, біженці, туристи можуть не мати достатнього рівня знань з питань здоров'я, до того ж становити часом небезпеку, як носії захворювань, зокрема тих, що набули соціального значення. Окрім цього особи, що мігрують часто є носіями інформації щодо способу життя, звичок, традицій інших культур. Ця інформація не завжди, науково обґрунтована, корисна або легальна, проте має вплив на молодь.

Науково обґрунтована інформація щодо здоров'я населення в цілому та окремих соціально-демографічних групах, зокрема, поширюється через науково-методичну літературу, наукових доповідях, у випусках новин, у статистичних даних і документальних фільмах, тощо із використанням новітніх технологій. Поряд з тим, за результатами опитувань молоді, провідним носієм доступної наукової інформації, з питань ЗСЖ для підростаючого покоління є школа, що свідчить про роль освітньої галузі у зазначеній сфері. Розвиток нових технологій, зміна стандарту життя й розподілу багатства, очевидно впливає на вибір способу життя та можливості і мотивацію до ведення ЗСЖ. Несформована мотивація до ЗСЖ у молоді може обернутися втратою покоління у світовому масштабі. Завдяки новим технологіям стає можливе переміщення фінансових ресурсів, які щоденно перебувають в обігу, перевищують річний прибуток більшості країн світу і є поза контролем уряду. Слід зазначити, що існує і контрольована частка, яка виділяється на впровадження державної політики розвитку галузей, але і її використання часто неефективне. Доведено, що, незважаючи на, щорічне збільшення фінансування медицини, усе більше зростання матеріально – технічних, наукових, кадрових, фінансових та інших ресурсів, задіяних у національній системі охорони здоров'я, показники здоров'я населення країни не покращуються адекватно цим внескам. Ця інформація не залишилася в межах однієї держави, а була оприлюднена для широкого загалу громадськості, оскільки, глобалізація передбачає обмін думками й ідеями.

Обмін думками та ідеями, які пропагують телевізійні програми, відео- й телефільми, музика, книжки і журнали, а також висловлюють під час розмов і формального спілкування можуть мати, як позитивний так і негативний вплив на спосіб життя молоді, розвиток його здоров'язберігаючої компетентності. Через школи, бібліотеки, радіо і телебачення можна сформувати і геніїв і моральних виродків. Деспотичні суспільства не тільки орієнтовані на формування таких виродків, але можуть змінити і уявлення про біологічне здоров'я, а через цю сходину вже втрутитись у власне становлення та підтримку біологічного здоров'я особистості. Скорочення рівня ризику для молоді вимагає, щоб вона володіла відповідною інформацією і можливостями приймати і виконувати рішення. Заходи державної освітньої політики можуть відіграти значну роль у наданні молодим людям допомоги в управлінні ризиками, особливо у тому випадку, коли ці заходи підвищують рівень інформованості молоді щодо короткострокових і довгострокових наслідків їх нинішньої поведінки.

2. Методи зменшення рівнів ризику щодо короткострокових і довгострокових наслідків поведінки сучасної молоді.

Молоді люди в усьому світі часто виступають проти існуючих глобальних проблем, опираються рішенням, які зберігають усталені традиції, і намагаються з'ясувати, яке буде їх місце в змінах соціального і культурного порядку у власних країнах. При цьому вони продовжують боротися за свою незалежність, сумніватися у владі, піддавати ризику здоров'я (Levin, 1989). На думку фахівців міжнародного банку реконструкції і розвитку, теперішній час, як ніякий інший, сприятливий для інвестування у молодь.

Перш за все тому, що хоча в минулі десятиліття у світі досягнуті успіхи в сфері освіти та збереження здоров'я дітей (зросли показники кількості тих, що закінчують молодшу школу і виживають після хвороб дитячого віку). Поряд з тим з'явилися нові проблеми в сфері збереження здоров'я цієї складової світової спільноти. За останнє десятиліття серед молодих людей спостерігається підвищення рівня і поширеності захворювань, особливо, тих

що набули соціального значення. Лише за 2012 р. більше половини з приблизно 5 млн. осіб, що були інфіковані ВІЛ в усьому світі, склали молоді люди у віці від 15 до 24 років, і більша частина з них — молоді жінки і дівчата. Економічні наслідки такого роду загрозливих захворювань можуть мати величезний масштаб. Тому, щоб досягти успіху у сучасній високо конкурентній економіці, вони, окрім грамотності, повинні оволодіти передовими навичками збереження свого здоров'я, з метою протистояти тягареві нових захворювань.

Другою вагомою причиною доцільності інвестування в освіту і здоров'я молоді визначають, зменшення рівня народжуваності у багатьох країнах (Україна не є винятком). Необхідність розв'язання проблем молоді вже сьогодні пояснюється також і демографічною ситуацією. Так, чисельність населення у віці 12-24 років досягла максимального за усю історію людства рівня в 1,3 мільярди осіб. Важливо підкреслити, що існують відмінності у віковій структурі населення окремих країн. У розвинутих країнах скорочення рівня народження пройшло давно, тому більшу частку складають люди середнього віку. Їх основною проблемою є забезпечення достатнього і стійкого рівня доходів у старості. Частина країн з перехідною економікою в Європі і Центральній Азії (серед них Україна), повторюють вікову структуру розвинутих країн. Це означає, що сьогоднішні молоді люди перейдуть в категорію робочої сили і хоча матимуть менше число непрацюючих утриманців, проте перебування в статусі непрацездатного (за станом здоров'я) протягом тривалого часу може перетворити їх у тягар для економіки.

Молодь належить до найуразливішої і найактивнішої частки громади, яка накопичує життєвий досвід методом спроб і помилок. Яким буде цей досвід, як буде використаний молодою людиною, залежить не лише від запитів і орієнтирів епохи, а й від зовнішніх (доступність і правдивість інформації, якість медичної допомоги, рівень доступу до якісної освіти, вплив оточення тощо) та індивідуальних факторів (вік, стать, соціальний статус, загальний стан здоров'я, рівень культури, моральні цінності), а також від етапу життя на

якому досвід отримано (навчання /освіта, робота, ризик своїм здоров'ям /прийняття здорового способу життя, створення сім'ї, здійснення громадянських прав і обов'язків).

Добре прослідковується вплив індивідуальних і зовнішніх факторів на кількісні показники перебування молоді на етапах життя. На думку фахівців, рішення, що приймаються на цих етапах мають величезний довгостроковий вплив на те, яким чином людський капітал буде зберігатися, розвиватися і використовуватися.

Якщо прийняті невірні рішення, то для їх корекції будуть необхідні значні засоби, оскільки припинення навчання в школі, або поведінка, що є із ризиком для здоров'я, можуть мати довгострокові наслідки, які складно подолати. Проблеми молоді (обмежені можливості, не розвинуті здібності, втрата повторного шансу), що визначають як світові часто породжені неефективною політикою. Перший аспект проблеми акцентує увагу на обмеженості можливостей з нарощування людського капіталу, а також на заходах політики, котрі допомагають молодим людям набувати, удосконалювати і використовувати свої уміння і навички. Розширювати можливості розвитку людського капіталу пропонується за рахунок полегшення доступу до послуг в галузі освіти і охорони здоров'я та підвищення їх якості; через надання допомоги на початку трудового життя і надання молодим людям можливості висловити свою думку у відношенні того, якої допомоги вони потребують, а також брати участь у її наданні.

У другому аспекті увага зосереджена на відсутності здатності молодих людей робити вибір з тих можливостей, які у них є, а також заходах політики, що спрямовані на поширення інформації і створення стимулів, що допомагають молоді приймати правильні рішення. Розвивати здібності молодих людей в сфері прийняття правильних рішень щодо вибору цих можливостей здійснюється шляхом визнання їх в якості суб'єктів прийняття рішень і забезпечення того, щоб ці рішення були обґрунтованими, забезпеченими ресурсами і розумними.

Третій аспект звертає увагу на наслідках небажаних результатів, а також на заходах політики, що передбачають надання молодим людям повторних шансів для повернення на шлях нарощування свого людського капіталу в ім'я майбутнього. Необхідно створити ефективну системну реалізацію втрачених можливостей із використанням цільових програм, котрі дадуть молодим людям надію і стимули для того, щоб наздогнати втрачене внаслідок несприятливих обставин чи прийняття неправильних рішень.

3. Вплив факторів ризику на здоров'я молоді та тривалість життя в Україні та країнах Центральної Європи

<i>Можливості (обмежені)</i>	<i>Здібності (не розвинуті)</i>	<i>Повторний шанс (не використано)</i>
Низький рівень грамотності і володіння базовими навиками	Відсутність досвіду прийняття рішень	Наслідки невдач зберігаються довше ніж у дорослих
Недостатній доступ до середньої і вищої освіти	Пошук власної індивідуальності і системи переваг, що продовжується	Відновлення прогалин у дорослих потребує більших затрат
Обмежені можливості працевлаштування	Недостатній обсяг ресурсів	
Немає основи для громадянської активності	Недалекозорість і схильність до ризику	

На різних перехідних етапах розвитку значення розглянутих аспектів набуває більшої або меншої ваги. Так, в період переходу до прийняття здорового способу життя і створенню сім'ї результати в найбільшій степені визначаються поведінкою власне молоді, тому особливу увагу необхідно надавати здібностям. Епоха, що орієнтується на загальнолюдські цінності, вимагає іншої орієнтації: біологічне здоров'я розглядається як умова і базис для створення і удосконалення духовних і інтелектуальних досягнень людини. Інше розуміння проблеми вимагає і інших шляхів реалізації.

Таким чином, заходи політики і програм, що спрямовані на розв'язання цих проблем молоді пропонують здійснювати у таких напрямках: розширення можливостей, розвиток здібностей і надання другого шансу. Необхідно підкреслити, що на усіх етапах прослідковується вплив отриманої освіти, а отже і освітньої політики. Власне тому, ключові питання нашого дослідження сконцентровані на молоді, чинниках ризику її здоров'ю та освітній політиці з питань забезпечення ЗСЖ.

Проблеми загроз здоров'ю молоді не мають національних кордонів, але вони мають аналогічні причини і схожі негативні впливи на здоров'я. Прояв і сила наслідків цих впливів має певні особливості у різних регіонах та державах світу. Зокрема, за роки незалежності в Україні спостерігається негативний процес змін у віковому складі населення, зменшення частки молоді та швидке зростання частки громадян похилого віку. Сучасний аналіз перебігу демографічних процесів і даних про стан здоров'я нашого населення свідчить про те, що в країні склалася демографічна криза. Доказом цьому слугує скорочення чисельності населення України на 12%: із 52 мільйонів осіб до 46,2 мільйона у грудні 2007 року - одне з найвищих у Європі. Якщо така тенденція триватиме, то до 2050 року чисельність населення зменшиться приблизно на 40%, тобто до 36,2 мільйона громадян. Серед основних причин такої ситуації визначають скорочення тривалості життя громадян. Поряд з тим, лише рівень смертності, на думку фахівців, не може служити основою для порівняння, бо не дає точного уявлення про стан здоров'я молоді на час отримання даних та не відображає особливостей поведінки, що створюють, як наслідок небезпеку для здоров'я. Скоріше, цей показник свідчить про стан здоров'я молоді у попередньому поколінні, так як часто лише у зрілому віці наслідки деяких з моделей поведінки, характерні молоді, відбиваються значною мірою на здоров'ї. Довгостроковий характер цих наслідків має вплив і на скорочення економічного потенціалу продуктивного людського капіталу і на підвищення затрат на суспільну охорону здоров'я, оскільки наслідки, що проявляються на пізніших етапах життя значно складніше і дорожче лікувати,

ніж попереджати. Побудова стратегій, що визначають політику і програми з питань забезпечення здоров'я молоді, як майбутнього країни вимагають розуміння головних факторів ризику, що мають, як короткостроковий так і, особливо, довгостроковий вплив на різних рівнях здоров'я (світовий, країни, індивідуальний) на сучасному етапі та зміну їх впливу у ретроспективі. Зміна впливу факторів ризику на тривалість життя і здоров'я населення у світовому масштабі прослідковується у періодизації епідеміологічних переходів (Омран, 1971).

На першому етапі, який тривав до 40-х років минулого тисячоліття головними чинниками смертності визначені епідемії, голодомор і війни. Не зважаючи на те, що усі чинники на той час були присутні в Україні, тривалість життя загалом не відрізнялась від показників у інших європейських країнах.

На другому етапі головним чинником стає скорочення пандемії. СРСР й інші країни Центральної Європи здійснили епідеміологічний перехід у 40-х роках минулого тисячоліття. На той час Україна продемонструвала модель «прискореного» епідеміологічного переходу, під час якого зміни у динаміці тривалості життя та захворювань відбулися пізно, але швидко (Месле, 2004). На початку 60-х рр. тривалість життя у колишньому Радянському Союзі була майже такою ж, як у США (Маркузе, 2005). Власне у цей час було суттєво скорочено рівень смертності від інфекційних захворювань, особливо серед дітей молодшого шкільного віку.

Третій етап відзначається поширеністю хронічних неінфекційних захворювань. У середині 60-их років європейські країни увійшли у етап, коли тривалість життя почала зазнавати стагнації у контексті антропогенних і дегенеративних захворювань. Власне на цьому етапі, у 70-х роках починає з'являтися розбіжність між центрально – східноєвропейськими та західноєвропейськими країнами. На Заході цей період тривав не довго. Протягом 70-х років тривалість життя у східноєвропейських країнах застигла, і згодом навіть почала скорочуватись. Це призвело до появи розбіжності між ними у середині 80-х років. У 90-х роках з'явилися чіткі розбіжності: у

колишніх соціалістичних країнах - Чеській Республіці, Угорщині, Словенії та Польщі – вона почала суттєво зростати, тоді як в Україні та Росії - скорочуватися.

На четвертий етап, який характеризується скороченням рівня хронічних захворювань та зростанням тривалості життя, увійшли на початку 70-х лише західні країни.

Епідеміологічний перехід традиційно вважався процесом, що відбувається в одному напрямі, але досвід України і Росії показав, що він може бути оберненим. Зокрема спостерігається підвищена захворюваність на інфекційні хвороби такі як грип, кишкові інфекції, тяжкі форми сальмонельозу, дизентерії, гепатитів. Кількість хворих на туберкульоз у 2000 р. збільшилась майже в 2 рази порівняно з 1990 р. Смертність від туберкульозу на даний час складає 16,3 на 100 тис. населення і підвищилася майже у 6 разів, порівнюючи з 1996 р. Цей показник в Україні вищий, ніж у Японії в 2,4 раза і в 5,6 раза – ніж у Франції. Пандемія свинячого грипу, яка охопила у 2009 і Україну, стала ще одним підтвердженням зворотності епідеміологічних переходів.

Важливо, на нашу думку, проаналізувати причини зростання смертності та захворюваності в Україні (негативна тенденція) та у тих європейських країнах, що перебувають на тому ж етапі епідеміологічного переходу з позитивною тенденцією до переходу на наступний рівень.

Станом на сьогодні очікувана тривалість життя (ОТЖ) в Україні є набагато меншою, ніж в інших країнах Європи, причому найбільше відносно скорочення тривалості життя спостерігається серед громадян працездатного віку, особливо серед чоловіків. Додатковим фактом, що посилює проблему, є те, що у порівнянні з іншими європейськими країнами, українці не тільки помирають у більш молодому віці, але й проживають менше років у повністю здоровому стані. Нещодавні дослідження свідчать, що стан здоров'я українців видається гіршим за нормальний стан протягом майже 13% тривалості життя. Слід підкреслити, що у розвинених країнах спостерігається процес зменшення захворюваності, збільшення тривалості життя та скорочення кількості років,

прожитих зі слабким здоров'ям. Прикладом можуть бути навіть країни колишнього соцтабору. Зокрема, у Словенії та Чехії цей показник склав 9%, а у Польщі - 8%.

В 2012 році тривалість життя при народженні з урахуванням здорового стану людини в Україні складала 59,2 роки, тобто на 8,7 року менше, ніж загальна тривалість життя (67,9). Показник здорового стану людини (ТЖЗЛ) менший від 60 років характерний лише для України та Росії.

Передумовою такої ситуації, стало підвищення рівня захворюваності серед молоді й поширеності хвороб за всіма класами у попереднє десятиліття. Захворюваність підлітків (15-17 років) за зазначений період зросла в 1,6 раза, поширеність хвороб - в 1,7 рази. З початку і до кінця 2012-х рр. рівень захворюваності юнаків був вищим порівняно з дівчатами. У 2013-2015 р. ситуація змінилася: кількість як усіх, так і вперше виявлених випадків хвороб у дівчат і юнаків була приблизно однаковою. Особливе занепокоєння викликає зростання рівня захворюваності підлітків на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкогольних напоїв і наркотичних та інших психоактивних речовин.

4. Аналіз причин передчасної смертності та захворюваності в Україні

Розглянемо ситуацію, щодо поширеності чинників ризику на теренах України у порівнянні з країнами Центральної та Східної Європи. За даними статистики із доповіді «Стан здоров'я у Європі, 2015 рік – заходи охорони здоров'я для поліпшення стану здоров'я дітей і дорослих» основну питому вагу впливу на загальну ТЖСІ в Європі спричиняють десять факторів ризику: високий кров'яний тиск - 16,6; високий рівень холестерину - 14,4; тютюнопаління - 12,3; алкоголізм - 12,3; високий індекс маси тіла (ІМТ) - 9,0; низьке споживання фруктів і овочів - 8,0; брак фізичної активності -5,6; наркоманія - 3,0; небезпечний секс - 1,6; задимленість приміщень від використання твердого палива - 1,1 тощо.

Половина ТЖСІ в Україні й інших порівнюваних країнах припадає на п'ять головних факторів ризику. Найбільшу захворюваність в Україні спричиняють гіпертонія та високий рівень холестерину, а брак фізичної діяльності та низьке споживання овочів та фруктів впливають на ТЖСІ більше, ніж у порівнюваних країнах. До факторів ризику, що відіграють ключову роль у багатьох захворюваннях, пов'язані зі способом життя і мають довгострокову дію належать тютюнопаління, споживання алкоголю, нерациональне харчування, а також брак фізичної активності. Серед інших факторів ризику, що мають в Україні серйозніші наслідки, ніж у порівнюваних країнах, - небезпечний секс, наркоманія. Особливо гостро постає небезпека поширеності цих факторів у молодіжному середовищі України. Цікаво зазначити, що задимленість приміщень від використання твердого палива, як фактор ризику визначають лише для України. Необхідно проаналізувати фактори, що безпосередньо відображають спосіб життя: наявність шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю, вживання наркотиків, нерациональність харчування, низький рівень рухової активності, статеві поведінка).

Рівень тютюнопаління в Україні є найвищим в усьому європейському регіоні ВООЗ, при цьому кількість осіб віком старше 15 років, які регулярно щоденно палять в Україні складає 62%. Регулярно, щодня палять майже дві третини українських чоловіків віком старше 15 років – рівень, який є найвищим в усьому європейському регіоні ВООЗ. У порівнянні із будь-якою іншою віковою групою, українці працездатного віку 15-59 років щоденно палять набагато більше (база даних ЗДВ, 2015 рік). Здебільшого, ця шкідлива звичка започатковується у молодому віці, що у свою чергу призводить до передчасної смерті. Так, на початку 2000 року в Україні тютюнопаління було причиною більше 40 % загальної смертності серед чоловіків віком 35-69 років. Нещодавнє дослідження ставлення до свого здоров'я серед учнів шкіл показало, що до спроб палити вдавалося 39% хлопчиків і 18% дівчат віком 11-12 років (UISS, 2017). А за результатами соціологічного дослідження здоров'я

та поведінкових орієнтацій учнівської молоді України (О.Балакірева, Н. Рингач, Р.Левін) вперше закурювали 20-25% юнаків в 11 років або раніше та 15-20% дівчат - у 14 років. Кількість курців обох статей з віком зростала приблизно від 5% серед 11-12-річних до 50% серед 15-16-річних. Перейшли від спроб до звички курити 5-60%. Спостерігається негативна тенденція : у порівнянні із жінками старшого віку, молоді жінки палять дедалі більше (Мінздрав, 2015 рік). На жаль підвищення рівня освіти нашої молоді не дає позитивного ефекту у запобіганні палінню, що йде всупереч світовій практиці, де освіченіші люди менше курять (Grossman, M. and Kaestner, R. P., 2014). Так, з числа курців - першокурсників ПТУ, щоденно курили більше 70%, серед першокурсників ВНЗ - 55% курців, десятикласників - 50%, восьмикласників - 40%, шестикласників - 15%. Тютюнопаління – це одна із проблем, що загострюється серед вразливих соціально-економічних груп населення, молоді та жінок.

Проблема вживання алкоголю в Україні. Соціологічні і експертні дослідження дають підставу стверджувати: алкоголізм в Україні є дуже поширеним явищем. В 2012 р. в Україні було зареєстровано понад 700 тис. хронічних алкоголіків і 67 тис. наркоманів. Загальна кількість осіб, залежних від алкоголю і наркотиків перевищує 3 млн. (приблизно 7% працездатного населення України). В основному це молоді люди репродуктивного віку. Що ж стосується початку вживання алкоголю серед молоді України, то й тут дослідники відзначають значні проблеми: 15-35% юнаків і 5-25% дівчат уперше вживали алкогольні напої в 11 років або раніше. Серед опитаних 15-16-річного віку вживали алкоголь раніше 13-річного віку близько 25%, а серед опитаних 11-12-річного віку майже 40%. Тобто, спостерігається тенденція до зростання частки тих, хто почав пити раніше 13-річного віку та частоти вживання алкоголю. За останні 4 роки щотижневе споживання міцних напоїв серед 15-річних дівчат і 13-річних юнаків зросло більш ніж у півтора рази; вина серед юнаків різного віку - майже в 1,5-2,5 разу, серед дівчат - 1,5-4 рази. Число тих, хто щотижнево вживав пиво, зросло в 1,5-2,5 рази і

склало більше 50% серед 15-річних юнаків, третини серед дівчат-однолітків, 30% серед 13-річних юнаків і 15% серед їхніх однолітків-дівчат, 15% серед 11-річних юнаків і 10% серед дівчат того ж віку. Щодня та щотижня пили пиво від майже 15% шестикласників до більш ніж 50% першокурсників ПТУ; слабоалкогольні напої з домішкою горілки – від майже 10% шестикласників до 25% першокурсників ПТУ (серед 15-16-річних дівчат регулярно вживали саме ці напої більше опитаних, ніж серед хлопців).

Коефіцієнт смертності від пов'язаних із алкоголізмом причин в Україні дедалі зростає, в той час як країни Центральної Європи досягли значного прогресу у справі скорочення смертності, пов'язаної із алкоголізмом.

Нераціональне харчування. Неналежна дієта харчування та недостатня фізична активність складають разом в Україні 37% загального показника ТЖСІ. Відповідні втрати ТЖСІ в європейських країнах налічують 18% - у Словенії та Росії, 20% - у Польщі, 25% - у Чеській Республіці і 26% - в Угорщині. Показовими можна вважати результати дослідження режиму харчування учнівської молоді. Визначено, що добовий режим харчування віковим потребам згідно рекомендацій фахівців мають лише у 35-45% опитаних. Зокрема, в Україні фруктів і овочів споживають набагато менше, ніж в ЄС (158,4 /232,5 кг на душу населення на рік). Ця тенденція характерна і для раціону молоді. Як з'ясувалося, в раціоні значної частини підлітків є дуже мало або немає зовсім фруктів/овочів. Овочі і фрукти були присутні в рекомендованій кількості в добовому раціоні 35-65% опитаних (залежно від віку опитуваних і виду продуктів); 10-35% не вживали цих продуктів взагалі або їли їх один раз на тиждень чи рідше. Споживання фруктів на 10-15% зменшувалося в період з 11-12 до 15-16 років. Здебільшого брак повсякденного вживання певних продуктів населенням країни пояснюється економічною ситуацією (висока ціна або дефіцит на ринку). Якщо щодо фруктів, у несезонний період, це може бути поясненням, то обмеженість у раціоні української молоді відносно дешевших і доступніших овочів важко пояснити таким чинником. Сучасні тенденції зміни раціону

пов'язані із зростанням темпу життя населення та розвитком сфери послуг. Зокрема, трудомісткість процесів кулінарної обробки овочів та пропозиції мережі «фаст-фудів», визначають, як одну з вагомих комплексних причин. Особливо це стосується студентів, частина яких проживає поза домівкою і часто обходиться «фаст-фудом», випічкою, солодощами тощо.) Солодощі (цукерки, шоколад таке інше) в щоденному меню учнівської молоді присутні частіше за фрукти (щодня, в тому числі декілька разів на день, їх вживає в середньому 41% опитаних, тоді як фрукти - лише 27%). Таким чином, окрім економічного чинника, що залишається для багатьох лімітуючим, на перше місце виходить проблема браку знань і навичок щодо раціонального харчування в середовищі української учнівської молоді. Довготривалими наслідками неналежної дієти харчування вважають рак шлунково-кишкового тракту і молочної залози, ішемічну хворобу серця та інсульт (ВООЗ, 2014). А також може бути причиною поширення туберкульозу та залізодефіцитної анемії у вагітних жінок, що може нести загрозу майбутньому поколінню (ВООЗ, 2014).

Низький рівень фізичної активності характерна ознака сучасної цивілізації. Протягом минулих віків людина провадила значною мірою аскетичне життя, що потребувало великих фізичних навантажень. Таким чином в процесі еволюції наш організм запрограмований на високу рухову активність. Технічний прогрес (водогін, центральне опалення, електропобутові прилади) радикально зменшили фізичні навантаження, а суспільний і особистий транспорт звів практично до мінімуму пересування пішки. В сільській місцевості фізична праця поступово замінюється малою механізацією. Звідси, в сучасних умовах життя дорослого населення різко знизилася частка фізичної праці у виробничій діяльності і побуті, підвищилася нервово-психічна напруженість праці, що стало одним з глобальних чинників гіподинамії людини зі всіма несприятливими наслідками, що витікають з цього. Таким чином, гіподинамія - це недостатнє, понижене фізичне навантаження, до того ж характерне для усього способу

життя. Гіподинамія призводить до багатьох захворювань, пониження стійкості організму до інфекцій і психічного напруження, до зниження працездатності, прискорення процесу старіння. В зв'язку з цим розвиваються такі захворювання, як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду, цукровий діабет. В останні десятиліття було виявлено, що довготривалим наслідком та однією з головних причин передчасної смерті людей, особливо в розвинутих країнах, стали хвороби серцево-судинної системи. При цьому було точно встановлено; чим вищий рівень життя в країні, тим більше захворювань серця і судин. В межах країни поширення серцево-судинних захворювань особливо велике серед тих, хто зайнятий роботою, що не вимагає фізичних зусиль.

У порівнянні з чоловіками з інших країн Центральної Європи (за винятком Угорщини), найменші рівні фізичної активності (7,1%) спостерігається серед молодих українських чоловіків (18-29 років). Українські чоловіки у цілому є менш фізично активними, ніж жінки (5,4% проти 3,9% відповідно). За даними Світового обстеження стану здоров'я, лише десь 6% населення України займаються фізичними вправами (5,4% та 5,8% чоловіків та жінок відповідно). Це підтверджується даними, що ніколи не займаються спортом разом з членами родини від 35% шестикласників до 61% першокурсників. А у звичному розкладі дня значної частини молоді України (від 10% шестикласників до 15% першокурсників ПТУ) зовсім немає фізичних вправ або тренувань. Сучасна економічна доцільність комп'ютеризації обертається небезпекою гіподинамії навіть для рухливих дітей та підлітків. За результатами багатьох досліджень сучасні підлітки набагато більше часу перебувають за комп'ютером, а ніж на спортивному майданчику. Очевидно, що проблема раціонального користування комп'ютером є реальною, багатогодинне сидіння за монітором призводитиме до непоправних порушень зору та постави, накопичення хронічної втоми, інколи - до психологічної залежності (ігроманії).

Отже, існує проблема незбалансованості фізичних і розумових навантажень у середовищі української учнівської молоді, що створює передумови для масового розвитку хронічних неінфекційних захворювань, які мають тривалий перебіг, обмежують можливість повноцінної життєдіяльності, звужують спектр вибору професії, спричиняють залежність від ліків або медичних послуг, стають «надбанням» на все подальше доросле життя.

Споживання незаконних наркотиків в Україні спричиняє у загальному ТЖСІ 3% втрат (утричі більше, ніж в інших європейських країнах). За останні 10 років споживання незаконних наркотиків в Україні зросло. Показник смертності серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 20 разів вищий, ніж у широкого загалу населення. Обстеження, що було проведене серед школярів в усіх регіонах України, показало, що принаймні один раз наркотики споживали майже 10% хлопчаків і 5% дівчат восьмих класів. Наркотики також споживали десь 35% хлопців і 15% дівчат першого курсу професійно-технічних училищ та 25% і 15%, відповідно, студентів першого курсу університетів (ЮНІСЕФ, 2014 рік). Споживачів наркотиків серед хлопців в усіх вікових групах і типах навчальних закладів було у 2-4 рази більше, ніж дівчат. Коли респондентам було запропоновано ще одне контрольне запитання щодо вживання наркотиків, але вже не особистого, а стосовно друзів, то відповіді щодо частки друзів у компанії, де опитані проводили більшу частину свого часу, показали таке: не вживали або рідко вживали наркотики від 62% друзів шестикласників до 76% друзів першокурсників ВНЗ.

Тобто з певним зростанням ступеня свободи і самостійності, яким позначається перехід від учня до студента, підвищується й поширення в новому оточенні тютюнопаління, вживання алкоголю і наркотичних речовин.

Ризикована статеве поведінка. Небезпечний секс в Україні складає 1,6% загальної ТЖСІ. Незахищений секс підвищує рівень захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), на ВІЛ/СНІД, та рівень передчасної вагітності. Через вірусну інфекцію незахищений секс може

призвести до раку шийки матки (ВООЗ, 2015). За останні роки значно зросла захворюваність на венеричні хвороби як серед дорослих, так і серед підлітків. Захворюваність на сифіліс статистично свідчить про епідемію. Загальна кількість хворих збільшилась з 9,7 у 2000 р. до 91,5 на 100 тис. населення у 2014 р. В Україні також розповсюджується епідемія СНІДу, яка має найбільші темпи росту в СНД. Згідно з даними МОЗ України на 1 березня 2015 року в Україні офіційно зареєстровано 76875 ВІЛ-інфікованих громадян України і 314 іноземців; серед ВІЛ-інфікованих громадян України 8894 дітей; з діагнозом СНІД – понад 9 тис. людей. Але насправді ситуація значно складніша. Найвищий рівень захворюваності має вікова група від 15 до 29 років, тобто група з найбільшою сексуальною активністю та здатністю до реалізації репродуктивної функції. Це негативно впливає на соматичне та репродуктивне здоров'я молоді і може бути причиною народження ВІЛ-інфікованих дітей.

Недостатня поінформованість молоді з проблем планування сім'ї та лібералізація сексуальних стосунків зумовлюють підвищений інтерес підлітків до цієї сфери, випадкові та ранні сексуальні зв'язки, що за браком знань про засоби контрацепції та профілактику венеричних захворювань веде не тільки до поширення венеричних хвороб, а й до ранньої вагітності. Серед учнів професійно-технічних училищ віком 15-16 років у статеві відносини вже вступили приблизно 45%, в той час серед учнів 13-14 років такий досвід вже мають 10%. Із них 20% учнів віком 15-16 років і 25% віком 13-14 років в останній раз, коли займалися сексом, презервативом не користувалися, і майже кожен третій вживав алкоголь або наркотики (ЮНІСЕФ, 2015 рік). Слід наголосити, що «молодшає» вік початку статевого життя - протягом останніх років для більшості опитаних, які його вели, цей вік знизився з 15 до 13 років. Серед тих, хто мав статеві стосунки, майже кожний третій під час останнього статевого акту вживав алкогольні напої або наркотики. Звідси виникає серйозна небезпека поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки її головною рушійною силою є споживання ін'єкційних наркотиків. Внаслідок наркоманії кількість інфікованих ВІЛ через статеві зносини зросла із 11% в

2000 році до 28% в 2014 році, при цьому ВІЛ передається головним чином від користувачів ін'єкційних наркотиків до їхніх сексуальних партнерів. Отже, існує особлива небезпека пов'язана з високою імовірністю поширення в молодіжному середовищі інфекцій, що передаються статевим шляхом, посилена епідемічною ситуацією стосовно ВІЛ/СНІД в Україні, що свідчить про небезпечну ситуацію щодо збереження репродуктивного здоров'я української учнівської молоді.

Аналіз факторів ризику свідчить про їх взаємну детермінованість і кореляцію. Фактори ризику впливають на появу багатьох захворювань, а одна хвороба може бути спричинена багатьма факторами ризику. Усвідомлення такого взаємозв'язку створює можливості пошуку шляхів поліпшення стану здоров'я населення. Зростання смертності та захворюваності в Україні, через неінфекційні захворювання, зростає, у зв'язку з поширенням у молодіжному середовищі факторів ризику, що мають короткотривалу і довготривалу дію на організм людини. Подолання факторів ризику на глобальному рівні можливе за умови цілісної світової політики усіх країн світу, щодо їх усунення, незалежно від устрою чи територіального розміщення. Реалізація цього завдання на рівні країни можлива за умови прийняття державної політики та розробки заходів протидії факторам ризику з урахуванням особливостей країни та досвіду інших держав. Значна роль у цьому процесі належить освітній галузі.

Теми для самостійного опрацювання.

- 1. Фактори ризику, що призводять до захворювань інфекційного та неінфекційного характеру у Львівській області.** За даними літературних джерел провести аналіз факторів ризику за останні десять років. Поєднати фактори ризику з економічним положенням, соціальними умовами.

Рекомендована література

Основна:

1. Балакірева О.М. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О.М.Балакірева, Т.В.Бондар, Н.О.Рингач. – К.: Український інститут соціальних досліджень ім.О.Яременка, 2008 . – 152с.
2. Страшко С.В., Кривич І.П., Гусєва Г.М., Білик В.Г. / редакція Семеренко Г.В. Інфекційні та неінфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів педагогічних спеціальностей закладів вищої освіти. – Київ: Видавництво «Алатон», 2018. – Вид. 2.– 74 с.
3. Шиян О. І. Розвиток державної освітньої політики з питань забезпечення здорового способу життя молоді у світі та Україні / Олена Шиян // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. ЛРІДУ НАДУ. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – № 24 - С. 152–159.

Допоміжна:

1. Шиян О. Особливості впровадження навчання з основ здоров'я у школах України / Олена Шиян, Євгенія Сливка // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 13 : у 4-х т. – Львів : НВФ «Українські технології», 2009. – Т. 2. – С. 202-206.
2. Циганов Г.В. Реалізація здоров'язберігаючих освітніх технологій в навчально-виховному процесі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zpschool.ucoz.ru/publ/1-1-0-1>.